

Министерство здравоохранения Свердловской области  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
среднего профессионального образования  
«Свердловский областной медицинский колледж»  
Нижнетагильский филиал  
ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ  
Дипломная работа  
Исполнитель: Черепанова Наталья  
Студентка группы 493 м/с  
Специальности сестринское дело  
Руководитель: Катаева Ольга Вадимовна  
Алапаевск 2016  
ВВЕДЕНИЕ

Термические ожоги представляют собой наиболее распространенный вид поражений и составляют 90--95% всех ожогов. Необходимо отметить, что ожоги на производстве составляют лишь 25--30% всех травм, остальные 75% -- это бытовые травмы.

Наиболее часто встречаются ожоги от воздействия пламени, горячей жидкости, пара, а также при соприкосновении с горячими предметами. Для образования ожога имеет значение не только температура травмирующего фактора, но и длительность его воздействия.

Ожоги -- частое и тяжелое повреждение, летальность от которого еще очень велика. Ежегодно в России в стационарном лечении нуждаются более 3000 тыс. больных с ожогами. В течение 1 года погибают от ожогов около 2100 тыс. человек; среди них большую группу составляют дети. У многих из числа тех, которые выздоравливают, остаются обезображивающие рубцы.

Будучи сложной и не до конца изученной, проблема ожогов продолжает привлекать к себе внимание ученых, практических хирургов и организаторов здравоохранения.

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

В настоящее время для совершенствования медицинской помощи обожженным в России и во многих странах мира созданы специализированные центры и отделения. В них применяются современные методы обслуживания и лечения больных. Для работы в подобных отделениях медицинский персонал должен быть соответствующим образом обучен.

Цель:

1. Проанализировать сестринский уход при термических поражениях для

изготовления памятки для пациентов.

Объект исследования: сестринский процесс при термических поражениях.

Предмет исследования: пациенты с термическими поражениями.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть причины и диагностику термических поражений.
2. Изучить степени и клинику ожогов.
3. Спланировать уход сестринской помощи .
4. Разработать памятку «Первая помощь при термических поражениях».

Практическая значимость данного исследования заключается в разработке конкретных рекомендаций по первой помощи.

термический ожог клиника шок отморожение сестринский

## ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ. «СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ»

Данная тема актуальна, так как ежегодно в России около 1000 человек погибают в результате несчастных случаев, связанных с электрическим током, в то время как еще 200 человек умирают в результате поражения молнией. В стационарном лечении нуждаются более 3000 больных с ожогами. В течение 1 года погибают от ожогов около 2100 человек.

Зимой в стационарном лечении нуждаются около 450 человек, получившие отморожение.

### 1.1 Ожог

Ожог - повреждение ткани организма в результате местного воздействия высоких температур, химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения.

Причины термических поражений

Термические ожоги возникают в следствие непосредственно контакта с нагретым предметом (открытым пламенем, паром, горячими жидкостями).

Факторы:

1. Температурные воздействия.
2. Время контакта с горячим агентом.
3. Влажность.
4. Теплопроводимость.
5. Состояние кожных покровов и организма человека в целом.

Диагностика ожогов

При определении глубины ожога могут оказать помощь сведения о характере термического фактора и длительности его воздействия. Ожоги пламенем, расплавленным металлом, горячим паром под давлением, как правило, глубокие. Кратковременное воздействие высокой температуры, пламени электрической дуги, воспламенившегося газа, кипятка чаще приводит к поверхностным повреждениям кожных покровов. В то же время длительное воздействие агентов сравнительно

невысокой температуры (горячая вода и пища) может вызвать глубокие ожоги. Глубину ожога можно определить путем выявления болевой чувствительности. При поверхностных ожогах она сохранена или снижена, а при глубоких, как правило, отсутствует. Достоверным признаком глубокого ожога является струп, в котором видны тромбированные сосуды. Для определения глубины ожога можно использовать инфракрасную термографию.

