**Введение**

Ожоги - одно из самых распространённых в мире травматических поражений. Так, в России на 1997 год было зарегистрировано 507,6 тысяч человек, получивших различные ожоги. 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.

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. Лечение обожженных, в особенности детского возраста, трудоемко и длительно. Оно требует специальных знаний, оборудования, условий и высокого профессионального мастерства от медицинских работников.

**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

**Цель:** изучение сестринского ухода при лечении больных с ожогами разной степени.

**Задачи**: Изучить современные лабораторно-инструментальные методы диагностики ожогов и обморожений. Определить функциональные обязанности медицинской сестры по уходу, лечении, профилактики и реабилитации больных с ожогами и обморожениями. [1,3]

**Глава 1. Понятие об ожогах**

**.1 Ожоги**

**Ожог** - это повреждение тканей, возникающее от местного теплового, химического, электрического или радиационного воздействия.

Ожоги чаще всего поражают кожу (ее объем составляет почти одну шестую объема всего тела человека). Ожоги могут быть вызваны:

пламенем,

кипятком,

паром,

различными химическими веществами: кислотами, щелочами;

некоторыми медикаментами: йод, нашатырный спирт;

электрическим током,

радиоактивными веществами,

солнечными лучами,

сухим льдом,

жидким азотом и т.п.

Существует множество классификаций ожогов. Две наиболее распространённые и наглядные классификации :

по глубине поражения

по типу повреждения [1,6.3]

**.2 Классификация по** **глубине повреждения**

**степень**.

Поражается верхний слой ороговевшего эпителия. Проявляется покраснением кожи, небольшим отёком и болью. Через 2-4 дня происходит выздоровление. Погибший эпителий слущивается, следов поражения не остаётся.

**2 степень.**

Повреждается ороговевший эпителий до росткового слоя. Формируются небольшие пузыри с серозным содержимым. Полностью заживают за счёт регенерации из сохранившегося росткового слоя за 1--2 недели.

**3 степень.**

Поражаются все слои эпидермиса и дерма.

**3А степень.**

Частично поражается дерма, дном раны служит неповреждённая часть дермы с оставшимися эпителиальными элементами. Сразу после ожога выглядит, как чёрный или коричневый струп. Могут формироваться пузыри большого размера, склонные к слиянию, с серозно-геморрагическим содержимым. Болевая чувствительность снижена. Возможно самостоятельное восстановление поверхности кожи, если ожог не осложнится инфекцией и не произойдёт вторичного углубления раны.

**3 Б степень**.

Тотальная гибель кожи до подкожно-жировой клетчатки.

**4 степень**.

Гибель подлежащих тканей, обугливание мышц, костей, подкожно-жировой клетчатки. [6.1,6.5]

**.3 Классификация по** **типу повреждения**

ожог болезнь медицинский лечение

Термические ожоги.

Возникают в результате воздействия высокой температуры. Различают факторы поражения:

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.

Четкая граница, значительная глубина. Сопровождаются отслоением поврежденных тканей при прекращении контакта с предметом.

Химические ожоги.

Возникают в результате воздействия химически активных веществ. Различают:

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. [1,2,4]

Ожоги солями тяжелых металлов.

Обычно поверхностные.

Лучевые ожоги.

Возникают в результате воздействия излучения разных типов. Различают:

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.

Плохо заживают из-за сопутствующей лучевой болезни, при которой повышается ломкость сосудов и ухудшается восстановление тканей.

Электрические и ожоги вольтовой дугой.

Возникают в точках входа и выхода заряда из тела. Особенностью является наличие нескольких ожогов малой площади, но большой глубины. Особенно опасны подобные ожоги при прохождении через область сердца (электротравма). Ожоги вольтовой дугой напоминают ожоги пламенем и возникают при коротких замыканиях без прохождения тока через тело пострадавшего.

