Министерство образования и науки РС(Я)

ГБПОУ РС(Я) Якутский медицинский колледж

Отделение «Сестринское дело»

**Курсовая работа на тему:**

**«Неотложная помощь при термических ожогах, на догоспитальном этапе»**

Выполнил: студент III курса, группы СД-31

Ноговицына Любовь Васильевна

Руководитель: Барашков Иван Иванович

Якутск 2017 г.

**СОДЕРЖАНИЕ**

**ВВЕДЕНИЕ**

**ГЛАВА I. ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ**

1.1. Классификация "термических ожогов"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2. Клинические симптомы и данные объективного обследования

1.3. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе

**ГЛАВА II. АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТТ им. В.В. БОЖЕДОНОВА.**

2.1**.** Краткая информация про ОТТ им.В.В.Божедонова ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП

2.2. Сравнительные данные из годового отчета ОТТ им.В.В.Божедонова ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП

**ВЫВОДЫ**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ**

**Введение.**

Ожог – это повреждение тканей организма, возникающее в результате местного действия высокой температуры, а также химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения.

Изучение проблемы ожогов имеет давнюю историю, однако только во второй половине 19 в. с развитием биологии, химии, физики и других наук возникли предпосылки для глубоких исследований в области комбу-стиологии. В этот период и в первые десятилетия 20 в. появились работы, раскрывающие нек-рые стороны патогенеза О. К ним относятся, в частности, работы Шультце (М. Schultze, 1865) — о разрушении эритроцитов под воздействием термического фактора, В. С. Авдакова (1876) — о накоплении в организме обожженного токсических продуктов, Фалька (F. Falk, 1871) — о сосудистой реакции при О. (расширении периферических сосудов с последующим скоплением в них крови и развитием анемии), Андерхилла (F. P. Underhill, 1923) — о плазмопотере при О., приводящей к расстройству гемодинамики, Олдрича (R. Н. Aldrich, 1933) — о неблагоприятном влиянии гнойной инфекции на течение раневого процесса, И. Р. Петрова (1950) — о ведущей роли болевого фактора в развитии ожогового шока. Анализ этих и других научных данных позволил прийти к выводу, что при тяжелых О. возникает повреждение всех систем организма и развивается специфический для этой травмы симптомокомплекс — ожоговая болезнь.

В последующие десятилетия проблему О. стали изучать комплексно с участием представителей различных мед. специальностей на новой методической основе с применением методов электрофизиологии, гистохимии, электронной микроскопии, радиоизотопной диагностики и т. д. Такая интеграция научных исследований позволила выявить и обобщить новые данные о патогенезе ожоговой болезни, что послужило основанием для

уточнения классификации О. и периодизации ожоговой болезни, а также для разработки патогенетической тераиии.

Во второй половине 20 в. усилиями большого числа ученых различных стран разработаны и внедрены в мед. практику оптимальные методы местного лечения глубоких ожогов с помощью временного закрытия раневой поверхности ксе-нотрансплантатами и постоянного аутотрансплантатами; эффективные методы коррекции иммунол, сдвигов в организме обожженного; методика лечения обожженных в абак-териальной управляемой среде и гно-тобиологических условиях и другие лечебные и диагностические методики.

Успехам комбустиологии способствовало создание в 50—60-х гг.20в. различных ожоговых учреждений — Международного ожогового об-ва, специальных кафедр, ожоговых центров, а также совершенствование организации медпомощи обожженным. В Советском Союзе ожоговые центры ведут большую научно-исследовательскую работу и осуществляют методическое руководство работами других учреждений по проблеме О. и подготовку специализированных кадров.

В нашей стране впервые в мире создана стройная государственная система поэтапного лечения обожженных, начиная с первой медпомощи на месте происшествия и кончая специализированным лечением в ожоговых центрах и реабилитацией пострадавших.