Определение площади ожоговой поверхности

Для определения площади ожога используют метод «правило девяток», а так же «правило ладони».

Правило девяток - метод основан на том, что площадь каждой анатомической области измеряется в процентах:

- голова, шея - 9%
- предплечья и задняя поверхность туловища - 18%
- каждая верхняя поверхность - по 9%
- каждая нижняя поверхность - по 18%
- промежность и половые органы - 1%

Правило ладони - площадь ладони пациента принимается за 1% от площади всей поверхности тела. Это правило применяется при небольших по площади ожогах.

Рис. 1 «Правило девяток»

Рис. 2 «Правило ладони»

Степени и клиника ожогов

Первая степень - поражение эпидермиса.

Рис. 1 Первая степень ожога

Клиника: Проявляется поверхностным повреждением кожи в виде покраснения, отека и жгучей боли. Через 2-3 дня серозный выпот рассасывается, гиперемия проходит, поверхностные слои эпидермиса слущиваются, и к концу 1-й недели наступает заживление ожога. После этого остается шелушение кожи. Данная степень термических ожогов считается самой легкой.

Вторая степень - отслойка эпидермиса с образованием пузыря.

Рис. 2 Вторая степень ожога

Клиника: На фоне резко выраженного отека и гиперемии кожи появляются разных размеров пузыри, наполненные прозрачной, слегка желтоватой жидкостью. Повреждение более глубоких слоев отсутствует. При данной степени ожогов, эпидермис легко снимается, при этом обнажается ярко-розовая влажная блестящая раневая поверхность. Сильные боли в первые 2-3 дня. Через 3-4 дня воспалительно-экссудативные проявления уменьшаются и начинается эпителизация ожоговой поверхности. Полное заживление наступает на 8-10-й день. Рубцов ожоги 2 степени, как правило, не оставляют, но краснота и пигментация могут сохраняться несколько недель.

Третья степень (а) - омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением эпителия, волос луковиц, потовых и сальных желез.

Рис. 3 Третья (А) степень ожога

Третья степень (б) - гибель всех слоев кожи.

Рис. 4 Третья (Б) степень ожога

Клиника: Возникает некроз всех слоев кожи. При ожогах 3 степени образуется тонкий сухой светло-коричневый или белесовато-серый влажный струп (в зависимости от вида термического агента). Струп захватывает кожу до росткового слоя. На фоне струпа нередко заметны розовые очаги - частично сохранившиеся жизнеспособные сосочки кожи. Могут появляться толстостенные нагнаивающиеся пузыри. Болевая чувствительность в месте ожога снижена или отсутствует. Заживление протекает с нагноением. После очищения раны начинается островковая эпителизация из сохранившихся дериватов кожи. Полное заживление наступает через 4-6 недель, нередко с образованием в дальнейшем гипертрофических и келоидных рубцов.

Четвертая степень - некроз кожи и подлежащих тканей (подкожно - жировой слой, мышечный, кости).

Рис. 5 Четвертая степень ожога

Клиника: Струп сухой, плотный, темно-коричневого цвета. Местами сквозь него просвечивает рисунок поверхностных тромбированных вен (ожоги пламенем). При действии горячих жидкостей, пара, тепловой радиации струп имеет серовато-мраморный цвет и тестоватую консистенцию. Развивается гнойное демаркационное воспаление. Через 3-5 дней ожоговая рана очищается от омертвевших тканей и выполняется грануляциями. Ожоги третьей степени характеризуются выгоранием собственно кожи.

Сестринский уход за больными с термическими поражениями

Нарушенные потребности:

- питание;
- выделение;
- движение;
- отдых;
- досуг;
- дыхание;

Проблемы

Настоящие:

- 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;

Приоритетные:

- боль;

Потенциальные:

- ожоговая болезнь;

- ожоговый шок;

- ожоговая токсемия;

- ожоговая септикотоксемия;

Действия медицинской сестры:

- введение лекарственных средств (обезболивание);

- наблюдение за состоянием больного (контроль АД, пульса, температуры тела, диуреза);

- подготовка к диагностическим и лечебным процедурам.