При обширных поверхностных или глубоких ожогах возникают не только местные изменения в области пораженных участков тела, но и глубокие нарушения в деятельности всего организма. Специфичность и многообразие патологических процессов, наблюдающихся при этом, позволяют рассматривать их как проявление ожоговой болезни.[3,5,6.1]

**.4 Химические ожоги**

Химические ожоги по глубине поражения также подразделяются на четыре степени.степень характеризуется лишь умеренно выраженными воспалительными явлениями, гиперемией и отеком кожи.степень проявляется гибелью эпидермиса, а иногда и верхних слоев дермы.степень - происходит омертвение всех слоев кожи, нередко и подкожного жирового слоя.степень характеризуется гибелью кожи и глублежащих тканей.

При химических ожогах необходимо учитывать природу повреждающего агента и различать: [6.4,1]

Ожоги веществами, вызывающими коагуляционный некроз (кислоты и вещества, действующие подобно им);

ожоги веществами, вызывающими колликвационный некроз (щелочи);

термохимические ожоги, при которых поражение обусловлено агрессивными веществами и высокотемпературным действием. Обычно наблюдаются химические ожоги кожи. Ожоги слизистых оболочек (ротовой полости, пищевода, желудка) происходят в быту при с лучайном приеме уксусной кислоты, щелочи, а также при суицидальных попытках.

Химические ожоги характеризуются торпидным течением раневого процесса (замедленное отторжение омертвевших тканей, позднее образование грануляций, медленное заживление), что связано со значительными нарушениями в тканях, возникающими под влиянием химических агентов.

**.5 Кислоты и соли тяжелых металлов**

Кислоты и соли тяжелых металлов при взаимодействии с тканями действуют очень быстро, отнимают у них воду и свертывают (коагулируют) белки (из-за чего проникновение агента вглубь затруднено).

Развивается коагуляционный некроз. Быстро образуется струп, по окраске которого часто можно определить и природу химического вещества. При ожогах серной кислотой струп черного цвета, а при ожогах азотной кислотой он желтоватый. В случае высокой концентрации кислоты некроз тканей развивается практически сразу. При более слабой концентрации имеется латентный период, после которого появляются патологические признаки, к тому же они менее выражены (напоминают термические ожоги I-II степени). Сходное действие оказывают бензин и кероси при длительном и повторном контакте - они вызывают ожоги I-II степени, которые сопровождаются жгучими болями. Соли тяжелых металлов ( соединения ртути, серебра) по воздействию близки к кислотам, они вызывают ожоги I-II степени, редко более глубокие. В стационарах после операций часто наблюдаются ожоги I-II степени вследствие повторной дезинфекции обширных участков кожи соединениями йода. [3,1]

**.6 Щелочи**

Щелочи (калия гидроксид, каустическая сода и др. - разжижающие вещества прижигающего действия), отнимая от тканей воду, расщепляют белки и омыляют жиры. Ожоги щелочами вызывают изменения в более глубоких слоях, чем кислотами, поскольку щелочи не свертывают белки. Струп толстый, бледного цвета, мягкий и рыхлый; после удаления его наблюдается кровотечение. В отличие от кислот щелочи вызывают колликвационный некроз. В результате расщепления белков возникают токсические продукты, которые вызывают общую интоксикацию.

Ожоги фосфорсодержащими препаратами (фосфор, напалм, пирогель) очень глубокие, так как после попадания на кожу эти вещества продолжают гореть (термохимический ожог). Раны при этих ожогах имеют специфический запах, иногда его сравнивают с запахом чеснока, поверхность их покрыта грязно-серым налетом. Позднее появляется большое количество серозно-гнойных выделений, что впоследствии вызывает глубокие некрозы. Наряду с воздействием фосфора, а также продуктами распада погибших тканей у больных к местным поражениям присоединяется тяжелая интоксикация. В связи с этим через 2-3 суток у больных может наступить острая печеночно-почечная недостаточность. [3,1]