**Актуальность проблемы:**

Связана с тем, что по данным ВОЗ, на термические ожоги приходится 5% травм всего мира. Количество пострадавших от ожогов во всем мире возрастает, особенно в промышленно развитых странах. Среди причин летальных исходов при различных повреждениях ожоги составляют 20 % у детей и 28 % у лиц старше 65 лет.. По частоте распространения ожоги занимают четвертое место среди других травм после ДТП, падений и насилий, и встречаются примерно у 1 пациента на 1000 человек населения земного шара. Учитывая экстремальные условия работы в Республике Саха (Якутия), данная тема приобретает особую актуальность в изучении и аналитике статистики данной проблемы

**Цель   курсовой   работы:**

Цель исследования – неотложная помощь при ожогах на догоспитальном этапе.

**Задачи исследования:**

1. Изучить литературу и источники по термическим травмам (ожоги);
2. Разобрать тактику оказания неотложной помощи при ожогах;
3. Проанализировать деятельность ОТТ им. В.В. Божедонова ГБУ РС(Я) РБ№2.

**ГЛАВА I. Термические ожоги**

Для изучения роли фельдшера при лечении пациентов с термическими травмами необходимо изучить теоретические данные. В данной главе будет изучены классификация термических ожогов, клиническая картина и основные методы экстренной доврачебной помощи пациенту.

* 1. **Классификация термических ожогов.**

Характер повреждения, его тяжесть, способы лечения и исход зависят от многих факторов. В связи с этим существует несколько классификаций ожогов.

По обстоятельствам получения ожога выделяют три группы ожогов:

1) производственные;

2) бытовые;

3) военного времени.

Для нашей республики основную часть составляют бытовые ожоги, так как мало высоко развитой промышленности с рисками термических травм.

По этиологическому признаку выделяют следующие виды ожогов:

1) термические;

2) химические;

3) электрические;

4) лучевые.

В данной теме будут изучены только термические поражения, так как именно они составляют основную долю повреждений в нашем регионе. Термические поражения возникают наиболее часто. Чаще всего встречают ожоги пламенем (50 %) - воспламенение бензина, газов, пламя от печки и т. д. Такие ожоги бывают наиболее тяжелыми, так как температура пламени достигает 2000-3000 °С. Кроме того, при пожарах обычно присоединяется неблагоприятное воздействие на организм угарного газа.

Приблизительно с одинаковой частотой (около 20%) происходит ошпаривание горячими жидкостями и паром. Около 10% ожогов связано с воздействием раскаленных предметов и других факторов.

При развитии ожога степень повреждения тканей зависит от следующих факторов.

*Температура воздействия -*чем она выше, тем тяжелее повреждения; ожог может вызывать повышение температуры до 50 °С и выше.

*Теплопроводность предмета, контактирующего с кожей*(воздуха, водяного пара, кипятка, открытого пламени, металлического предмета и т. д.). При этом чем выше теплопроводность предмета, тем больше степень повреждения. Так, при температуре 100 °С ожога сухим воздухом обычно не происходит (например, в сауне), в то же время горячая [вода](http://www.lsgeotar.ru/pharma_mnn/579.html?XFrom=www.studmedlib.ru) той же температуры (кипяток) вызывает серьезные, порой смертельные глубокие ожоги.

*Время контакта с горячим агентом -*чем оно больше, тем серьезнее повреждения.

*Влажность окружающей среды -*чем она выше, тем больше степень ожога.

По локализации

По локализации выделяют следующие ожоги:

1) функционально активных частей тела (конечностей);

2) неподвижных частей тела (туловища);

3) лица;

4) волосистой части головы;

5) верхних дыхательных путей;

6) промежности.

Локализация ожогов существенно влияет на глубину и тяжесть повреждения тканей. Толщина кожи в различных областях тела у человека неодинакова, поэтому при идентичном термическом воздействии степень ожога может быть различной. Например, ожоги в области лица, передней поверхности шеи, внутренней поверхности конечностей чаще бывают глубокими даже при кратковременном воздействии высокой температуры, тогда как глубокие ожоги спины и стоп возникают гораздо реже. Ожоги лица при прочих равных условиях более опасны для жизни. Они часто сочетаются с повреждениями глаз, ротовой полости и ожогами дыхательных путей, что значительно утяжеляет состояние пациентов и прогноз. Весьма неприятны ожоги промежности, так как при этом возможно повреждение мочеиспускательного канала и заднего прохода, что, в свою очередь, ведет к нарушению функций внутренних органов и необходимости специальных оперативных вмешательств. Одни части тела человека функционально активны, подвижны (конечности, лицо, шея), другие малоподвижны (туловище). Особенно неприятны ожоги в области суставов, кистей и стоп.