- 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.

Профилактика ожогов

Во избежание возникновения солнечных ожогов необходимо выполнять следующие правила:

- Необходимо избегать прямого контакта с солнцем в период с десяти до шестнадцати часов.

- В особо жаркие дни предпочтительней носить темную одежду, так как она лучше белых вещей защищает кожу от солнца.

- Перед выходом на улицу рекомендуется наносить на открытые участки кожи солнцезащитные средства.

- Во время приема солнечных ванн использование солнцезащитного средства является обязательной процедурой, которую необходимо повторять после каждого купания.

- Поскольку солнцезащитные средства обладают разными факторами защиты, их необходимо подбирать к определенному фототипу кожи.

Существуют следующие фототипы кожи:

- скандинавский (первый фототип);

- светлокожий европейский (второй фототип);

- темнокожий среднеевропейский (третий фототип);

- средиземноморский (четвертый фототип);

- индонезийский или средневосточный (пятый фототип);

- афроамериканский (шестой фототип).

При первом и втором фототипах рекомендуется использовать средства с максимальными факторами защиты - от 30 до 50 единиц. Третьему и четвертому фототипу подходят средства с уровнем защиты от 10 до 25 единиц. Что касается людей пятого и шестого фототипа, то для защиты кожи они могут использовать средства защиты с минимальными показателями - от 2 до 5 единиц.

Во избежание возникновения ожогов в бытовых условиях необходимо выполнять следующие рекомендации:

- Не следует пользоваться электроприборами с поврежденной изоляцией.
- Выключая электроприбор из розетки, не следует тянуть шнур, необходимо удерживать непосредственно основания вилки.
- Если вы не профессиональный электрик, не стоит самостоятельно ремонтировать электроприборы и проводку.
- Не следует пользоваться электроприборами в сыром помещении.
- Не следует оставлять детей без внимания.
- Необходимо следить за тем, чтобы в зоне доступа детей не было горячих предметов (например, горячей еды или жидкости, розетки, включенного утюга и т.д.).
- Те предметы, которые могут привести к возникновению ожогов (например, спички, раскаленные предметы, химикаты и другие), следует держать подальше от детей.
- Необходимо проводить с детьми старшего возраста разъяснительные мероприятия в отношении их безопасности.
- Следует отказаться от курения в постели, поскольку это является одной из частых причин пожаров.
- Рекомендуется установить противопожарную сигнализацию во всем доме или хотя бы в тех местах, где вероятность возникновения воспламенения выше (например, в кухне, комнате с камином).
- Рекомендуется иметь в доме огнетушитель.

## 1.2 Отморожение

Отморожение - совокупность клинических симптомов, возникающих под влиянием низких температур и появляющимся некрозом и реактивным воспалением тканей.

Причины отморожения:

Погодные условия:

- холод;
- скорость ветра;
- атмосферная влажность;
- повышенная влажность воздуха;

Одежда:

- должна соответствовать температуре на улице (предпочтительнее одежда из натуральных материалов).
- свитера и куртки не должны прилегать к телу слишком плотно;
- обувь должна быть непромокаемой, на достаточно высокой подошве (не менее одного сантиметра толщиной). Ни в коем случае не стоит носить тесную обувь в мороз.

Индивидуальные особенности организма и заболевания:

К заболеваниям и состояниям, увеличивающим риск обморожения, относятся:

- облитерирующий эндартериит;
- тромбоз глубоких вен;
- болезнь и синдром Рейно;

- травмы;
- сердечная недостаточность;
- цирроз печени;
- сахарный диабет;
- болезнь Аддисона;
- состояние алкогольного опьянения;
- кровопотеря;
- беременность в третьем триместре.

