ОГЛАВЛЕНИЕ

1.Введение

.1.Актуальность проблемы

.2. Цель работы

.Основная часть

.1 Классификация ожогов и обморожений

.1.1 Классификация ожогов

.1.2 Классификация обморожений

.2 Этиология ожогов и отморожений

.2.1 Этиология ожогов

.2.2 Этиология отморожений

.3 Патогенез ожогов и отморожений

.3.1 Патогенез ожогов

.3.2 Патогенез отморожений

.4 Клинические проявления при ожогах и отморожениях

.4.1 Клинические проявления ожогов

.4.2 Клинические проявления отморожений

.5 Диагностика при ожогах и обморожениях

.5.1 Диагностика ожогов

.5.2 Диагностика отморожений

.6 Лечение и профилактика ожогов и отморожений

.6.1 Лечение ожогов

.6.2 Профилактика ожогов

.6.3 Лечение отморожений

.6.4 Профилактика отморожений

.7 Реабилитация ожогов и отморожений

.7.1 Реабилитация при ожогах

.7.2 Реабилитация при отморожениях

.8 Первая помощь ожогов и отморожений

.8.1 Первая помощь при ожогах

.8.2 Первая помощь при отморожениях

.Сестринский процесс при ожогов и отморожений

.1 Сестринский процесс при ожогах

.2 Сестринский процесс при отморожениях

Список использованной литературы

Приложения

1. Введение

Ожогом называется повреждение тканей, вызванное действием высокой температуры, химических веществ, излучений и электротока.

Ожоги - частое и тяжелое повреждение, летальность от которого еще очень велика. 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.

Обморожение - повреждение какой-либо части тела (вплоть до омертвения) под воздействием низких температур. Чаще всего обморожения возникают в зимнее время при температуре ок. среды ниже -15 градусов, когда человек долго находится на улице. Впрочем, при высокой влажности и сильном ветре обморожение можно получить и весной, при t равной больше 0 градусов.

Так же к отморожению на морозе приводят тесная и влажная одежда и обувь, физическое переутомление, голод, вынужденное длительное неподвижное и неудобное положение, предшествующая холодовая травма, ослабление организма в результате перенесённых заболеваний, потливость ног, хронические заболевания сосудов нижних конечностей и сердечно-сосудистой системы, тяжёлые механические повреждения с кровопотерей, курение и пр. При употреблении алкоголя происходит расширение периферических сосудов, что характеризуется усиленной потерей тепла, в то время как в норме при действии холода происходит их сужение. Достаточно часто тяжёлые отморожения, приводящие к ампутации конечностей, происходят именно в состоянии сильного алкогольного опьянения,[2] <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D0%BC%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5> по причинам скорее не физиологического свойства, а в первую очередь из-за неспособности нетрезвого человека своевременно принять меры против замерзания; в случае же тяжёлого опьянения пропадает способность нормально передвигаться, осознание опасности исчезает, и человек может просто заснуть на морозе, что нередко приводит и к смертельному исходу.

По статистике более 90% случаев обморожения приходится на партизан и лиц находящихся в тяжелом алкогольном опьянении.

сестринский ожог обморожение лечение

1.1 Актуальность проблемы

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.

Ожоговый травматизм является важной медицинской и социальной проблемой. 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.

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

В русскоязычной медицинской литературе выделяется раздел ожоговой медицины - комбустиология, изучающий ожоги и связанные с ними медицинские аспекты. В постсоветских странах существует специализация врачей по лечению ожогов; таких специалистов называют комбустиологами.

Проблема отморожений заслуживает особого внимания, так как в группе риска в данном случае оказываются абсолютно все жители планеты Земля, вступающие в контакт с низкими температурами. Это заставило врачей и ученых большинства стран с высоким уровнем медицины провести множество научных, в том числе клинических исследований, посвященных проблемам диагностики и лечения отморожений на разных этапах болезни, и в этом направлении уже достигнуты значимые результаты: появление сверхточных методов диагностики (например, термографии) позволило специалистам точнее определять глубину поражения и оказывать целенаправленное местное воздействие на пораженные участки, а применение современных технологий в производстве перевязочных материалов, оптимизировало лечение ран у пострадавших с холодовой травмой.

.2 Цель работы

Цель: Углубить знания медицинской сестры о ожогах и обморожениях и современных методах их лечения. 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.

2. Основная часть

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.

Отморожение (рекомендуется использовать именно этот термин), или обморожение - повреждение тканей организма под воздействием низких температур. Нередко сопровождается общим переохлаждением организма и особенно часто затрагивает выступающие части тела, такие как ушные раковины, нос, недостаточно защищённые конечности, прежде всего пальцы рук и ног. Распространяется от более удаленных областей (кончиков) органов к менее удаленным. Отличается от «холодных ожогов», возникающих в результате прямого контакта с крайне холодными веществами, такими как сухой лёд или жидкий азот. Чаще всего отморожения возникают в холодное зимнее время при температуре окружающей среды ниже −20-10 °C. При длительном пребывании вне помещения, особенно при высокой влажности и сильном ветре, отморожение можно получить осенью и весной при температуре воздуха выше нуля.

