|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Сестринский уход в хирургии**  **План теоретических занятий 4 семестр** | | |
| 1. | Ожоги. Ожоговая болезнь. | 2 |
| 2. | Отморожения. Электротравма. | 2 |
| 3. | Подготовка больных к операции (предоперационный период) | 2 |
| 4. | Ведение больных в послеоперационном периоде | 2 |
| 5. | Острая аэробная хирургическая инфекция | 2 |
| 6. | Общая гнойная хирургическая инфекция | 2 |
| 7. | Анаэробная хирургическая инфекция. | 2 |
| 8. | Черепно-мозговые травмы, травмы органов шеи. | 2 |
| 9. | Травмы грудной клетки | 2 |
| 10 | Травма позвоночника, спинного мозга. | 2 |
| 11. | Травма таза. | 2 |
| 12. | «Острый живот» | 2 |
| 13. | Хирургические осложнения ЯБЖ и ДПК. | 2 |
| 14. | Заболевания передней брюшной стенки. Грыжи живота. Перитонит. | 2 |
| 15. | Хирургические заболевания и травмы мочеполовых органов | 2 |
| 16. | Заболевания и повреждения прямой кишки | 2 |
| 17. | Синдром нарушения кровообращения | 2 |
| 18. | Синдром новообразования | 2 |
| **Итого:** | | **36 часов** |

**4 семестр Лекция №1**

**Ожоги. Ожоговая болезнь.**

**Ожоги** — это повреждения кожных покровов в результате воздействия на нее высокой температуры, концентрированных кислот или щелочей, других химически активных веществ. Поражение кожи в виде ожогов нередко встречается у маленьких детей в результате недостаточного внимания со стороны взрослых людей, в этом случае наиболее часто отмечаются ожоги при опрокидывании на себя посуды с горячей (иногда даже кипящей) водой, пищей. Нередко ожоги подобной природы возникают у взрослых людей при невнимательном поведении в быту. Профессиональные ожоги возникают в результате несоблюдения правил техники безопасности при работе с химически активными и взрывоопасными веществами. Ожоги в результате воздействия различного вида оружия встречаются у бойцов в зоне сражений. Иногда ожоги возникают при суицидальных попытках (ожоги пищевода). Ожоги могут быть вызваны при попытке злоумышленников обезобразить внешность человека. Обширные ожоги могут отмечаться у лиц, попавших в горящее помещение при пожаре. Вот основные группы пациентов ожоговых центров.

Таким образом, по этиологическому признаку можно выделить следующие группы ожогов: от воздействия высокой температуры воздуха, жидкости или твердых тел высокой температуры, кислот, щелочей и иных активных в химическом отношении веществ. По характеру поражения кожи различают коагуляционный некроз и коликвационный некроз.

Коагуляционный, или сухой, некроз возникает при воздействии на поверхность кожи кислот, высоких температур (более 60 оС). Повреждение в данном случае поверхностное, на коже образуется жесткая темная корочка — струп — с четко очерченными контурами. Контуры и форма ожога соответствуют пятну кислоты, попавшей на нее. Коликвационный, или влажный, некроз возникает при воздействии на кожные покровы щелочей, температур, относительно невысоких — менее 60 оС. При этом повреждение более глубокое и распространяется на значительно большей площади, нежели первоначально воздействующая щелочь. Коликвационный некроз при осмотре выглядит различно (в зависимости от глубины повреждения тканей), но всегда имеет размытые, нечеткие контуры.

## **2. Определение степени глубины поражения кожных покровов**

По глубине поражения различают ожоги глубокие и поверхностные. Существует классификация, согласно которой глубина повреждения тканей при ожогах делится на несколько степеней.

**I степень** — ожоги поверхностные, поражен лишь верхний слой эпидермиса, визуально определяется только гиперемия кожи. Субъективно отмечается ощущение жара, жжения кожи. Подобные ожоги нередко возникают у людей со светлым типом кожи при воздействии на нее солнечных лучей. Они требуют только консервативного симптоматического лечения и проходят самостоятельно, не оставляя после себя стойких изменений кожи.