#### Диагностика отморожения

Диагностика степени отморожения возможна лишь в реактивный период, но существуют определенные трудности связанные с сосудистым фактором, поэтому используются специальные методы диагностики, позволяющие уточнить степень нарушения кровообращения.

К ним относятся:

- кожная электротермометрия;
- термография;
- реовазография;
- капилляроскопия;
- рентгеновская ангиография;
- доплерография;
- сцинтиграфия с Tc99;

#### Степени и клиника отморожений

Степень

Механизм развития

Клиника

Рисунок

Поражение только рогового и зернистого слоев кожи.

Бледность кожных покровов, сменяющаяся покраснением. Чувствительность сохранена.

## II

Поражение рогового, зернистого и сосочкового слоев кожи. Просачивание инфильтрата в микротрещины кожи с образованием волдырей.

Бледность кожных покровов сменяется посинением. Чувствительность уменьшается. Ногти синюют с последующим отпаданием. Волдыри наполнены желтоватой жидкостью. Самостоятельное заживление на вторую неделю без остаточного рубца.

## III

Поражение всех слоев кожи, подкожно - жировой клетчатки и поверхностно расположенных мышц. Кровеносные сосуды становятся ломкими и теряют свою целостность.

Кожные покровы темно - багрового цвета. Чувствительность отсутствует. Волдыри наполнены кровянистой жидкостью. Прогрессирующий отек мягких тканей. При образовании зон некроза необходимо вмешательство хирурга. Заживление путем рубцевания.



#### IV

Поражается вся конечность, вплоть до костей и суставов. Развивается сухая гангрена.

Кожные покровы серо - черного цвета. Отмороженная часть конечности усыхает и отделяется от здоровой ткани. В приграничной ткани отек и признаки воспаления. При отсутствии своевременного хирургического вмешательства и контроля заживаемости раны велик риск гнойных осложнений.

Сестринский уход за больными с отморожениями

Нарушенные потребности:

- выделение;
- движение;
- отдых;
- досуг;

- дыхание;

Проблемы:

Настоящие:

- боль;
- нарушение чувствительности;
- отек тканей;
- нарушение функции конечности;
- страх, тревога, связанные с неблагоприятными последствиями отморожения;
- повышение температуры;

Приоритетные:

- боль;

Потенциальные:

Ранние осложнения:

- сепсис;
- нагноение пузырей;
- острый лимфангоит и лимфаденит;
- абсцессы и флегмоны;
- острый гнойный артрит.

Поздние осложнения:

- остеомиелит;
- трофические язвы;

Действия медицинской сестры:

- наблюдать за общим состоянием пациента (следить за температурой воздуха в палате, она должна быть 34 -35 С0);
- 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;
- 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.

Профилактика отморожений

Практические рекомендации для предотвращения обморожения таковы:

- одежда должна соответствовать температуре, быть сухой и подходящего размера.
- при отсутствии теплой одежды утеплиться можно при помощи обычной бумаги или лоскутов ткани, скомканных и помещенных между слоями одежды.
- не стойте на месте, двигайтесь. Человеческий организм в сутки способен истратить более шести тысяч калорий, большая часть которых расходуется на теплообразование.
- не носите тесной обуви. Подошва должна быть не менее сантиметра толщиной;
- по возможности найдите внешний источник тепла, разведите огонь.
- прием пищи должен быть своевременен. В рационе питания доля жиров и углеводов должна быть увеличена. Источниками жира могут послужить, например, сало, подсолнечное масло, мясо; источниками углеводов - мучные изделия, рис, картофель.
- людям с нарушенным кровообращением необходима более теплая одежда.
- не используйте алкоголь с целью согревания. Алкоголь дает лишь короткий временный эффект, после чего следует усугубление замерзания.

### 1.3 Электроожог

Электроожог - это нарушение целостности и функций тканей и органов в результате действия электрического тока.