.1 Классификация ожогов и обморожений

.1.1 Классификация ожогов

Существует множество классификаций ожогов, большая часть из них основана на клиническом течении и тактике врача при той или иной ожоговой травме. Две наиболее распространённые и наглядные классификации - по глубине поражения и по типу повреждения.

Классификация по глубине повреждения:

Первая 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.

Вторая 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.

Третья степень. Поражаются все слои эпидермиса и дерма.

Третья А степень. Частично поражается дерма, дном раны служит неповреждённая часть дермы с оставшимися эпителиальными элементами (сальными, потовыми железами, волосяными фолликулами). 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.

Третья Б степень. Тотальная гибель кожи до подкожно-жировой клетчатки.

Четвёртая степень. Гибель подлежащих тканей, обугливание мышц, костей, подкожно-жировой клетчатки.

Классификация по типу повреждения

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. II-IV степень. 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.

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. Как правило, поверхностные. 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 <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B5> (электротравма). Ожоги вольтовой дугой напоминают ожоги пламенем и возникают при коротких замыканиях без прохождения тока через тело пострадавшего.

.1.2 Классификация отморожений.

Общая классификация отморожений

Различают легкую, среднюю и тяжелую степени общего охлаждения.

Легкая степень: температура тела 32-34oС. Кожные покровы бледные или умеренно синюшные, появляются «гусиная кожа», озноб, затруднения речи. Пульс замедляется до 60-66 ударов в минуту. Артериальное давление нормально или несколько повышено. Дыхание не нарушено. Возможны обморожения I-II степени.

Средняя степень: температура тела 29-32oС, характерны резкая сонливость, угнетение сознания, бессмысленный взгляд. Кожные покровы бледные, синюшные, иногда с мраморной окраской, холодные на ощупь. Пульс замедляется до 50-60 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление снижено незначительно. Дыхание редкое - до 8-12 в минуту, поверхностное. Возможны обморожения лица и конечностей I - IV степени.

Тяжелая степень: температура тела ниже 31oС. Сознание отсутствует, наблюдаются судороги, рвота. Кожные покровы бледные, синюшные, холодные на ощупь. Пульс замедляется до 36 ударов в минуту, слабого наполнения, имеет место выраженное снижение артериального давления. Дыхание редкое, поверхностное - до 3-4 в минуту. Наблюдаются тяжелые и распространенные обморожения вплоть до оледенения.

По глубине поражения тканей

Отморожение I степени (наиболее лёгкое) обычно наступает при непродолжительном воздействии холода. Поражённый участок кожи бледный, имеет мраморный окрас, после согревания покрасневший, в некоторых случаях имеет багрово-красный оттенок; развивается отёк. Омертвения кожи не возникает. К концу недели после отморожения иногда наблюдается незначительное шелушение кожи. Полное выздоровление наступает к 5 - 7 дню после отморожения. Первые признаки такого отморожения - чувство жжения, покалывания с последующим онемением поражённого участка. Затем появляются кожный зуд и боли, которые могут быть и незначительными, и резко выраженными.

Отморожение II степени возникает при более продолжительном воздействии холода. В начальном периоде имеется побледнение, похолодание, утрата чувствительности, но эти явления наблюдаются при всех степенях отморожения. Поэтому наиболее характерный признак - образование в первые дни после травмы пузырей, наполненных прозрачным содержимым. Полное восстановление целостности кожного покрова происходит в течение 1 - 2 недель, грануляции и рубцы не образуются. При отморожении II степени после согревания боли интенсивнее и продолжительнее, чем при отморожении I степени, беспокоят кожный зуд, жжение.

Отморожение III степени продолжительность периода холодового воздействия и снижения температуры в тканях увеличивается. Образующиеся в начальном периоде пузыри наполнены кровянистым содержимым, дно их сине-багровое, нечувствительное к раздражениям. Происходит гибель всех элементов кожи с развитием в исходе отморожения грануляций и рубцов. Сошедшие ногти вновь не отрастают или вырастают деформированными. Отторжение отмерших тканей заканчивается на 2 - 3-й неделе, после чего наступает рубцевание, которое продолжается до 1 месяца. Интенсивность и продолжительность болевых ощущений более выражена, чем при отморожении II степени.

Отморожение IV степени возникает при длительном воздействии холода, снижение температуры в тканях при нём наибольшее. Оно нередко сочетается с отморожением III и даже II степени. Омертвевают все слои мягких тканей, нередко поражаются кости и суставы. Повреждённый участок конечности резко синюшный, иногда с мраморной расцветкой. Отёк развивается сразу после согревания и быстро увеличивается. Температура кожи значительно ниже, чем на окружающих участках тканей. Пузыри развиваются в менее отмороженных участках, где имеется отморожение III-II степени. Отсутствие пузырей при развившемся значительно отёке, утрата чувствительности свидетельствуют об отморожении IV степени.

.2 Этиология ожогов и отморожений

.2.1 Этиология ожогов

К ожогам приводят:(см. факторы поражения, в классификации ожогов по типу повреждения).

.2.2 Этиология отморожений.