**.7 Иприт**

Иприт (дихлордиэтилсульфид) на поверхности кожи находится до 2 мин, затем всасывается, растворяется в жирах и проникает в клетки. После попадания иприта на кожу через несколько часов появляется кожная эритема (латентный период), а через 24-48 ч - пузыри с серозным содержимым. При слабой концентрации иприта после исчезновения пузырей ожоговая рана в течение недели может зажить, при концентрированном воздействии за этот срок образуются глубокие некрозы и язвы. Когда иприт попадает в рану, в ней могут быть видны пятна, имеется специфический запах (запах горчицы или горящей резины). В области раны образуется отек, затем появляются пузыри, сама рана покрывается некротическими массами. Наблюдаются общие явления и изменения почти всех систем организма. Больные жалуются на слабость, головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. В некоторых случаях наблюдается коматозное состояние с летальным исходом. [3,1]

Эффективность первой помощи при химических ожогах тем выше, чем она раньше оказана. Ее цель - как можно раньше прекратить действие попавших на кожу агрессивных веществ. Для этого необходимо быстрое, желательно в первые 10-15 с, обильное обмывание пораженной поверхности большими количествами проточной воды. Такую обработку нужно продолжать 10-15 мин. Если помощь оказывают с некоторым запозданием, продолжительность обмывания увеличивают до 30-40 мин. После обильного обмывания водой пораженный участок обрабатывают нейтрализующими растворами:

при ожогах кислотами: 2% раствором натрия гидрокарбоната, 5% раствором натрия тиосульфата;

при ожогах щелочами: 1-2% раствором уксусной, борной или лимонной кислоты;

при ожогах фосфором (во время промывания водой частицы дополнительно снимают пинцетом): 5% раствором медного купороса (меди сульфата), калия перманганата, 2% раствором соды;

капли иприта снимают с кожи ватой; участки обрабатывают хлораминовым спиртом (10% раствор хлорамина в 70% растворе этанола), 0,1-0,2% раствором калия перманганата, сероводородным спиртом.

Химические ожоги слизистых оболочек полых органов наступают после приема едких веществ. Нередко происходят ожоги пищевода с образованием стриктур и стенозов. В данных случаях производят раннее зондирование и бужирование, при неэффективности показано оперативное лечение. При этих ожогах возможно поражение желудка - перфорация или некроз его стенки, рубцовое сужение. В таких случаях проводят хирургическое вмешательство. [3,1,6.4]

**.8 Ожоговая болезнь**

**Ожоговая болезнь** - это патологическое состояние, развивающееся как следствие обширных и глубоких ожогов, сопровождающееся своеобразными нарушениями функций центральной нервной системы обменных процессов, деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, эндокринными расстройствами и т. д. Поверхностные и ограниченные ожоги, как правило, не вызывают развития ожоговой болезни.

В патогенезе ожоговой болезни выделяют три группы механизмов, определяющих ее возникновение и развитие:

действие самого термического агента;

влияние раневого (воспалительного) процесса;

вторичные расстройства деятельности функциональных систем организма.

Тяжесть ожоговой болезни зависит главным образом от площади глубоких ожогов.

В процессе развития ожоговой болезни выделяют 4 основных периода (стадии) ее течения:

ожоговый шок,

острая ожоговая токсемия,

септикотоксемия,

выздоровление (реконвалесценция).

Следует отметить, что нередко под влиянием своевременного эффективного лечения период выздоровления наступает минуя стадию ожоговой септикотоксемии. [1,3,4]

**.9 Диагностика**

Глубина ожога определяется по местным клиническим признакам:

гиперемия,

наличие пузырей,

формирование струпа.

Диагностика поверхностных ожогов основана на выявлении признаков сохранения капилляров и нервных окончаний в непораженной части кожи. Отмечается гиперемия кожи, сохраняется болевая чувствительность.