Причины электроожогов

В большинстве случаев, причинами электроожогов является прямой контакт с токоведущими элементами электрических установок, а также работа с ними без предварительного снятия напряжения. Являются главными причинами электроожогов невнимательность и халатность, то есть неправильная подача напряжения, неудовлетворительное состояние изоляции и отключение источника

тока.

#### Диагностика электроожога

Диагностика электроожога не представляет сложностей - т.к либо пациент находится вблизи источника тока или имеются анамнестические указания на контакт с током. А вот для оценки состояния органов и систем после электроожога необходимо провести комплексное обследование пациента.

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- ЭКГ;
- рентгенография органов грудной клетки;
- электролиты крови;
- биохимический анализ крови;
- УЗИ органов брюшной полости;
- КТ, МРТ головного мозга;

#### Степени и клиника электроожога

Первая степень - судорожное сокращение мышц без потери сознания.

Рис. 1 Первая степень электроожога

Вторая степень - судорожное сокращение мышц с потерей сознания.

Рис. 2 Вторая степень электроожога

Третья степень - судорожное сокращение мышц с потерей сознания и нарушением функции сердечно - сосудистой системы.

Рис. 3 Третья степень электроожога

Четвертая степень - клиническая смерть.

Рис. 4 Четвертая степень электроожога

В клинической картине отмечается брадикардия, пульс напряжен, тоны сердца глухие, могут быть нарушения ритма. При тяжелых поражениях развивается фибрилляция сердца с прекращением кровообращения.

Спазм мышц гортани и дыхательной мускулатуры вызывает нарушение ритма и глубины дыхания вплоть до асфиксии.

Судорожные сокращения мышц могут привести к их разрывам, а так же к отрывным и компрессионным переломам костей.

Нарушения центральной нервной системы проявляются в разбитости, головокружении, усталости, нарушении зрения, иногда в возбуждении. Может быть потеря сознания. В позднем периоде возможно поражение печени и почек.

Смерть может наступить при фибрилляции желудочков и остановки дыхания. Это может произойти и через несколько часов после травмы.

#### Сестринский уход за больными с электроожогами

Нарушенные потребности:

- выделение;
- движение;
- отдых;
- досуг;
- дыхание;

- питание;

Проблемы:

Настоящие:

- боль;
- нарушение ритма сердца;
- спазм мышц гортани и дыхательной мускулатуры;
- нарушение ритма и глубины дыхания;
- судорожные сокращения;
- нарушение ЦНС;
- усталость;
- головокружение;
- разбитость;
- нарушение зрения;
- поражение почек и печени;

Приоритетные:

- спазм мышц гортани и дыхательной мускулатуры ;

Потенциальные:

- повреждение нервной системы, сердца, кровеносных сосудов и почек;
- нарушение кровотока;
- остановка сердца;
- остановка дыхания;
- развитие паралича;
- отказ почек;
- массивные кровотечения;
- камни в печени;
- катаракта.

Действия медицинской сестры:

- при наличии сознания необходимо дать аспирин и седативные препараты (лучше всего - 50-100 капель корвалола).
- помочь пациенту принять тёплую ванну, которая значительно уменьшает болевые ощущения в мышцах нижних конечностей.
- измерять температуру тела, АД, пульс;
- готовить к различным диагностическим и лечебным процедурам;
- обеспечить физиологический покой, придать удобное положение.
- обеспечить диетическое питание (пища должна быть высококалорийная, разнообразная и богата витаминами).
- оказать психологическую поддержку и провести работу с родственниками.
- из приёмного отделения в палату, а также на обследование в различные кабинеты пациентов доставлять на каталке лёжа.

Профилактика электроожогов

Профилактика электроожогов и электротравм состоит в соблюдении правил техники безопасности при эксплуатации электроустановок в быту и на производстве, поддержании санитарно-гигиенического порядка и постоянной бдительности

взрослых по отношению к детям, которые чаще являются жертвами поражения электрическим током в быту.