К отморожению приводят: тесная и влажная одежда <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B4%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D0%B0> и обувь <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B1%D1%83%D0%B2%D1%8C>, физическое переутомление <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5\_%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%83%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5&action=edit&redlink=1>, голод <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4\_(%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)>, вынужденное длительное неподвижное и неудобное положение, предшествующая холодовая травма <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F\_%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0>, ослабление организма в результате перенесённых заболеваний, потливость ног, хронические заболевания сосудов нижних конечностей и сердечно-сосудистой системы, тяжёлые механические повреждения с кровопотерей, курение <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%83%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5>, употребление алкоголя на холоде, алкогольное опьянение и пр.

.3 Патогенез ожогов и обморожений

.3.1 Патогенез ожогов

Состоит в следующих патологических изменениях. Термическое поражение разрушает клетки или вызывает нарушение их функции. Степень ожога зависит от температуры и продолжительности воздействия термического агента, толщины кожи и проводимости тканей. Ожоговая рана может быть схематически представлена в виде грех концентрических зон. В центре - наибольшая степень поражения. Клетки и сосуды здесь разрушены. «Выживание» зоны стаза зависит от факторов, которые могут быть во власти хирурга, но иногда и не подвластны ему. В результате гибели этой зоны частичный по глубине некроз может охватить всю толщу кожи. Периферическая зона гиперемии - это область повреждения, поддающаяся лечению и заживающая в течение 7-10 дней.

.3.2 Патогенез отморожений

Происходит длительный спазм артериол под влиянием холода с последующим тромбозом их, что и нарушает местное кровообращение тканей вплоть до образования некроза. Характерна неравномерность поражения тканей. Глубина и площадь повреждения тканей при отморожении выявляется спустя определенное время после согревания. Поэтому в развитии отморожения различают два периода: скрытый (дореактивный) и реактивный (после согревания). Для скрытого периода характерна бледность кожных покровов с потерей чувствительности и местное снижение температуры с нарушением обмена и кровообращения в отмороженных участках пропорционально продолжительности действия и характера температурного фактора. Объективным критерием наступления реактивного периода следует считать нарастающий отек отмороженного участка тела. Этому периоду свойственны появление воспаления и некроза и более точное выявление глубины и площади повреждения. (для получения доп. информации, см. классификацию отморожений по глубине повреждения).

.4 Клинические проявления при ожогах и отморожениях

.4.1 Клин. проявления при ожогах

Очень часто после сильного ожога(обычно III -IV степени) развивается ожоговая болезнь.

Ожоговая болезнь - патологическое состояние организма, развивающееся вследствие обширных и глубоких ожогов и сопровождающееся нарушениями функций ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, ухудшением обменных процессов, эндокринными расстройствами и т. д. К развитию ожоговой болезни приводят тяжелые ожоги.

Течение ожоговой болезни подразделяют на четыре периода:

ожоговый шок;

острая ожоговая токсемия;

ожоговая септикотоксемия;

период выздоровлени.

Ожоговый шок длится от 1 до 3 суток, его сменяет период острой токсемии, продолжающийся 10-15 дней и переходящий в септикопиемию. Начало периода септикопиемии совпадает с началом отторжения мертвых тканей, его продолжительность зависит от длительности заживления ожоговой раны.

Период выздоровления начинается после заживления кожи.

Тяжелый шок наблюдается при глубоких ожогах, занимающих более 20% и более поверхности тела. Отмечается каратковременное психомоторное возбуждение, сменяющееся затем заторможенностью. Кожные покровы необожженных участков и видимые слизистые оболочки бледные, сухие, на ощупь холодные.

Температура тела обычно снижена на 1,5-2°С. У многих больных отмечаются тошнота и рвота. Часто выражен акроцианоз (синюшность концевых частей тела). Дыхание учащено, пульс составляет 120-130 ударов в минуту, артериальное давление характеризуется неустойчивостью, но чаще отмечается его понижение. Выражено поражение почек: снижение суточного диуреза (отделение мочи) достигает 600 (олигурия), в моче определяется кровь.

Характерна мучительная жажда - пострадавший выпивает до 4-5 л жидкости в сутки, после чего нередко развивается неукротимая рвота. Пульс снижается до нитевидного, может не определяться. Артериальное давление снижается значительно, (максимальное - до 100 мм рт. ст.). Развивается анурия, реже наблюдается олигурия. Для крайне тяжелого ожогового шока характерна резкая гемоконцентрация (сгущение крови) и уменьшение объема циркулирующей крови на 20-40%.

Ожоговый шок продолжается от 2 до 48 ч, в редких случаях затягивается до 72 ч. При благоприятном исходе и своевременном лечении в первую очередь начинает восстанавливаться периферическое кровообращение, затем нормализуется мочеиспускание.

В периоде ожоговой токсемии начинают проявляться симптомы интоксикации. Самочувствие больных с поверхностными ожогами чаще остается удовлетворительным.

При глубоких поражениях температура тела повышена. Больной возбужден, его сознание спутано. Возможны судороги <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_neurology/epilepsy>, бред, слуховые и зрительные галлюцинации. На этом этапе проявляются осложнения со стороны различных органов и систем.