**II степень** — ожоги поверхностные, однако, помимо гиперемии, в месте воздействия фактора отмечается появление пузырей с серозным содержимым, возникающих в результате отслаивания поверхностных слоев эпидермиса от нижележащих. Субъективно отмечаются более выраженные симптомы: ощущение жжения, жара, боли, при пальпации зоны повреждения — болезненность. Подобные ожоги наиболее часто отмечаются в быту, иногда отмечаются солнечные ожоги данной степени тяжести. Лечение консервативное, запрещается вскрывать пузыри.

**IIIА степень** — ожоги поверхностные, однако отмечается некроз поверхностных слоев кожи. Эти ожоги значительно более тяжелые и по реакции со стороны всего организма, и по длительности излечения от них. Тем не менее при этой степени сохраняется возможность самостоятельного восстановления верхних слоев кожи.

**IIIБ степень** — глубокие ожоги, отмечается гибель всей дермы с вовлечением волосяных луковиц, потовых и сальных желез. При исследовании ожога определяется чувствительность к болевым раздражителям в области повреждения. Глубокие ожоги сопровождаются потерей болевой чувствительности. Требуется срочная госпитализация в ожоговый стационар для проведения адекватного местного (хирургического) и общего лечения.

**IV степень** — глубокие ожоги, при которых могут повреждаться не только все слои кожи, но и подлежащая подкожно-жировая клетчатка, мышечная ткань и даже кость.

***3. Площадь ожогового поражения кожи. Способ «ладони» и правило «девяток» в определении площади ожога***

Для того чтобы определить площадь ожога, используют несколько способов. Наиболее простой, не требующий дополнительных инструментов и достаточно точный способ — метод «ладони». После некоторых исследований было достоверно выявлено, что размер человеческой ладони соответствует 1% кожных покровов человеческого тела. Таким образом, сравнивая площадь ожога с размером ладони, можно определить точную площадь ожога. Другое правило определения площади ожога также достаточно несложное — это правило «девяток». Известно, что площадь различных областей тела составляет 9% от общей поверхности кожных покровов, за исключением области промежности, площадь которой составляет 1%. По 9% от общей площади соответствуют верхняя конечность, бедро, голень со стопой, а также голова и шея. По 18% от общей площади составляют передняя и задняя поверхности туловища.

## **4. Патогенетические основы поражения организма при ожоговом поражении кожных покровов**

В настоящее время в связи с неблагоприятной ситуацией в отношении террористических мероприятий большое значение принимает необходимость способности диагностики и лечения ожоговой болезни.

**Ожоговая болезнь** представляет собой комплекс патофизиологических изменений организма, важнейшими из которых являются нарушения гемодинамики, тяжелая интоксикация организма. Ожоговая болезнь имеет несколько этапов в своем развитии. Первым из них является ожоговый шок. Ведущим патогенетическим аспектом его возникновения является тяжелая дегидратация организма. Это **гиповолемический шок**. В результате дегидратации возникает уменьшение объема циркулирующей крови. Возникает несоответствие объема сосудистого русла количеству циркулирующей крови. Кроме того, повышение вязкости крови, возникающее в результате выхода жидкой части крови в ткани, вызывает нарушение микроциркуляции, сладжирование крови. Компенсаторно возникает централизация кровообращения. Клинически ожоговый шок можно заподозрить у пациента, если при динамическом наблюдении отмечаются падение артериального давления (у пожилых людей, до заболевания страдавших гипертонической болезнью с постоянным уровнем давления на высоких цифрах, шок может развиваться даже при значениях артериального давления 120/80 мм рт. ст.), увеличение частоты сердечных сокращений, тахипноэ, вялость, сонливость. Необходимо производить динамическое наблюдение за функцией почек, поскольку уменьшение количества отделяемой мочи, наблюдаемое в динамике, позволяет заподозрить развитие острой почечной недостаточности. Больные отмечают жажду, при осмотре отмечается сухость кожных покровов, слизистых оболочек, языка.