### 1.3 Ожоговый шок

Ожоговый шок - клинический синдром, возникающий при глубоких ожогах, занимающих у взрослых более 15% поверхности тела, а у детей -- от 5--10%.

Причины ожогового шока

Главными причинами ожогового шока считается очень мощное болевое воздействие на центральную нервную систему и потеря большого объема плазмы в результате обширных кожных повреждений.

Степени и клиника ожогового шока

Легкий ожоговый шок - развивается при площади ожога 10-20 % поверхности тела.

Клиника: больной спокоен или слегка возбужден, кожа бледная, возможны озноб, умеренная жажда. Тошнота и рвота редки. Пульс в пределах 100 уд./мин. АД в пределах нормы. При своевременном лечении ожоговый шок ликвидируется через 24-36 часов.

Средний ожоговый шок - характерен при ожогах 20--40%

Клиника: возбуждение, сменяющееся заторможенностью. Сознание сохранено. Кожа в области ожога бледная, сухая, холодная. Озноб, жажда, тошнота, часто рвота.

Дыхание учащено, АД снижено. Функция почек нарушается, отмечается олигурия.

Большинство пострадавших удается вывести из состояния шока в течение 2 суток.

Тяжелый ожоговый шок - развивается при обширных ожогах, захватывающих 40--60% поверхности тела.

Клиника: состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, пострадавший заторможен.

Кожный покров бледно-серого цвета, холодный. Отмечаются выраженная жажда, частая рвота, мышечные судороги, одышка, цианоз. Существенно страдает функция почек, развивается олигурия.

Борьба с ожоговым шоком у этой группы пострадавших очень трудна и далеко не всегда эффективна.

Крайне тяжелый ожоговый шок - наблюдается у пострадавших с ожогами, занимающими свыше 60% поверхности тела.

Клиника: состояние крайне тяжелое, сознание спутанное или отсутствует. Кожный покров бледный с мраморным оттенком. Температура тела снижена. Пульс нитевидный, АД ниже 100 мм рт.ст. Наблюдается выраженная одышка. Жажда, частая рвота кофейной гущи. Резко нарушается функция почек. Большинство пострадавших погибает в первые сутки, а остальные -- в ближайшие дни.

Благоприятный исход наблюдается крайне редко.

Сестринский уход за больными с ожоговым шоком

Нарушенные потребности:

- выделение;
- движение;
- отдых;

- досуг;
- дыхание;
- питание;

Проблемы:

Настоящие:

- жажда;
- тошнота;
- рвота;
- озноб;
- возбуждение;
- заторможенность;
- учащенное дыхание;
- снижение артериального давления;
- олигурия;
- нарушение функции почек;
- спутанное сознание;
- одышка;
- судороги;
- цианоз;
- низкая температура тела;
- нитевидный пульс;
- бледно - серая, холодная кожа;

Приоритетные:

- рвота;

Потенциальные:

- летальный исход;

Действия медицинской сестры:

- восполнение жидкости (поить теплой кипяченой водой, щелочным питьем);
- помощь при рвоте;
- согреть больного, накрыв теплым одеялом;
- контроль АД, ЧДД, ЧСС, пульса, температуры тела;
- обеспечить покой, придать удобное положение;
- оказать психологическую поддержку и провести работу с родственниками;
- контроль за кожными покровами и выделениями;

Профилактика ожогового шока

Ожоги I и II степени (свыше 10% поверхности тела) всегда сопровождаются более или менее выраженным ожоговым шоком. Сначала пострадавшие возбуждены, беспокойны. Затем у них наступает состояние резкой слабости и общего угнетения всех функций организма: они становятся безразличными ко всему окружающему. При ожогах средней величины и тяжести (например, ожог II степени, площадью более одной ладони) следует провести профилактику шока: дать пострадавшему 1-2 таблетки анальгина, теплое питье -- 2-3 стакана теплой воды с чайной ложкой соды. Холод на область повязки на ожоговой поверхности уменьшает чувство боли и

жжения.