Со стороны сердечно-сосудистой системы - токсический миокардит <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_cardiology/myocarditis>, тромбозы <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_phlebology/thrombosis>, перикардит <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_cardiology/pericarditis>. Со стороны ЖКТ - стрессовые эрозии и язвы <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_gastroenterologia/gastric\_ulcer>(могут осложняться желудочным кровотечением), динамическая кишечная непроходимость <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_gastroenterologia/ileus>, токсический гепатит <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_gastroenterologia/hepatitis>, панкреатит <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_gastroenterologia/pancreatitis>. Со стороны дыхательной системы - отек легких, экссудативный плеврит <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_pulmonology/exudative-pleurisy>, пневмония <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_pulmonology/pneumonia>, бронхит <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_pulmonology/bronchitis>. Со стороны почек - пиелит <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_urology/pyelonephritis>, нефрит <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_urology/glomerulonephritis>.

Ожоговая токсемия продолжается в среднем 10-15 дней и постепенно переходит в септикотоксемию.

Ожоговая септикотоксемия развивается чаще всего при глубоких ожогах, превышающих 5-7% поверхности тела. 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 <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_neurology/sleep-disorders>. Аппетит отсутствует. Отмечается значительное снижение веса (в тяжелых случаях возможна потеря 1/3 массы тела). Мышцы атрофируются, уменьшается подвижность суставов, усиливается кровоточивость. Развиваются пролежни <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/bedsore>. 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.

При менее благоприятном течении патологического процесса возможно развитие ожогового истощения. Оно обычно наблюдается при глубоких ожогах при длительном существовании ожоговых ран, занимающих не менее 15-20% поверхности тела, но в случаях неадекватного и несвоевременного лечения может развиться и при меньших по площади (в пределах 10%) глубоких ожогах.

При ожоговом истощении масса тела пораженных может снижаться на 10-20%, а при особо тяжелом поражении - даже на 25-30%.

При ожоговом истощении наблюдается утяжеление клинической симптоматики - грануляции становятся бледными и дряблыми, легко кровоточат. Выражены общая заторможенность, неподвижность, образуются пролежни, в крови определяются анемия и снижение содержания белка. (подробнее см. классификацию ожогов по глубине поражения).

.4.2 При отморожениях

Общая характеристика.

Кожа пострадавшего бледно-синюшная, холодная, чувствительность (тактильная и болевая) отсутствует или резко снижена. При растирании и согревании появляется сильная боль в пальцах или во всей стопе и кисти. Через 12-24 часа можно определить глубину отморожения: при I степени кожа гиперемирована, синюшна, пальцы отечны; при П степени образуются пузыри с геморрагическим содержимым; при Ш степени - по вскрытии пузырей видна раневая поверхность с участками темных некрозов; при IV степени отморожению подвержены целиком пальцы или дистальные отделы конечностей: они черного цвета, вначале отечны, затем подвергаются мумификации. При общем охлаждении пострадавший вял, безучастен к-окружающему, кожные покровы бледные, холодные, пульс редкий, артериальное давление снижено. Температура тела меньше 36 °С.

Характеристика при отморожениях различной степени.

Кожа пострадавшего бледно-синюшная, холодная, чувствительность (тактильная и болевая) отсутствует или резко снижена. При растирании и согревании появляется сильная боль в пальцах или во всей стопе и кисти. Через 12-24 часа можно определить глубину отморожения: при I степени кожа гиперемирована, синюшна, пальцы отечны; при П степени образуются пузыри с геморрагическим содержимым; при Ш степени - по вскрытии пузырей видна раневая поверхность с участками темных некрозов; при IV степени отморожению подвержены целиком пальцы или дистальные отделы конечностей: они черного цвета, вначале отечны, затем подвергаются мумификации. При общем охлаждении пострадавший вял, безучастен к-окружающему, кожные покровы бледные, холодные, пульс редкий, артериальное давление снижено. Температура тела меньше 36 °С. (подробнее см. классификацию отморожений по глубине поражения).

.5 Диагностика

.5.1 Диагностика при ожогах

Диагностика глубины поражения

Диагностика основывается на данных анамнеза, осмотра ожоговой раны, использовании некоторых диагностических проб для уточнения степени повреждения кровообращения и нарушения чувствительности.

Данные анамнеза с уточнением природы термического агента, времени и обстоятельств его воздействия помогают предположить, развивается поверхностный или глубокий ожог.

При осмотре зоны повреждения обращают внимание на наличие гиперемии, пузырей, струпа, очагов некроза. Соответственно обнаруженным изменениям предварительно можно определить глубину повреждения кожи и степень ожога.

Определение нарушения кровообращения

Метод надавливания

В зависимости от степени нарушения кровообращения выделяют три зоны поражения 1. Зона гиперемии. Характерна для поверхностных ожогов. При надавливании на гиперемированную кожу последняя бледнеет.

. Зона стаза. При надавливании окраска не меняется, что связано с выраженным венозным стазом, который отчетливо развивается к концу первых суток (проба информативна по истечении этого срока).

. Зона полного отсутствия кровообращения, наблюдается при глубоких ожогах в зоне сухого или влажного некроза.

Метод тетрациклиновой флюоресценции

Через час после приема окситетрациклина участок ожога облучают в темной комнате кварцевой лампой. Поверхностные ожоги (I-IIIа степени) светятся желтым цветом, а на участках глубоких ожогов свечения нет.

