

Тема: Сестринский процесс при ожогах.

Больных с ожогами госпитализируют в специализированное ожоговое (комбустиологическое) отделение или центр, в хирургический стационар, а при необходимости в реанимацию. В идеальном варианте пострадавших лечат в отдельных палатах.

У обожженных обширная раневая поверхность часто подвергается инфицированию штаммами микроорганизмов. Они чрезвычайно устойчивы к антибиотикам и вызывают развитие **госпитальной инфекции**. В ее лечении возникают трудности, связанные с подбором высокоэффективных средств. Кроме того, сами больные становятся источником для инфицирования других пациентов. Поэтому в организации ухода за больными с ожогами является важным соблюдение правил асептики. Для предупреждения инфекционных осложнений со стороны ожоговой раны прибегают к так называемой **тактике «барьеров»**. Для этого создают индивидуальную окружающую среду для каждого больного. Медицинские работники носят одежду, предназначенную для хирургов, а также специальный халат или пластиковый фартук. Перед каждым контактом с больным моют руки и надевают перчатки, работая в дальнейшем таким образом, чтобы не касаться до некоторых предметов и поверхностей (например, занавесок, разделяющих больных), с которыми возможно соприкосновение руками, не защищенными перчатками. После осмотра пациента фартук и перчатки снимают и снова моют руки. Если загрязняется хирургическая одежда, то ее обязательно меняют перед контактом со следующим больным.

При уходе за ожоговыми больными поддерживают чистоту в палатах. Для этого особое внимание уделяют влажной уборке, которую выполняют 2-3 раза в сутки, и дважды в неделю дезинфицируют помещения. Чаще, чем обычно, меняют постельное белье, используя стерильные простыни. Загрязненное белье укладывают в специальные мешки-упаковки и отправляют для обработки в прачечную отдельно от другого хирургического белья. Уборку помещения, его проветривание и смену белья рекомендуют проводить тогда, когда больные находятся в перевязочной. Протирают дезинфицирующими средствами поверхности предметов (прикроватные поручни, столик) в непосредственной близости от кровати пациента.

Особое внимание уделяют профилактике переноса инфекции на ожоговую рану с предметов, которые используют при уходе за больными. С этой целью часто пользуют средства одноразового применения или приспособления, которые можно легко дезинфицировать. Для каждого больного выделяют отдельный стетоскоп, манжетку тонометра. Матрац, на который укладывают больного, должен быть запакован в клеенку. Если его обшивка повреждена, имеет проколы или разрывы, то матрац меняют. После выписки больного матрац подвергают специальной обработке в дезокамере.

Эффективно поддерживают стерильность при гнотобиологической **изоляции больного** и лечении ожогов в управляемой абактериальной среде. При этом пациенты находятся в палатах-изоляторах на специальных кроватях-сетках с воздушными матрацами. Постоянную влажность и температуру воздуха создают его

однонаправленным ламинарным потоком. Такое состояние окружающей среды в сочетании с инфракрасным облучением и местной оксигенотерапией максимально снижает обсемененность раны и ускоряет ее подготовку к кожной пластике.

Другим важным обстоятельством, которое нужно учитывать при уходе за больными с ожогами, является то, что все обожженные испытывают **боль** не только во время перевязки, но и при выполнении каких-либо движений и даже пребывая в покое. Адекватное обезболивание позволяет с минимальными потерями выйти больному из состояния шока. В этой связи исключительное значение приобретает щадящий режим пациента, бережное отношение к нему при подкладывании судна, смене белья, перекладывании больного, его транспортировке.

Что касается смены повязки, то при обширных ожогах ее выполняют только под общим обезболиванием. В ряде случаев для облегчения снятия повязки пострадавшего предварительно укладывают в ванну с 0,05-0,1% раствором перманганата калия, в теплой воде стерильными инструментами рассекают и снимают повязку. Затем закутывают больного в стерильную простыню и доставляют его в перевязочную.

Необходимо помнить, что при **ожоге обеих рук** больные становятся исключительно беспомощными. Они нуждаются в оказании помощи при умывании, обработке полости рта, при физиологических отправлениях, при кормлении.

Ожоги лица представляют собой большую опасность, чем поражение других областей тела. Такие ожоги чаще бывают глубокими и при них, как правило, повреждаются глаза, ротовая полость и верхние дыхательные пути. В связи с этим при ожоге лица необходимо осуществлять уход за названными анатомическими областями.

Лечение ожога лица, как правило, проводится открытым способом, тем самым облегчается уход за больным. При этом 3-4 раза в день обожженную поверхность смазывают мазью с антисептиками (синтомициновая, фурацилиновая), а также 2-3 раза в сутки проводят туалет слуховых проходов и носовых ходов.

Уход за глазами включает обработку пораженных участков ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты, с целью размягчения и удаления образовавшихся корочек. Затем, раздвинув веки, промывают конъюнктивальную полость физиологическим раствором с помощью резинового баллончика или специального стеклянного сосуда – уиндика. После этого, оттягивая нижнее веко, на слизистую оболочку капают с помощью пипетки 1-2 капли альбуцида или наносят стеклянной палочкой глазную мазь. Тем самым осуществляют профилактику и лечение воспаления слизистой оболочки глаза – конъюнктивита.