**По глубине поражения**

Глубина поражения тканей (степень ожога) имеет наибольшее значение в развитии патологического процесса и прогнозе.

В России наибольшее распространение получила принятая в 1961 г. на XXVII Всесоюзном съезде хирургов классификация ожогов, включающая четыре степени поражения (рис. 1).

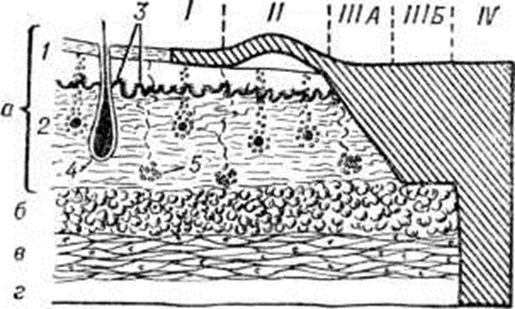


Рис. 1. Глубина повреждения при разных степенях (I-IV) ожога: а - (1-эпидермис, 2 – дерма) б - подкожная клетчатка; в - мышцы; г - кость

* I степень - поражение на уровне эпидермиса, проявляющееся гиперемией и отеком кожи.
* II степень - повреждение всего эпителия с образованием пузырей, заполненных прозрачной жидкостью.
* III степень - некроз кожи. Выделяют Ша и Шб степени:
* IIIа степень - некроз эпителия и поверхностных слоев дермы; IIIб степень - некроз всех слоев дермы вместе с волосяными луковицами, потовыми и сальными железами с переходом на подкожную клетчатку.
* IV степень - некроз всей кожи и глубжележащих тканей (подкожной клетчатки, фасции, мышц, костей).

Ожоги I, II и IIIа степеней относят к поверхностным, а IIIб и IV - к глубоким. Такое разделение носит принципиальный характер. При всех поверхностных ожогах возможно самостоятельное закрытие дефекта, так как сохранены источники эпителизации (камбиальный слой эпителия, выводные протоки сальных и потовых желез, волосяные фолликулы). При глубоких ожогах все возможные источники роста эпителия погибают, самостоятельное закрытие дефекта невозможно.

За рубежом больше распространена классификация К. Крайбиха, включающая пять степеней и отличающаяся лишь тем, что уровень, соответствующий IIIб степени, назван IV, а соответствующий IV степени - V.

**По площади поражения**

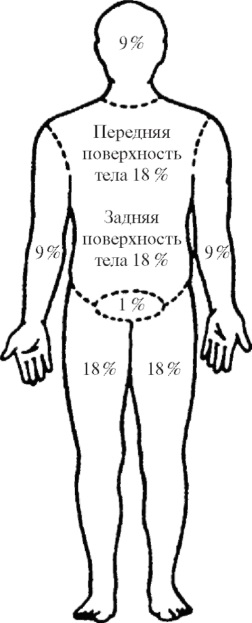
В оценке тяжести повреждения и выборе плана лечения, кроме глубины ожога, большое значение имеет определение его площади, обычно выражаемой в процентах общей поверхности тела. Значение имеет именно относительная (по отношению к общей поверхности кожи) величина зоны повреждения.

Площадь поверхности кожи человека колеблется от 15 000 см2 до

21 000 см2.

На протяжении многих лет в процессе изучения ожогов и разработки способов их лечения создано множество методов, в них отражено стремление как можно точнее определить площадь ожогов.