Метод термометрии

Нарушение кровообращения кожи сопровождается понижением температуры ее, что позволяет дифференцировать ожоги IIIа и III6 степени. Температура на участках ожога III6 степени на 1,5-2,0°С ниже.

Определение болевой чувствительности

Болевая чувствительность при ожоге IIIа степени резко снижена. При ожогах IIIб и IV степени - отсутствует. При определении чувствительности нужно учитывать состояние больного (возбуждение или заторможенность, введение наркотических препаратов и пр.).

Сохранность болевой чувствительности можно определить, производя уколы иглой или обрабатывая раневую поверхность 96° спиртом. Еще одним способом является эпиляция волос: если при этом пациент ощущает боль и волосы выдергиваются с трудом - поражение поверхностное; при глубоком ожоге волосы удаляются легко и безболезненно.

Применение красителей

Для раннего выявления зоны глубоких некрозов используют окраску тканей по Ван-Гизону (D. Patey, R. Scarff, 1944 г.). Неповрежденная кожа и ее участки с ожогами I-II степени окрашиваются в ярко-розовый цвет. При поражении IIIа степени цвет желтоватый, при глубоких поражениях - ярко-желтый.

Определение прогноза.

Наиболее простыми ориентировочными методами определения прогноза при ожогах являются«правило сотни» и индекс Франка.

«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.

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.

Определение общей площади ожога

«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% (смотри приложение №1).

«Правило ладони». Площадь лалони 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. Большое практическое значение имеет зарисовка ожогов на специальных бланках, позволяющая отметить на схеме все необходимые характеристики поражения (локализацию, площадь, степень).

.5.2 Диагностика обморожений

Диагностика в момент действия холода:

Кожа на пострадавшем участке бледная/мраморная/синюшная; на ощупь холодная.

Чувствительность обмороженного органа снижена или отсутствует.

Перед потерей чувствительности иногда, но не всегда, могут наблюдаться зуд, жжение или покалывание.

Косвенными свидетельствами того, что обморожения еще нет, может быть:

то, что чувствительность лишь слегка снижена, но прикосновения к пострадавшему участку кожи еще чувствуются

то, что кожа сохраняет розоватый оттенок

Косвенными свидетельствами того, что обморожение тяжелое может быть:

то, что пострадала значительная по площади часть тела (например, вся стопа или большая часть лица)

то, что холодовое воздействие было длительным (более получаса) и/или сильным. Важно отметить, что собственно холод ощущается пострадавшей частью тела лишь в первое время, далее в след за потерей тактильной чувствительности теряется и температурная.

то, что потеря чувствительности является глубокой, не чувствуются не только прикосновения, но и уколы, например булавкой или иголкой. Такие проверки лучше делать с помощью товарищей и с закрытыми глазами.

Диагностика после прекращения действия холода

Если обморожения не было:

Боли при согревании слабые или отсутствуют

Кожа приобретает нормальный оттенок, иногда бывает временное (менее часа) покраснение.

Чувствительность восстанавливается полностью

Если обморожение легкое:

Зуд, боли, иногда сильные

Кожа на пораженном участке приобретает выраженный красный оттенок, затем восстанавливается нормальная окраска

Чувствительность восстанавливается по всей поверхности, но зачастую в измененном состоянии; может быть, как снижена, так и повышена

Возможно появление пузырей с прозрачным содержимым и дном розового цвета

Возможен отек поврежденной части тела

Если обморожение тяжелое:

Боли варьируют от нестерпимых до полного отсутствия(последнее говорит об очень тяжелых повреждениях).

Кожа на всей пораженной поверхности или частично становится темно-синей или черной, часть кожи может иметь различные оттенки красного/багрового/фиолетового.

Чувствительность восстанавливается частично или не восстанавливается вовсе

Возможно появление пузырей багрового или синюшного цвета.

Возможно появление выраженной багровой полосы, опоясывающей весь пораженный участок или его часть

Возможен отек поврежденной части тела

По периферии от тяжелого обморожения зачастую есть зона более легкого обморожения.

.6 Лечение и профилактика ожогов и обморожений

.6.1 Лечение ожогов

Лечение ожоговой болезни должно быть комплексным и складываться из нескольких ключевых моментов. К основным из них относятся: борьба с шоком, лечение кожных поражений, профилактика и лечение инфекционных осложнений.

Борьба с шоком производится в условиях палат интенсивной терапии. Больному назначается ряд стандартных мероприятий, применяемых у всех шоковых больных. Назначаются постельный режим и полный покой, создается теплый микроклимат в палате. Очень важным моментом является устранение боли, так как именно из-за нее происходит истощение нервной системы. С этими целями применяют различные анальгетики, довольно часто приходится прибегать к использованию наркотических веществ. Очень хороший эффект во время шока получают, переливая больному кровь или кровезаменители. Назначаются препараты, повышающие кровяное давление, способствующие более полному насыщению тканей организма кислородом и питательными веществами. Проводятся витаминотерапия, лечение препаратами, улучшающими обменные процессы в организме. Все указанные мероприятия проводят только под контролем анализов крови и мочи. Назначаются также препараты, улучшающие функцию сердечной мышцы, гормональные препараты.

