

# Основные принципы организации и оказания помощи больным с термическими поражениями кожи

Согласно данным ВОЗ, термические поражения занимают третье место по распространенности в структуре травм, при этом ежегодное количество пострадавших от тяжелых ожогов не снижается, особенно в промышленно развитых регионах. Проблема ожогов очень актуальна и для Украины. В нашей стране в связи с наличием большого количества предприятий металлургической, угледобывающей и химической промышленности достаточно часто случаются техногенные катастрофы и аварии, сопровождающиеся термическими поражениями кожи и органов дыхания людей. Широко распространены и бытовые ожоги, прежде всего среди детского населения. Первую медицинскую помощь украинским пациентам с термическими поражениями оказывают хирурги районных и городских больниц, поликлиник. Именно на этом этапе оказания медицинской помощи врачи иногда допускают диагностические и лечебно-тактические ошибки. Напомнить об основных принципах организации и оказания помощи больным с термическими поражениями мы попросили главного комбустиолога МЗ Украины, научного руководителя Центра термической травмы и пластической хирургии (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора Георгия Павловича Козинца.

— Какова распространенность термических поражений в Украине?

— В последние годы распространенность ожогов в нашей стране стабилизировалась и составляет около 50 тыс. зарегистрированных случаев в год. Из них около 39 тыс. составляют термические поражения у взрослого населения и более 10 тыс. — ожоги у детей. Большинство термических поражений приходится на поверхностные дермальные ожоги.

— Какая классификация ожогов применяется в нашей стране?

— В настоящее время в Украине принята классификация, согласно которой выделяют четыре степени ожогов.

Ожог I степени — эпидермальный ожог, который проявляется эритемой кожи. Это преимущественно солнечные ожоги. В большинстве случаев они не требуют оказания стационарной медицинской помощи.

Ожог II степени — поверхностный дермальный ожог, характеризующийся образованием пузырей из отслоенного эпидермиса с серозным или геморрагическим содержанием. При этом происходит повреждение дермального слоя кожи с сохранением эпителиальных элементов придатков кожи (сальных и потовых желез), обеспечивающих последующее восстановление кожного покрова. Такие ожоги эпителизируются самостоятельно по типу островковой эпителизации. В настоящее время предпочтение отдается активной оперативной тактике ведения обширных ожогов второй степени.

Ожог III степени захватывает все слои кожи до подкожно-жировой клетчатки. Самостоятельная эпителизация таких ожогов не происходит. Восстановление кожного покрова возможно только после удаления некротических тканей с развитием грануляций и последующей пересадкой аутодермотрансплантатов.

Ожог IV степени, или субфасциальный ожог, характеризуется повреждением не только кожи, но и структур, расположенных под фасцией (сухожилия, суставы, кости, мышцы, сосуды и т.д.). Такие ожоги требуют активного хирургического лечения с удалением всех некротических тканей и проведением реваскуляризирующих операций. Поврежденные участки должны быть закрыты с помощью лоскутов с автономным питанием, например кожно-жирового, кожно-фасциального лоскута или лоскута на сосудистой ножке. Такие лоскуты обеспечивают питание подлежащих тканей, способствуя восстановлению их жизнедеятельности.

— Где получают медицинскую помощь пострадавшие от ожогов в нашей стране?

— Большинство пострадавших с ограниченными поверхностными термическими повреждениями получают медицинскую помощь в поликлиниках или районных и городских больницах. Специализированную помощь пациентам с глубокими и обширными поверхностными дермальными ожогами оказывают в ожоговых центрах и стационарах. В Украине функционирует 33 ожоговых отделения (центра) с общим коечным фондом в 1325 коек. Обеспеченность ожоговыми койками составляет 0,29 на 10 тыс. населения. Этого количества коек вполне достаточно для обеспечения специализированной помощи пострадавшим от ожогов.

На сегодняшний день в нашей стране госпитализируют около 45% взрослых пациентов с термическими поражениями, а специализированную помощь оказывают приблизительно 20-22% больных от числа зарегистрированных. Медицинскую помощь в условиях стационаров получает 98% детей с ожогами, при этом 70% детей получают специализированную медицинскую помощь.

Из числа всех пациентов, госпитализированных в специализированные отделения и центры, более половине проводится хирургическое лечение.

— Как определить, необходима ли госпитализация при термическом поражении, и если необходима, то в какое лечебное учреждение?

— Все дети с ожогами II-III степени, площадь которых превышает 1% поверхности тела, должны быть максимально быстро госпитализированы в хирургический стационар, а при площади более 5-7% — в специализированное ожоговое отделение. Хирург поликлиники не должен самостоятельно заниматься лечением детей с ожогами, он обязан направлять таких пациентов на консультацию к комбустиологу, так как у ребенка даже с очень ограниченным ожогом может достаточно быстро развиться декомпенсация общего состояния. Только комбустиолог может определить место лечения ребенка с ожогом — в условиях специализированного стационара или дневного стационара, когда в течение дня ребенок получает необходимое лечение в ожоговом центре, а в остальное время суток находится дома. В любом случае лечение детей с термическими поражениями должно проводиться в ожоговом центре.

Следует отметить, что такая тактика дает ощутимые результаты. В последние годы смертность детей от ожогов в нашей стране существенно уменьшилась и составляет 0,3%, тогда как летальность взрослого населения от ожогов превышает 3,5%. Ситуация изменилась к лучшему благодаря более быстрой госпитализации детей в специализированные ожоговые отделения и своевременному началу хирургического лечения. В то же время многие взрослые пациенты откладывают обращение за медицинской помощью, и их нередко госпитализируют уже при развитии осложнений. Это приводит к значительному увеличению продолжительности лечения и уровня летальности. Тяжело протекают ожоги, даже поверхностные, у пациентов пожилого возраста. Приблизительно 50% смертности взрослого населения от ожогов приходится на эту категорию больных.