Поскольку шок связан с болью, прежде всего, принимают меры к ее уменьшению: создают покой пострадавшему, укладывают его в постель, согревают, назначают обезболивающие средства и срочно вызывают медработника.

При ожогах большой площади, а также даже при небольших ожогах III и IV степени пострадавшего нужно срочно доставить к врачу. При невозможности быстрой эвакуации ожоговую поверхность 2-3 раза в день опрыскивают пантенолом, пострадавшему дают обильное питье с содой (до 1,5-2 л воды в сутки с 5 чайными ложками соды), дополнительно внутрь дают по 1 табл. анальгина, димедрола и эритромицина.

## ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

В ожоговое отделение доставлен пациент 54 года с ожогом кисти II степени. Ожог получен кипятком. Жалобы на жгучую боли в области ожога, слабость, температуру, жажду.

При осмотре: состояние средней тяжести. Пациент вял, адинамичен. В области ожога отек, кожа гиперемирована, большое количество пузырей различных размеров, наполненных светлым содержимым. Пульс 104 уд. в минуту, ритмичный. АД - 110/70 мм. рт. ст. Температура 37.7. Дыхание поверхностное 24 в минуту. Мочится пациент редко, мочи мало.

Нарушенные потребности:

- питание;
- выделение;
- движение;
- отдых;
- досуг;
- дыхание;

Проблемы пациента:

Настоящие:

- боль;
- слабость;
- повышение температуры;
- вялость;
- адинамичность;
- поверхностное дыхание;
- жажда;
- олигурия;

Потенциальные:

- риск развития сепсиса;
- ожоговая болезнь;
- ожоговый шок;
- ожоговая токсемия;

- ожоговая септикотоксемия;
- инфицирование
- риск развития острой почечной недостаточности;

Приоритетные:

- жгучая боль;
- олигурия;

Цель краткосрочная - боль будет снижена после введения обезболивающих препаратов;

План

Мотивация

1. По назначению врача ввести обезболивающие препараты.

Для уменьшения боли.

2. По назначению врача провести катетеризацию мочевого пузыря.

Для подсчета почасового диуреза и контроля эффективности лечения.

3. По назначению врача обеспечить проведение инфузионной терапии.

Борьба с обезвоживанием. Увеличение диуреза.



4. Обеспечить подачу кислорода.

Для облегчения дыхания.

5. Обеспечить пациента теплым питьем.

Борьба с обезвоживанием.

6. Обеспечит проведение антибиотикотерапии (по назначению врача).

Профилактика инфицирования.

7. Наблюдение за пульсом, АД, ЧДД, температурой тела.

Для контроля за состоянием пациента и оценки эффективности лечения.

Лист динамического наблюдения за пациентом

Дата

Дни в стационаре

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Сознание /ясное, спутанное, отсутствует/

спутанное

спутанное

спутанное

ясное

ясное

ясное

ясное

ясное

ясное

ясное

Сон /нормальный, нарушен/

нарушен

нарушен

нарушен

нарушен

нормальный

нормальный

нормальный

нормальный

нормальный

нормальный

Настроение /приподнятое, нейтральное, плохое/

плохое

плохое

плохое

нейтральное

нейтральное

нейтральное

приподнятое

приподнятое

приподнятое

приподнятое

Температура

37.7

38.0

37.6

37.4

37.4

37.2

36.8

36.6

36.6

36.6

Кожные покровы (без изменения, сыпь, дефекты, цвет)