Если ожоговый шок был успешно купирован, наступает следующая стадия течения ожоговой болезни — **острая ожоговая токсемия**. Она сопровождается поступлением в кровь значительного количества токсических веществ, образующихся в результате распада тканей. Токсико-резорбтивный синдром сопровождается появлением лихорадки, степень ее зависит от обширности поражения. Кроме того, значительное количество токсинов воздействует на все органы и системы, значительно нарушая их деятельность. Так, сердечная мышца реагирует на интоксикацию увеличением частоты сердечных сокращений, при аускультации отмечается глухость тонов. Необходимо динамическое наблюдение за лабораторными показателями для своевременной диагностики органной недостаточности. Следующий период септикотоксемии сопровождается развитием гнойных осложнений на фоне резко сниженной обшей резистентности организма.

**Ожоговая рана** является воротами для проникновения в организм инфекционных агентов, причем гнойный процесс может принять любой характер, вплоть до сепсиса.

## **5. Принципы лечения и коррекции нарушений в организме при ожоговом поражении кожных покровов**

Лечение зависит от степени, стадии, обширности повреждения. Общепринятым является разделение лечения на консервативное и хирургическое, а также местное и общее. Перед проведением лечения необходимо произвести первичный туалет ожоговой раны, обрабатывая ее окружность стерильными ватными тампонами, смоченными в теплом мыльном растворе. Удаляют инородные тела, обрывки одежды, отслоенный эпидермис, стерильным инструментарием вскрывают пузыри. Существует открытый способ лечения ожогов. Для этого необходимо поддерживать в помещении постоянную температуру (для профилактики развития пневмонии и других осложнений, поскольку больной должен лежать без одежды) и оптимальную влажность. С целью профилактики развития гнойных осложнений больной должен находиться в индивидуальной палате. Уход за такими больными должен быть крайне тщательным, необходимо постоянно аккуратно расправлять простынь во избежание образования пролежней. Поверхность ожоговой раны обычно обрабатывается антисептическими мазями. В зависимости от степени ожога необходимо осуществлять адекватное обезболивание, в тяжелых случаях используя даже наркотические анальгетики, это поможет облегчить течение ожогового шока. Хирургическое лечение проводится под адекватным обезболиванием. Оно показано при глубоких ожогах. На ранних стадиях оно заключается в удалении некротизированных тканей. Глубокие ожоги являются показанием для пересадки поверхностных слоев кожи. С иммунологической точки зрения во избежание развития отторжения необходимо использовать в качестве донора собственные поверхностные слои кожи, которые забираются с помощью специального инструмента. Кожный лоскут надрезают определенным образом, что позволяет растягивать его, и накладывают на пораженные участки. Большое значение в предупреждении и лечении ожогового шока имеет адекватная трансфузия жидкостей. Гиповолемия, интоксикация и сгущение крови — показания для трансфузии гемодеза, реополиглюкина, солевых растворов, плазмы, альбумина. Нередко показано назначение антигистаминных препаратов.

## **6. Первая помощь при ожоговом поражении кожи**

Если ожог произошел по причине попадания на кожные покровы химических веществ, необходимо сразу же начать промывание места ожога под прохладной проточной водой в течение 15—20 мин. Обычно этого времени бывает достаточно для полного удаления вещества с поверхности кожи. Такая же первая помощь при термическом ожоге. После этого необходимо наложить сухую чистую повязку и обратиться к врачу. Запрещается самостоятельно обрабатывать поверхность ожога, прокалывать или обрезать пузыри

* прекратить действие травмирующего фактора: потушить горящую
* одежду, снять пропитанную горячей жидкостью одежду, охладить обожженную поверхность холодной водой;
* обезболить;
* наложить асептические повязки на ожоговые раны. При этом приставшую одежду не удалять, пузыри не вскрывать, не применять масляные повязки;
* произвести транспортную иммобилизацию;
* провести простейшие противошоковые мероприятия;
* транспортировать в ЛПУ лежа.