Недостаточный **уход за полостью рта** приводит к воспалению его слизистой оболочки и развитию воспаления околоушной слюнной железы – паротита. После каждого приема пищи ротовую полость тщательно очищают от ее остатков, больной полощет рот самостоятельно или его промывают 0,1-0,5% раствором перманганата калия с помощью шприца Жане либо резинового баллончика.

Крайне неприятны **ожоги промежности**, поскольку при этом возможно поражение мочеиспускательного канала и заднего прохода, что приводит к нарушению мочеиспускания и дефекации. Кроме того, наблюдается быстрое

инфицирование ожоговой раны, которая локализуется в паховой области, на ягодицах, в промежности и на внутренней поверхности бедер, путем заноса с фекалиями условно патогенных и патогенных микроорганизмов из желудочно-кишечного тракта. В этой связи всякий раз после отправления физиологических надобностей выполняют тщательный туалет ануса путем подмывания и последующей обработки промежности раствором антисептика. Особое внимание уделяют регулярной обработке антисептиками мочеприемников и подкладных суден.

Значительные трудности возникают при уходе за больными с ожоговой болезнью. С первого дня после травмы они нуждаются в интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии. Для ее проведения выполняют венепункцию или венесекцию. Катетеризация магистральной (подключичной, яремной) вены наиболее оптимально обеспечивает введение инфузионных сред. Во всех случаях необходимо строгое соблюдение правил асептики и своевременная замена загрязнившегося материала, которым фиксируют катетер к коже. Это позволяет предупредить развитие септических осложнений, когда катетер становится проводником инфекции. При появлении признаков флебита или перифлебита инфузии в данную вену прекращают и катетер удаляют. С целью профилактики воздушной эмболии во время переливания следят за герметичностью системы в месте ее соединения с катетером, а после завершения инфузионной терапии его канюлю закрывают специальной пробкой-заглушкой. Во избежание тромбоэмболических осложнений регулярно, 2-3 раза в сутки, промывают катетер физиологическим раствором с гепарином.

Во время ухода контролируют состояние пациента и оценивают эффективность терапии. При этом определяют цвет, температуру, эластичность кожи, частоту дыхания и пульса, измеряют артериальное давление. Важным является изучение почасового и суточного диуреза. Для этого у тяжелых больных катетеризируют мочевой пузырь. Выведение мочи в количестве 1 мл на 1 кг веса в 1 час свидетельствует о нормализации функции мочевыделительной системы и об адекватности проводимого лечения.

У больных с ожоговой болезнью практически всегда развивается гипоксия тканей. Для ее компенсации прибегают к ингаляции кислорода через катетер, подведенный к носу пострадавшего. При ожогах верхних дыхательных путей, когда имеются отек слизистой и бронхоспазм, часто выполняют эндотрахеальную интубацию или трахеостомию и проводят искусственную вентиляцию легких. Через трубку периодически аспирируют мокроту и saniруют бронхиальное дерево.

Эндотрахеальную трубку и трахеостому используют для введения лекарственных средств и осуществления трахео-бронхиальной оксигенации. Иногда выполняют микротрахеостомию, она менее травматична, уменьшает риск вторичного инфицирования дыхательных путей, позволяет сохранить кашлевой рефлекс и спонтанное дыхание. У таких больных требуется соблюдение чистоты кожи вокруг трахеостомы, контроль проходимости трахеостомической трубки, ее своевременная обработка и замена.

Длительное время у больных с ожоговой болезнью в организме преобладают процессы катаболизма. Состояние усугубляется потерями жидкости и белков через обширную раневую поверхность. Восполнение потерь осуществляют с помощью

парентерального питания. По объему оно может быть полным, когда обеспечивают суточную потребность питательных веществ и витаминов, и неполным, когда их дефицит восполняют на 2/3 или 1/3 от необходимого уровня. Для этого используют легко усвояемые питательные вещества: белковые гидролизаты (гидролизат казеина, гидролизин), аминокислотные препараты (аминокровин, полиамин), глюкозу, жировые эмульсии (интралипид, липофундин), электролитные растворы (Рингера, дисоль, трисоль).

Таким образом, правило «трех катетеров»: введение катетера в нос для ингаляции увлажненного кислорода, в вену - для инфузионной терапии и в мочевого пузырь - для измерения почасового диуреза, в полной мере позволяет реализовать необходимые требования по качественному лечению пациентов с ожоговой болезнью и определяет особенности ухода за ними.

У некоторых больных при условии восстановления двигательной и всасывательной функции желудочно-кишечного тракта парентеральное сочетается с энтеральным питанием или полностью им заменяется. При этом питательные смеси, содержащие белки, жиры и углеводы, вводят капельно через зонд в желудок или двенадцатиперстную кишку.

В целом же в первые дни болезни показано питание по типу нулевой диеты с максимальным механическим щажением. В связи с плохим аппетитом больного рекомендуют включать в пищу вещества, улучшающие ее вкус и запах. В дальнейшем после выхода из тяжелого состояния пищевой рацион расширяют до диеты N 11, при которой увеличивают содержание молочных продуктов (творог, сыр), яиц, мяса, рыбы и уменьшают количество хлеба, макаронных изделий и круп. Энергетическая ценность при этом достигает 3500-3800 ккал.

Надо помнить еще одно обстоятельство, доказана возможность инфицирования ожоговых ран микробами, поступающими в организм с пищей. Проходя через желудочно-кишечный тракт, они с фекалиями переносятся на раневую поверхность. Поэтому рекомендуют использовать термически обработанные продукты, а сырые фрукты и овощи исключают из рациона.