Лечение непосредственно кожного очага поражения производится только после выведения больного из состояния шока. Проводится первоначальная хирургическая обработка ожога, при этом должны быть удалены все омертвевшие участки кожи, вскрыты все пузыри. Все способы дальнейшего лечения ожогов можно разделить на три основные группы.

Лечение под повязкой. С этой целью применяются в основном антисептические растворы, а также всевозможные препараты, способствующие более быстрому заживлению кожи.

Лечение открытым способом. Применяется несколько реже. Повязки на место ожога не накладываются. При этом имеется ряд достоинств: больной освобождается от ежедневной мучительной процедуры перевязки, имеется возможность постоянного наблюдения за очагом поражения, намного менее выражен гнилостный запах. Однако при этом заживление ожога идет медленно, на его поверхности образуется большое количество толстых корок.

Коагулирующие методы - особые своеобразные методики, которые используются в основном в крупных клиниках.

Лечение инфекционных осложнений проводится параллельно с лечением очага поражения. При этом используются различные препараты антибиотиков и антисептиков местно в повязке, а также антибактериальные препараты системного действия в таблетированных и инъекционных формах.

Аутодермапластка-операция по пересадке кожи.

.6.2. Профилактика ожогов

Важно соблюдать правила пребывания на солнце (не находиться на солнце с 12 до 17 часов, использовать головной убор и солнцезащитный крем) и стараться не допускать перегрева, особенно у детей и пожилых людей.Очень важно соблюдение правил техники безопасности при работе с химикатами и с открытым пламенем!

.6.3Лечение отморожения

Лечение отморожения предусматривает:

эндогенное согревание (до естественной температуры тела);

аутодермопластику;

восстановление кровообращения в тканях,

улучшение микроциркуляции;

применение ганглиоблокирующих, спазмолитических средств;

витаминотерапия,

введение растворов глюкозы, новокаина, солевых растворов; новокаиновая блокада;

введение противостолбнячной сыворотки, столбнячного анатоксина,

прием антибиотиков,

пузыри (если поверхность кожи чистая) прокалывают, накладывают спирт-фурацилиновую повязку;

если есть нагноение - мази левосина, левомеколя, диоксиколя,

УВЧ-терапия,

лазерное облучение,

ультразвук,

магнитотерапия. Некрэктомия, ампутация.

.6.4 Профилактика обморожения

Собираясь на длительную прогулку на морозе, оденьте несколько слоев одежды - воздух между ними удержит тепло. Возьмите с собой запасные шерстяные носки, стельки, варежки. На морозе не рекомендуется носить металлические украшения, так как металл остывает значительно быстрее тела человека. Перед выходом нужно плотно поесть, возможно, организму потребуется много энергии для борьбы с холодом. Неплохо взять с собой термос с горячим чаем. «Согревание» с помощью алкоголя, может привести к тяжелым последствиям, так как дает лишь иллюзию тепла и нарушает адекватное восприятие. Большинство обморожений приводящих к ампутации конечностей происходит в состоянии алкогольного опьянения. Почувствовав замерзание конечностей, согрейтесь в любом теплом помещении. Уже обмороженное место нельзя подвергать повторному замерзанию - травма будет намного серьезней.

.7 Реабилитация после ожогов и отморожений

.7.1 Реабилитационные мероприятия после ожога

В комплекс реабилитационных мероприятий после ожога входят:

медикаментозное лечение ран;

физиотерапевтические процедуры (массаж, электрофорез и т.д.);

применение заживляющих и противорубцовых мазей;

выполнение специальных физических упражнений, направленных на восстановление подвижности(см. приложение №2);

при необходимости - вмешательство пластического хирурга.

.7.2 Реабилитационные мероприятия после обморожения.

профилактика возможных осложнений;

улучшение кровообращения в отмороженных участках тела

с целью активизации регенеративных процессов;

подготовка больного к операции по пересадке тканей.

медикаментозное лечение ран;

физиотерапевтические процедуры (массаж, электрофорез и т.д.);

.8 Первая помощь при ожогах и отморожениях

.8.1 Первая помощь при ожогах

Первая помощь при легких бытовых ожогах

. Охладите обожженное место прохладной проточной водой в течение нескольких минут. Не используйте сильный напор воды.

. Не используйте лед, снег, замороженные продукты для охлаждения ожога. Низкие температуры могут быстро вызвать обморожение, поскольку кожа в месте ожога уже повреждена и не выполняет свою защитную функцию.

. Ожоги первой степени или небольшие ожоги второй степени можно лечить при помощи сертифицированных мазей или спреевот ожогов. Запомните: подобные мази должны быть изготовлены строго на водной основе.

. Никогда не смазывайте ожоги маслом, салом или любым другим жиром, включая жирные кремы. Масляная пленка удерживает тепло внутри кожи и делает ожог более глубоким.

. Не вскрывайте самостоятельно волдыри, оставшиеся от ожога - так вы рискуете занести инфекцию. Ожоги склонны к воспалению и развитию нагноения чаще, чем другие травмы <http://www.takzdorovo.ru/dvizhenie/c-chego-nachat/kak-izbezhat-sportivnyh-travm/>.