*Метод А. Уоллеса*

Метод был предложен А. Уоллесом в 1951 г. и получил наибольшее распространение из-за своей простоты. Метод известен под названием «правило девяток». В соответствии с ним площадь поверхности всех основных частей тела составляет 1-2 девятки (9 % всей поверхности тела) –

соответственно 9 % и 18 % (рис. 14.2). У детей указанные соотношения несколько иные, они изменяются с возрастом. Хотя схема Уоллеса не совсем точна, она дает возможность определить площадь пораженной поверхности просто и быстро.

*Метод И. И. Глумова*

Метод был предложен в 1953 г. И. И. Глумовым и получил название «правило ладони». В соответствии с ним площадь ожога сравнивается с площадью ладони пострадавшего, равной 1% всей поверхности тела. Для удобства можно использовать бумажный шаблон ладони пострадавшего и им измерять площадь поражения. Обычно для определения площади поверхности ожога пользуются одновременно «правилом девяток» и «правилом ладони».

*Метод Б. Н. Постникова*

Б. Н. Постников в 1949 г. предложил накладывать на обожженную поверхность стерильную марлю или целлофан и на них наносить контуры ожога.

После этого вырезанные листы накладывают на сетку, состоящую из квадратов с известной площадью (миллиметровую бумагу), и высчитывают абсолютную площадь поражения в процентах.

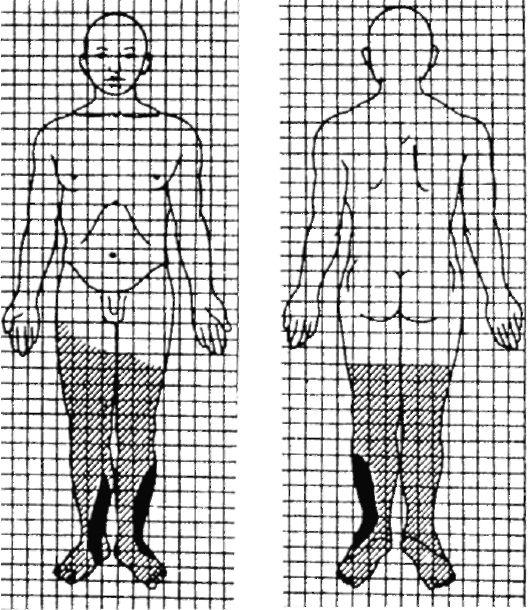
Следует отметить, что усилия и время, затрачиваемые на вычисление абсолютной площади зоны повреждения, не оправдывают полученных результатов, поэтому в настоящее время этот метод не используют.



При сплошном поражении пользуются таблицей площадей отдельных частей тела.

Для документации и подсчета площади поражения разработаны различные формы штампов с изображением человеческого силуэта, разбитого на квадраты, соответствующие определенной площади поражения, так называемые «скиццы». Наиболее широко известна схема Г. Д. Вилявина. Это схема передней и задней поверхностей тела, при этом различные по глубине ожоги обозначены разными цветами или штриховкой. В процессе лечения ожогов полезно периодически вносить в скиццы соответствующие коррективы. Например, при исчезновении в результате лечения ожогов I и II степеней или более позднем выявлении участков ожогов III и IV степеней.

Для отражения состояния боковых поверхностей тела человека дополнительно создают профильные скиццы.



Скиццы для обозначения и определения площади ожогов

Формула обозначения ожогов по Ю. Ю. Джанелидзе

Тяжесть повреждения при ожоге зависит от трех основных факторов:

1) глубины (степени) ожога;

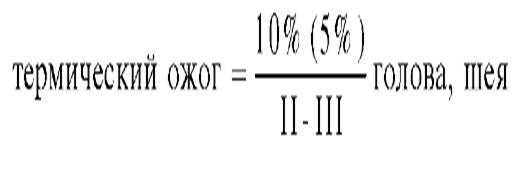
2) площади поражения (в процентах);

3) локализации ожога.

У всех перечисленных методов измерения и документации при ожогах есть недостаток: они не дают полной картины тяжести повреждений. В этом отношении наиболее точной представляется формула, предложенная для обозначения ожогов Ю. Ю. Джанелидзе (1939), в последующем дополненная В. В. Васильковым и В. О. Верхолетовым. Современное ее отображение выглядит следующим образом: ожог характеризуют дробью, в числителе которой площадь поражения (в скобках - площадь глубоких ожогов), а в знаменателе - степень ожога. Кроме того, перед дробью указывают этиологический фактор (термический, химический или лучевой ожог), а после нее - основные зоны поражения (голова, шея, туловище и др.).