без изменения

без изменения

без изменения

без изменения

гиперемия

гиперемия

розовые

розовые

розовые

розовые

Отеки /часть тела/

кисть

кисть

кисть

кисть

кисть

-

-

-

-

-

Дыхание /ЧДД/

24

25

24

22

21

19

17

17

16



16

Пульс /ЧСС/

104

101

93

86

80

78

72

69

67

65

АД

110/  
70

115/  
74

119/  
80

124/  
83

128/  
87

130/  
94

136/  
97

139/  
99

140/  
100

140/  
100

Боль /жгуча, умеренная, слабая, нет боли/

жгучая

жгучая

жгучая

умеренная

умеренная

умеренная

слабая

слабая

нет

нет

Аппетит /отсутствует, плохой, нормальный, хороший/

отсутствует

отсутствует

отсутствует

плохой

плохой

нормальный

нормальный

нормальный

хороший

хороший

Двигательная активность / самостоятельно, с помощью/

с помощью

с помощью

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

*Личная гигиена /самостоятельно, с помощью/*

с помощью

с помощью

с помощью

с помощью

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

Прием пищи /самостоятельно, требуется помощь/

требуется помощь

требуется помощь

требуется помощь

требуется помощь

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

Стул

нет

нет

нет

жидкий

нормальный

нормальный

нормальный

нормальный

нормальный

нормальный

Мочеиспускание

катетер

катетер

катетер

катетер

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

самостоятельно

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на большие успехи в лечении тяжелых ожогов, число больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями и уродствами за последние два



десятилетия не уменьшилось. Это объясняется в основном увеличением числа выживших после тяжелых ожогов и сложностью лечения тяжело обожженных, когда основные усилия врачей направлены на спасение жизни пострадавшего и меньшее внимание удается профилактике возможных послеожоговых рубцовых деформаций. У больных с физическими уродствами и обезображиванием в связи с перенесенными ожогами, даже без нарушения функций пораженных частей тела, возникает чувство ущербности, неполноценности, наблюдается патологическое развитие личности с преобладанием тормозных или возбудимых черт, что само грозит потерей трудоспособности и усложняет жизнь в обществе.

Итак, можно сделать вывод, что умение квалифицированно и своевременно оказать первую помощь позволит уменьшить страдания потерпевшего, предупредит развитие возможных осложнений, облегчит тяжесть течения болезни и спасет жизнь пострадавшему.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барыкина, Н. В. Сестринское дело в хирургии: учебное пособие / Н. В. Барыкина, В. Г. Зарянская. - Ростов н/Д.: Феникс, 2012. - 217 с.
2. Глухов, А. А. Основы ухода за хирургическими больными: учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотский, С. Н. Боев. - ГЭОТАР - Медиа, 2008. - 312 с.
3. Волков, Л. А. Основы ухода за больными хирургического профиля / Благовещенск, 2010. - 119 с.
4. Евсеев, М. А. Уход за больными в хирургической клинике / М. А. Евсеев. - ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 234 с.
5. Адмакин, А. Л. Электроожоги и электротравма / С.В. Воробьев, В.О. Сидельников. - СпецЛит, 2014. - 39 с.
6. Петров, С.В. Общая хирургия: учебник/ С.В.Петров. - ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 48 с.
7. Ковалев, А.И. Хирургия. Учебник/ А.И.Ковалев. - ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 105 с.
8. sestrinskoe-delo.ru - 2014. - Режим доступа: <http://sestrinskoe-delo.ru>
9. prizvanie.su - 2010. - Режим доступа: <http://prizvanie.su/>
10. takzdorovo.ru - 2013. - Режим доступа: <http://www.takzdorovo.ru/>
11. rostmaster.ru - 2015. - Режим доступа: <http://www.rostmaster.ru/>
12. enc-dic.com - 2014. - Режим доступа: <http://enc-dic.com/>
13. polismed.com - 2015. - Режим доступа: <http://www.polismed.com/>
14. med-books.info - 2014. - Режим доступа: [http://med-books.info/...](http://med-books.info/)