. Если ожог вызывает сильные боли, озноб или лихорадку - немедленно обратитесь к врачу.

Оказание первой медицинской помощи при термических ожогах

Немедленно устранить источник ожога: погасить горящую одежду любыми возможными способами (облить человека водой, завернуть его в одеяло, пальто и уложить его на спину, чтобы пламя не распространялось к голове), удалить пострадавшего из зоны высокой температуры, снять или срезать тлеющую одежду (однако не пытайтесь удалить материю, прилипшую к коже).

Затем как можно скорее следует наложить на ожоговую поверхность сухую стерильную повязку.

При обширных ожогах лучше всего завернуть пострадавшего в чистую простыню, тепло укрыть, можно дать пить много жидкости (горячий крепкий чай, кофе).

Если пострадавший без сознания, придайте ему положение для реанимации, после чего вызовите скорую помощь.

Запомните: до наложения повязки обожжённую кожу нужно обильно полить холодной водой. Срезание или прокалывание образовавшихся на коже пузырей категорически запрещается!

Следует учитывать, что ожоги у детей протекают тяжелее, чем у взрослых, хотя температура действующего фактора, например жидкости, может быть не очень высокой. Ожоги полости рта и глотки и первая помощь

Первая помощь при ожогах полости рта.

Для оказания первой помощи пострадавшему дают пить нейтрализующие жидкости: при ожогах кислотами для полоскания полости рта и глотки применяют известковую воду, мыльную воду, а при ожогах щелочами - воду, подкисленную лимонным соком. Можно использовать молоко, а также яичные белки, разведенные холодной водой. Дают также глотать небольшие кусочки льда. Непременно нужно вызвать «скорую помощь» для проведения дальнейших мероприятий.

Помните, что ожоги и ошпаривания полости рта и глотки особенно опасны, так как могут вызвать отёк, препятствующий дыханию.

Первая помощь при ожогах кислотами и щелочами

При ожогах концентрированной кислотой её смывают струёй проточной холодной воды (не менее 30 минут), мыльной водой или 1-2% раствором соды.

Наиболее сильные повреждения бывают при воздействии щелочей. Их смывают также водой, либо слабым раствором уксусной или лимонной кислоты.

На обожжённую поверхность накладывают сухую чистую повязку.

Вызывают скорую при обширных и глубоких ожогах.

(Список средств, используемых для оказания первой помощи при хим. ожогах см. в приложении №3)

Первая помощь при ожогах органов зрения

Правила первой помощи при ожогах глаз зависят от вида ожога. Так, если причиной повреждения были химические вещества, вначале необходимо: удалить их из глаз. Это можно сделать ватной палочкой.

После этого необходимо глаз промыть водой. Промывание проводится при помощи комка ваты, который смачивают под струей чистой воды. Неотжатым комком ваты проводят по краю век от висков к носу в течение 15 минут.

При щелочном ожоге можно промыть глаз 2% раствором борной кислоты. Если же был ожог кислотой, для промывания глаз используют содовый раствор.

Первая помощь при ожогах глаз разного вида включает в себя прием пострадавшим обезболивающих препаратов, как общего, так и местного применения. Для приема внутрь используют анальгетики. Кроме того, применяют для закапывания в глаз 4%-е растворы новокаина, лидокаина, 0,2%-й раствор левомицетина.

При оказании первой помощи при ожогах глаз по возможности больного следует поместить в темное помещение.

Следует незамедлительно вызвать скорую помощь.

Что нельзя делать при ожогах

Смазывать жиром или маслом поврежденную поверхность.

Прикладывать лед к пораженной поверхности, чтобы не вызвать обморожение тканей.

Обрабатывать травму спиртом, йодом или зеленкой.

Вскрывать появившиеся волдыри, наполненные жидкостью или кровью.

.8.2 Первая помощь при отморожениях.

Прежде всего, пострадавшего необходимо изолировать от ветра и холода. Перенести в теплое, но не жаркое помещение.

Снять влажную и тесную одежду, одеть сухую.

Согреть замерзшего человека. Для этого лучше всего дать горячее питьё пострадавшему. Помогут также таблетки но-шпы, папаверина, анальгина и аспирина. Кроме того, можно сделать инъекцию анальгина внутримышечно.

Если наблюдается легкое обморожение кожи, когда нет онемения и ярко выраженного обморожения (изменений на коже), поможет согревающая ванна. Следует начать с температуры воды 24oС и постепенно (20-30мин) повысить до температуры здорового тела.

Если нет возможности принять ванну, можно согреть до покраснения теплыми чистыми ладонями рук, легким массажем, растиранием мягкой шерстяной тканью, дыханием. Однако следует помнить, что при глубоком обморожении этого делать нельзя, чтобы не травмировать кожные покровы.

Между пальцами рук или ног стоит проложить влажные марлевые салфетки. Далее наложить ватно-марлевую теплоизолирующую повязку, а поверх - клеёнку или прорезиненную ткань.

Стараться не повредить кожу, если на ней уже появились волдыри. Обеспечить состояние покоя. Укутать подручными теплыми вещами.