Например, при термическом ожоге головы и шеи степени с

общей площадью ожога 10 % (из них 5 % - глубокий ожог) диагноз может быть записан так:



**1.2. Клинические симптомы и данные объективного обследования**

Местные изменения, происходящие при ожогах, можно представить в следующей последовательности:

* первичные анатомические и функциональные изменения от действия термического агента;
* реактивно-воспалительные процессы;
* регенерация.

Характер представленных процессов прежде всего зависит от степени повреждения тканей. Чем тяжелее ожог, тем более выражены морфологические изменения пораженных тканей и разнообразнее клиническая картина.

**Ожог I степени**

Ожог I степени характеризуется поверхностным повреждением эпидермиса. Для этой степени характерна резкая гиперемия, отек кожи и боль. При осмотре места повреждения сразу же после ожога можно увидеть, что область поражения ярко-розового цвета, отечна и несколько приподнята над окружающими здоровыми участками. Через несколько дней верхний слой эпителия высыхает, сморщивается и слущивается.

**Ожог II степени**

Внешний вид ожога II степени достаточно типичен. Поражение эпидермиса и частично подлежащей дермы выражается покраснением кожи, ее отеком и образованием тонкостенных пузырей, наполненных серозной жидкостью за счет расширения капилляров и нарушения их проницаемости. К 10-12-му дню происходит самостоятельная эпителизация. Рубцов не образуется.

При ожогах I-II степени кровообращение и чувствительность сохранены. При этих ожогах реактивно-воспалительные процессы не сопровождаются нагноением, после воспаления происходят регенерация эпителия и заживление раневой поверхности.

**Ожог III степени**

Гораздо сложнее и важнее для дифференциации лечебной тактики ранняя диагностика ожогов IIIа, IIIб и IV степеней.

Для всех этих ожогов характерно омертвение тканей в момент ожога с образованием струпа. После этого развивается гнойнодемаркационное воспаление в ране, за счет него некроз отторгается, рана очищается. Затем наступает фаза регенерации: образуются грануляции, происходят эпителизация и рубцевание.

Для ожога IIIа степени характерно сочетание экссудации и некроза. Поэтому возможно образование толстостенных пузырей из всей толщи погибшего эпидермиса и поверхностного сухого струпа светло-коричневого цвета или мягкого белесовато-серого струпа. Ожог IIIа степени заживает за счет роста грануляций и эпителизации из сохранившихся луковиц волос, протоков сальных и потовых желез. Одновременно происходит и краевая эпителизация (эпителий нарастает со стороны здоровой кожи).

Изменения при глубоком ожоге IIIб степени проявляются в виде образования плотного сухого струпа коричневого цвета (коагуляционный некроз при ожоге пламенем или раскаленным предметом) или формирования влажного некроза (при ошпаривании).

При ожогах IIIб и IV степеней регенерация оказывается незавершенной из-за гибели придатков кожи - возможных источников роста эпителия на дне раны. Заживление может произойти путем рубцового стяжения и краевой

эпителизации, но ее границы не бесконечны (обычно за счет краевой эпителизации образуется полоска эпителия шириной 2-3 см).

**Ожог IV степени**

Ожог IV степени возникает при большой продолжительности теплового воздействия в областях, не имеющих толстого подкожного жирового слоя.

При таких ожогах образуется различной толщины и плотности коричневый или черный ожоговый струп. Особенно тяжело протекают глубокие циркулярные ожоги, сжимающие пораженную область (например, конечность панцирем) и вызывающие ишемический некроз тканей. В тяжелых случаях происходит обугливание отдельных частей тела: они уменьшены в размерах и представляют собой полностью лишенную органических веществ неживую обуглившуюся массу.