Для поверхностных ожогов характерно наличие пузырей, а при ожогах 3А степени возможно образование тонкого поверхностного струпа коричневого или серого цвета.

Глубокие ожоги характеризуются образованием толстого струпа черного, темно-коричневого или серого цвета. Через струп могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком поражения 3Б-4степени.

При ожогах пламенем IV степени возможно обугливание кожи с разрывами ее, определяются погибшие мышцы и сухожилия.

При глубоких ожогах кистей и стоп имеет место "симптом перчаток" - отслоившийся эпидермис легко и безболезненно удаляется вместе с ногтевыми пластинками.

Легкое безболезненное удаление волос, отрицательная спиртовая проба, отсутствие болевой реакции при прокалывании струпа иглой - убедительные признаки глубокого ожога. Тем не менее в большинстве случаев окончательное распознавание степени ожогов возможно лишь по мере отторжения ожогового струпа (спустя 2-3 недели). [6.7,5]

Помимо степени ожога большое значение имеет определение обширности распространения - **общей площади ожога.** Существует ряд способов и схем определения площади ожоговой поверхности.

**.10 Правило девяток**

Основано на том, что площадь кожных покровов отдельных частей тела взрослых людей равна или кратна 9% поверхности тела, площадь покровов головы и шеи составляет 9%, передней и задней поверхности туловища - 18%,верхних конечностей по 9%, нижних по 18%. [6.6,6.7]

**.11 Правило ладони**

Площадь ладони у взрослого человека составляет 1,0-1,2% всей поверхности его тела. Применяется этот способ для определения площади обожженной поверхности при небольших участках ожога и при множественных поражениях, расположенных на различных участках тела. После определения площади и глубины ожога диагноз записывается следующим образом. Площадь и глубина поражения указываются в виде дроби, в числителе которой приводят общую площадь ожога и рядом (в скобках) - площадь глубокого поражения, в знаменателе - степень ожога. Необходимо указать также этнологический фактор и локализацию поражения. [1,2]

**.12 Правило сотни**

Складывают возраст больного и относительную величину ожоговой поверхности (в % к общей поверхности тела).

Если полученная сумма:

<60 -- прогноз благоприятный,

-80 -- прогноз относительно благоприятный,

-100 --прогноз сомнительный,

>100 -- прогноз неблагоприятный. [6.4, 6.5]

**.13 Индекс Франка**

Индекс Франка получают при сложении площади поверхностных ожогов с утроенной площадью глубоких

Если индекс:

< 30 -- прогноз благоприятный,

-60 -- прогноз относительно благоприятный,

-90 -- прогноз сомнительный,

>91 -- прогноз неблагоприятный. [6.1, 6.3]

**Глава 2. Сестринский уход в ожоговом отделении**

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 нераздражающими 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% диоксидиновая и 1% йодопироновая, сульфамилон и др. [1, 5, 6.1]

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. [2]

При комбинированном лечении последовательно используют закрытый и открытый методы. Применяется также полуоткрытый 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 (107-1010 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.

При лизисе глубокого ожогового струпа возникает опасность аррозивного кровотечения, обнажения суставов и полостей. Поэтому используют ранние некрэктомии (начиная с 4-7-го дня) или обкладывание сухого струпа 40% мазью салициловой кислоты. После удаления и расплавления некротических тканей обширную открытую рану прикрывают трансплантатом кожи. Самостоятельное заживление ожогов III Б степени происходит лишь в случаях, если площадь ожога не превышает 100 см2. Наилучшие результаты достигнуты при пересадке пострадавшему собственной кожи (аутотрансплантация). При обширных ожогах можно использовать специально обработанную и консервированную кожу трупа (аллотрансплантация). Иногда производят провизорное покрытие поверхности ксенокожей или прибегают к брефопластике (используют консервированную кожу эмбрионов) для предотвращения потерь плазмы. С этой же целью стали использовать искусственную кожу, состоящую из слоя коллагена и силиконированной пленки, проницаемой для воздуха, но не проницаемой для бактерий, и пересадку выращенного в искусственной среде методом культуры клеток эпителия кожи больного. [5]

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 развиться 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 обугливании 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. [6.3]

**2.1 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. [1,2]

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 наивыгодные 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. [1,2]

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 помешают 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.