Что нельзя делать при обморожениях

не игнорировать

не растирать (это приводит к омертвению кожи и появлению белых пятен на коже)

не согревать резко

не пить спиртное

3.Сестринский процесс при ожогах и обморожениях

.1 Сестринский процесс при ожогах

Проблемы:

боль;

нарушение дыхания, связанное с болью;

нарушение мочеиспускания, связанное с нарушением функции почек;

нарушение сна;

нарушение аппетита;

снижение двигательной активности;

повышение температуры в период ожоговой токсемии и септикотоксемии;

ограничение самоухода;

страх, тревога.

Сестринские вмешательства:

. Выполнение назначений врача:

введение лекарственных средств (обезболивание);

наблюдение за состоянием больною (контроль АД, пульса, температуры тела, диуреза, состоянием ожогов);

подготовка к диагностическим и лечебным процедурам.

. 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.

.2.Сестринский процесс при обморожениях.

Проблемы пациентов:

. Боль.

. Нарушение чувствительности.

. Отек тканей.

. Нарушение функции конечности.

. Страх, тревога, связанные с неблагоприятными последствиями отморожения.

. Повышение температуры.

Сестринские вмешательства:

. Выполнять назначения врача:

наблюдать за общим состоянием пациента. Следить за температурой воздуха в палате, она должна быть 34 -35 "С;

измерять температуру тела. АД. пульс:

вводить лекарственные средства: антикоагулянты (гепарин), фибринолитики (фибринолизин). спазмолитики (но-шпа. папаверин), дезагреганты (аспирин, трентал), никотиновую кислоту, антибиотики; готовить к различным диагностическим и лечебным процедурам.

. Подготовка и проведение перевязок:

строгое соблюдение правил асептики и антисептики для предупреждения присоединения инфекции;

подготовить все для обезболивания;

при отморожениях 1 степени пораженную кожу смазывают спиртом, накладывают асептическую повязку. Рекомендуют физиотерапевтические процедуры. При отморожениях II. степени в условиях соблюдения строгой асептики подрезают пузыри у основания, накладывают влажно-высыхающие спирт-фурацилиновые повязки, спирт-хлоргексидиновые повязки. При нагноении используют мази на водорастворимой основе (левосин, левомиколь). При отморожениях III степени удаляют пузыри, используют протеолитические ферменты при наличии некрозов.

. Уменьшить болевые ощущения:

обеспечить физиологический покой, придать удобное положение.

. Обеспечить диетическое питание:

пища должна быть высококалорийная, разнообразная и богата витаминами.

. Обеспечить проведение гигиенических мероприятий.

. Оказать психологическую поддержку и провести работу с родственниками.

Список использованной литературы

Арьев Т.Я. Ожоги и отморожения. Л., «Медицина», 1966г.

Арьев Т.Я. Термические поражения. Л. , «Медицина» 1971г.

Бурмистрова В.М. , Б.С. Вихряева. - Ожоги и обморожения. Руководство для врачей. Медицина, 1981г.

Боголюбов В.М. Больнеотерапия врача, сегодня, завтра. Физиотерапия, больнеология, реабилитация. - 2002, №1

Бутырина Г.Я. «Лечебная физкультура при ожогах. Л. , «Медицина», 1965г.

А.А. и др. Ожоговый шок. - «Тр. 1 - й Всесоюзной конференции по термическим ожогам», М. , «Медицина»; 1972г.

Руководство по медицинской реабилитации. Под редакцией В.М. Боголюбова в 3 - х томах / М. , 1998г.

Кованова В.В. Москва «Медицина» 1974г.

Справочник О.С. Митарев Л.Е. Котович, А.В. Руцкий, Н.Е. Савченко - Беларусь, 1980 г.

Вестник хирургии. Имени И.И. Грекова. Ленинград «Медицина»

Воробьев А.И. ,Городецкий В.Л. ,Бриллиант М.Д. Плазмаферез в клинической практике №6 .

Клячкин Я. М. ,Виноградова М.Н. Физиотерапия: Учебник. -2е Изд. , Медицина. 1995г.

Сытник А. А. , Белецкий А. В. Сравнительная характеристика методов лечения ожогов №4.

Юрина Т. М. О. А. Роженецкая. Москва. , 2007г. Научно - практический журнал. Ожоги.

Физиотерапия и лечебно - физическая культура Гельфонд В. Б.- Москва. , 2007г.

Буянов В.М. , Нестеренко Ю.А., Хирургия . 2 - е издание Медицина,1993г.

Приложение №1

"Правило девятки"



Приложение №2

ЛФК при ожоговых состояниях



Приложение №3

Нейтрализаторы при хим. ожогах.

|  |  |
| --- | --- |
| Вещество, вызвавшее ожог | Нейтрализующее средство |
| Кислоты | Вода, гидрокарбонат натрия |
| Щелочи | Вода, растворы 1% уксусной кислоты, 3% борной или лимонной кислоты |
| Фенол | Вода. |
| Соединения хрома | 1% раствор тиосульфата натрия |
| Известь негашеная | Примочки с 20% раствором сахара |
| Алюминия органические соединения | Бензин, керосин |