От точности и своевременности определения глубины (степени) ожога зависят адекватность выбранного метода лечения и исход поражения. Вопрос о ранней диагностике глубины некроза кожи - один из самых принципиальных вопросов комбустиологии.

**1.3. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.**

Оказание первой медицинской помощи на месте происшествия представляет важную за­дачу, так как нередко от качества ее зависит исход заболевания. Первое, что нужно сделать как можно быстрее - погасить пламя (если оно есть) на одежде пострадавшего и его коже. Нужно сбросить с пострадавшего горящую одежду или накинуть на его тело ткань, чтобы прекратить доступ воздуха к огню. Горящий участок одежды можно забросать землёй, песком, снегом, облить его водой.

Постараться успокоить пострадавшего и людей, его окружающих.

Аккуратно убрать с пострадавшего человека тлеющие остатки вещей, не попавшие в рану. Ни в коем случае не отдирать прилипшую к ожогу одежду. Также нельзя дотрагиваться до обожжённого тела руками.

Если это солнечный ожог – нужно перенести пострадавшего человека в тень.

В случае если вы не владеете информацией по поводу того, что случилось, быстро уточните обстоятельства несчастного случая («ребёнок опрокинул на себя миску горячего бульона», «от костра загорелась одежда» и т. д.).

Поражённую часть тела подержать 10-20 минут под струёй холодной проточной воды (можно опустить в ёмкость с прохладной чистой водой). Сделать это нужно для того, чтобы нагретая рана не углубилась и не расширилась. Кроме того, это активизирует в ране кровообращение. Однако нельзя применять для охлаждения обожжённой зоны лёд, чтобы избежать вероятности ещё одной травмы – обморожения.

На поражённую поверхность нанести любое имеющееся противоожоговое средство, сверху наложить стерильную (по возможности) сухую повязку. Нельзя пользоваться ватой, только марлей, бинтом – материалами из ткани. Случается, что под рукой нет ни противоожогового средства, ни стерильных бинтов, тогда следует наложить на рану любую сухую чистую повязку. Нельзя наносить на ожог никакие народные снадобья: растительное масло, водочные растворы, кефир, сметану и т. п. При ожоге I степени (если не наблюдается ни обширного повреждения кожных покровов, ни пузырей), повязку можно вообще не накладывать, нанести только противоожоговый спрей.

Если имеются обширные ожоги конечностей - надо осторожно зафиксировать их с помощью шины (любых подручных средств), приподняв обожжённые руки (ноги).

Если обожжена большая площадь тела и имеются признаки ожогового шока (человек слаб, бледен, у него повышено беспокойство, наблюдается тахикардия и падение давления, выступает холодный пот, нарушено дыхание и сердечный ритм), следует дать ему для питья как можно больше жидкости – сок, компот или обычную чистую воду. Благодаря поступлению в организм жидкости уменьшится интоксикация, возникшая по причине проникновения продуктов распада обгоревших тканей в кровь.

Если пострадавший жалуется на боли, то для того, чтобы избежать болевого шока, следует дать ему любое имеющееся обезболивающее средство (спазмалгон, анальгин, 1 мл 1% раствора промедола, 1 мл 2% раствора пантопона и т.п..).

При отсутствии у человека сердечной и (или) дыхательной деятельности следует провести сердечно-легочную реанимацию (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца).

При ожогах тяжёлой степени вызвать для госпитализации пострадавшего «Скорую помощь» либо самостоятельно доставить его в специализированное лечебное учреждение.

**Глава II. Анализ статистических данных по термическим ожогам.**

Данный анализ был проведен из статистических данных годового отчета ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП ОТТ им.В.В.Божедонова за три года (2014-2016). Были составлены сравнительные таблицы и диаграммы.