. Профилактика пролежней.

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

. Помощь в проведении гигиенических мероприятий.

. Помощь при повышении температуры.

. Работа с пациентом и родственниками. [1,2]

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. [1,2,6.3]

**.2 Неотложная помощь при ожогах**

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

. 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.

. Обезболить и начать противошоковые мероприятия: ввести промедол или омнопон;

противошоковые кровезаменители (полиглюкин. желатиноль).

. Наложить асептическую повязку.

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

. 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. [6.6, 6.1]

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 3A 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). [6.6, 6.1]

**.3 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 гемнсукцинат - 200 мг или преднизолона гемнсукцинат - 60 мг), коргликон (1 мл); при начинающемся отеке легких - пентамин (25-50 мг). [1,5]

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 больною 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, гемосорбцмю, 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. [1,5]

**Вывод**

1. Проведенный анализ литературных источников показал, что важнейшими условиями обеспечения качества сестринского ухода являются: 1) систематический контроль работы среднего медицинского персонала по выполнению должностных инструкций и соблюдению медицинских технологий; 2) обеспечение непрерывного обучения среднего медицинского персонала новым методам ухода за пациентами; 3) создание оптимальных условий для работы медицинских сестер; 4) обеспечение условий пребывания пациентов в отделении; 5) надлежащее материально-техническое и лекарственное обеспечение; 6) поднятие престижа сестринского труда. Необходимы рациональное распределение функциональных обязанностей, высокая коллективная и личная ответственность за своевременность и качество медицинской помощи. Необходимо наличие мотивации к добросовестному исполнению своих профессиональных обязанностей, отсутствие которой приводит к небрежности в работе как следствие к ухудшению качества оказания медицинской помощи.

. Анализ деятельности ожогового отделения показал значительную неукомплектованность штатов младшим медицинским персоналом, что повышает нагрузку среднего медицинского персонала и приводит к нерациональному использованию трудовых ресурсов. В отделении отмечается большой износ оборудования. Увеличение количества пациентов старшего возраста с, как правило, сопутствующей патологией и риском развития осложнений ожоговой болезни, требует большего объема сестринских вмешательств и длительного ухода. Несмотря на современную лекарственную терапию, пневмония остается самым частым осложнением ожоговой травмы, а среди причин летальных исходов лидирует сепсис. [5]

**Список использованной литературы**

1.Арьев Т.Я. Термические поражения. Л., «Медицина»2010г.

.Руководство по медицинской реабилитации. Под редакцией В.М. Боголюбова в 3 - х томах / М., 2009г.

. Кованова В.В. Москва «Медицина» 2013г.

.Юрина Т. М. О. А. Роженецкая. Москва., 2010г. Научно - практический журнал. Ожоги.

.Буянов В.М., Нестеренко Ю.А., Хирургия. 2 - е издание Медицина,2012г.

.Интернет-ресурсы:

6.1. http:// 1sestrinskoe-delo.ru/sestrinskoe-delo-v-travmatologii/sestrinskiy-protsess-pri-ozhogach

6.2. http://www.naturalmedics.ru/dots-780-1.html

6.3. http://sestrinskoe-delo.ru/etapi-sestrinskogo-protsessa

6.4. https://ru.wikipedia.org/wiki/

6.5.http://help-to-students.ru/complited/yearly\_project-medicine-1623.html

6.6.http://lekmed.ru/spravka/neotlozhnaya-pomosch/ozhogovyy-shok.html

6.7.http://www.medsovet.info/articles/1992

**Приложение**

(рис. 1).



(рис.2)