Если площадь поверхностного ожога у взрослого пациента не превышает 10% поверхности тела, можно проводить консервативное лечение в условиях центральной районной или городской больницы. В штате центральной районной больницы обязательно должен быть хирург, прошедший соответствующую подготовку по лечению ожогов в областном ожоговом центре.

Если при лечении поверхностных обширных ожогов в условиях районной или городской больницы ожоговая поверхность не эпителизируется в течение 10-12 дней, то врач должен сообщить об этом в ожоговый центр и направить больного на этап специализированной помощи.

Взрослые пациенты с площадью дермального ожога (II степени), превышающей 10% поверхности тела, должны быть госпитализированы в специализированное отделение (центр). Если такой пациент поступил в хирургическое отделение районной или городской больницы, то после оказания первой медицинской помощи пациента следует перевести в специализированный центр. Это необходимо сделать в течение первых суток с момента получения ожога.

Все пациенты с глубокими ожогами (III-IV степени) независимо от их площади должны быть госпитализированы или переведены из центральной районной больницы после проведения противошоковых мероприятий в специализированное ожоговое отделение (центр) в течение 24-36 часов после травмы. Хирургическое лечение ожогов необходимо выполнять только в условиях ожогового центра.

— Какую помощь необходимо оказать пациенту с ожогом?

— Первая помощь при поверхностном ожоге заключается в охлаждении пораженного участка, например проточной водой. В случае обширного ожога, сопровождающегося удалением эпидермиса, на ожоговую поверхность необходимо наложить стерильную сухую марлевую повязку или специальное покрытие предназначенное для лечения ожогов. Не следует смазывать поверхность ожога спиртом, уксусом, подсолнечным маслом, яичным белком, что часто делают наши пациенты. Перечисленные средства раздражают раневую поверхность и способствуют инфицированию раны, создавая благоприятные условия для размножения патогенных микроорганизмов.

Во время транспортировки пострадавшего в стационар врач скорой помощи должен обеспечить адекватное обезболивание и седацию пациента.

При поверхностных ограниченных ожогах хирург проводит обработку раны и накладывает повязку с препаратами на гелевой основе или специальное покрытие для лечения ран. При более глубоких ожогах следует использовать мази на водорастворимой основе, содержащие полиэтиленоксид. Это осмотически активные мази, которые «вытягивают» на себя образующийся в ране экссудат, содержащий провоспалительные медиаторы. Повязку следует менять один раз в сутки.

Если площадь ожога превышает 10% поверхности, то необходимо проводить инфузионную противошоковую терапию. При поступлении пациента с обширным поверхностным или глубоким ожогом врач районной или городской больницы должен сообщить об этом в областной ожоговый центр, где принимается решение о способе транспортировки больного. Как правило, выезжает реанимационная бригада, которая в течение первых суток должна доставить больного в специализированное отделение.

В ожоговом центре продолжают противошоковые мероприятия и как можно раньше проводят оперативное лечение — иссечение некротических тканей с закрытием раны биологическими повязками. Чаще всего с этой целью применяется лиофилизированная свиная кожа. В последующем проводится замена биологической повязки на аутодермотрансплантат.



Г.П. Козинец

Оперативное вмешательство показано даже при поверхностных дермальных, но обширных ожогах с прогнозируемым длительным периодом эпителизации. В таком случае хирургическое лечение позволяет в 2-3 раза сократить срок заживления ожога. Кроме того, удаление некротизированных тканей с последующим закрытием раны биологической повязкой позволяет уменьшить степень интоксикации и риск инфицирования раны и соответственно снизить риск развития полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений.

— Какие осложнения могут возникать при ожогах кожи?

— При обширных поверхностных и глубоких ожогах у пациента в результате развития тяжелого ожогового шока формируется полиорганная недостаточность. Более поздними осложнениями являются эндотоксикоз, системные воспалительные реакции и инфекционные осложнения, вплоть до развития сепсиса.

— Необходимо ли пациенту с ожогом назначать антибактериальные препараты для профилактики инфекционных осложнений?

— При тяжелых ожогах с целью профилактики септических осложнений назначают антибиотики широкого спектра действия парентерально до полного закрытия раны. Препаратами выбора при этом являются карбапенемы, фторхинолоны III-IV поколения, цефалоспорины IV поколения. Одновременно проводится инфузионная детоксикационная терапия.

При поверхностных ожогах антибиотики следует назначать в том случае, если площадь ожога превышает 10-15% поверхности тела. Препаратами выбора в данной ситуации являются цефалоспорины III поколения или фторхинолоны II-III поколения.

При ограниченных поверхностных ожогах системную антибиотикотерапию проводят в случае их инфицирования.

У детей антибактериальная терапия проводится по показаниям, если площадь ожога II степени превышает 5%, а III степени — 1% поверхности тела.

— Какие ошибки наиболее часто допускают врачи в лечении ожогов?

— Наиболее частыми являются диагностические ошибки, связанные с определением степени ожога. В результате лечение глубокого ожога как поверхностного на этапе неспециализированной помощи часто приводит к развитию серьезных осложнений. Еще раз повторю, что серьезной ошибкой является лечение детей с термическими поражениями в условиях районных больниц и поликлиник. Такие пациенты должны быть обязательно направлены в специализированные ожоговые отделения.

Подготовил Вячеслав Килимчук