**2.1 Краткая информация про ожоговое отделение им. В.В. Божедонова.**

В июне 1993 года в городе Якутске было организовано ожоговое отделение, на 50 коек. Отделение расположено в здании бывшего военного госпиталя, на арендуемой площади 1420,83 кв.м., совместно с ОРАИТ№1, организованного в сентябре 2010 года. В отделении оказывают экстренную и плановую специализированную медицинскую помощь больным с термической травмой и их последствиями. В данной отделении имеется операционный блок, септическая и чистая перевязочные. На первом этаже расположены: экстренная операционная – перевязочная для приема больных, проведения экстренных манипуляций; стерилизационная с 2 автоклавами; рентген кабинет, физиокабинет; ординаторская; кабинет профессора, учебная комната, кабинет заведующего. На втором расположены палаты, раздаточная, подсобные помещения, кабинет старшей медсестры, сестры хозяйки, комната для медперсонала, складские помещения. Процедурная и пост совмещены и расположены в холле коридора. Детские палаты располагаются с мая 2014 года, в отремонтированном отдельном коридоре 2 этажа здания.

**2.2. Основные сравнительные данные из годового отчета Ожогового отделения им.В.В.Божедонова РБ№2 ЦЭМП**

Табл.1 Показатели работы в приемном отделении за 2016г.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Всего** | | **Экстренные** | | **Плановые** | |
| **Абс. ч.** | **%** | **Абс. ч.** | **%** | **Абс. ч.** | **%** |
| Всего обращений абс.ч. | **1624** | 100 | 1536 | 100 | 88 | 100 |
| Всего госпитализировано | **846** | 52,1 | 758 | 49,3 | 88 | 100 |
| Всего отказов | 778 | 47,9 | 778 | 50,7 | 0 | 0 |
| В т.ч. негоспитализиро  ванных (отказ больного) | 121 | 7,5 | 121 | 7,9 | 0– | 0 |

График 1. Показатели работы в приемном отделении

Табл.2 Распределение больных с термической ожогом по площади поражения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Период** | **До 10%** | | **До 20%** | | **До 30%** | | **До 40%** | | **До 50%** | | **Выше 50%** | |
| **Абс.** | **%** | **Абс.** | **%** | **Абс.** | **%** | **Абс.** | **%** | **Абс.** | **%** | **Абс.** | **%** |
| **2014г.** | 393 | 75,1 | 72 | 18,7 | 27 | 2,3 | 12 | 2,0 | 10 | 0,2 | 15 | 1,7 |
| **2015г.** | 417 | 77,4 | 72 | 13,4 | 18 | 3,3 | 18 | 3,3 | 2 | 0,4 | 12 | 2,2 |
| **2016г.** | **425** | **69,8** | **93** | **15,3** | **34** | **5,6** | **25** | **4,3** | **11** | **1,7** | **20** | **3,3** |

График 2 Распределение больных с термическим ожогом по площади поражения

График 3 Распределение больных с термической травмой по площади поражения

Табл.3 Состав пациентов выбывших по динамике по годам

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Нозологии | **2014** |  | **2015** | | **2016** | |
| Выбыло | Умерло | Выбыло | Умерло | Выбыло | Умерло |
| **термические ожоги** | **529** | 10  **1,9%** | **539** | **5**  **0,9%** | **545** | **5**  **0,9%** |
| ***дети*** | *254* |  | *234* |  | *230* |  |
| Из них ожоговым шоком | 243 |  | 165 |  | 160 |  |
| *Из них дети* | *107* |  | *94* |  | *90* |  |
| Глубокие ожоги III степени с операцией | 67 |  | 91 |  | 85 |  |
| *Из них дети* | *23* |  | *18* |  | *14* |  |
| *Из них дети* | *13* |  | *9* |  | *6* |  |

График 4 Выбывшие пациенты с термическим ожогом, по годам (абс.ч.)

Табл.4 Динамика летальности за последние 3 года

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | **2014г.** | **2015г.** | **2016 г.** |
| **Ожог. центр** | **Ожог. центр** | **Ожог. центр** |
| Число умерших  *Всего* | 9 | 15 | 6 |
| Из них экстренных | 9 | 15 | 6 |
| *В.т.ч. до суток* | 3 | 3 | - |
| Летальность % | 1,22 | 1,83 | 0,72 |
| Летальность экстр. боль-х | 1,34 | 2,1 | 0,8 |
| Досуточная летальность %. | 0,41 | 0,37 | 0 |

График 5 Динамика летальности за последние 3 года

График 6 Распределение умерших в отделении по степени тяжести (в процентах)

Табл.7 Состав операций ожогового отделения в динамике по годам

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование**  **операций** | **2014г.** | | **2015г.** | | **2016г.** | |
| **Число**  **операций** | **Уд. вес**  **%** | **Число**  **операций** | **Уд. вес**  **%** | **Число**  **операций** | **Уд. вес**  **%** |
| *Операций всего* | **623** | **100** | **800** | **100** | **862** | **100** |
| Операции в пределах подкожно жировой клетчатки | 246 | 39,5 | 532 | 66,5 | 489 | 56,7 |
| Ранние некроэктомии струпов | 3 | 0,5 | 20 | 2,5 | 25 | 2,9 |
| САДП | 110 | 17,6 | 117 | 14,6 | 150 | 17,4 |
| Ампутации, экзартикуляции, секвестр | 103 | 16,6 | 84 | 10,5 | 106 | 12,3 |
| Реконструктивно-восстановительные операции | 33 | 5,3 | 47 | 5,9 | 56 | 6,5 |
| прочие | 128 | 20,5 | 87 | 10,9 | 36 | 4,2 |

**Выводы:**

1. Изучив литературу и источники по ожоговой болезни, сделал вывод, что термический ожог наиболее распространенный вид термических поражений и составляет 90—95% от всех ожогов.

2. Разобрав тактику неотложной помощи при термических ожогах, можно делать следующие выводы что, существенное влияние на течение и исходы оказывают своевременность и полноценность неотложной помощи, направленной на профилактику и ослабление ожогового шока, изоляцию ожоговых ран от внешней среды, предотвращение ее загрязнения; и общем охлаждении организма. При ожогах необходимо принять меры экстренной профилактики столбняка: привитым вводят подкожно 0,5 мл столбнячного анатоксина, не привитым - 1500 АЕ противостолбнячной сыворотки и отдельно 1 мл столбнячного анатоксина с повторной инъекцией 0,5 мл анатоксина через 1 месяц. Оказание помощи обожженным и при отморожениях обязаны осуществлять врачи любой специальности.

3. В ОТТ им.В.В.Божедонова ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП интенсивно проводится огромная напряженная работа по спасению больных с тяжелой термической травмой, выполняются практически все функции регионального ожогового центра и является единственным подразделением оказывающее экстренную и специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь пострадавшим от термической травмы в Республике Саха (Якутия), а также отмечается постепенное уменьшение количества пациентов поступивших в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, удельный вес которых составил 21,5%.

**Заключение:**

В заключении можно сказать, что по результатам исследований термические травмы случаются сравнительно часто, и зачастую ведут к очень долгому лечению, которая требуют от фельдшера очень хорошей подготовки и знаний при оказании неотложной помощи. Следует отметить что при оценке исходов лечения в 95,1% случаев достигнуто выздоровление или улучшения общего состояния пациентов и в целом работа ожогового отделения ГБУ РС(Я) «РБ№2-ЦЭМП» оценивается удовлетворительно.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ**

1). Общая хирургия [Электронный ресурс] / Петров С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970415726.html>

2). Военно-полевая хирургия : рук. к практ. занятиям [Электронный ресурс] / Под ред. М.В. Лысенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970413111.html>

3). Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] / Мухина С.А., Тарновская И.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416457.html>

4). Общая хирургия [Электронный ресурс] / Петров С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970415726.html>

5). Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс] : учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432167.html>

6). Организация сестринской деятельности [Электронный ресурс] / под ред. С.И. Двойникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428955.html>

7). Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. З.Е. Сопиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426203.html>

8). Военно-полевая хирургия : рук. к практ. занятиям [Электронный ресурс] / Под ред. М.В. Лысенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970413111.html>

9). Безопасность жизнедеятельности [Электронный ресурс] / Багаутдинов А.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419663.html>

10). Годовой отчет Ожогового отделения им.В.В.Бажедонова РБ№2 ЦЭМП за 2015 год.