

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ САХА(ЯКУТИЯ)
«ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен к защите
Заместитель директора по УР



Иванова М.Н

ЗАХАРОВ ВЛАДИСЛАВ ДМИТРИЕВИЧ
ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ТЕРМИЧЕСКИХ
ТРАВМАХ

Выпускная квалификационная работа
По специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

Студент отделения «Сестринское дело»

Группы СД-31 Захаров В.Д.

Руководитель: Полятинская Г.И.

г. Якутск – 2018 г

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава I. Основные теоретические данные и особенности сестринского ухода при термических травмах.....	4
1.1 Классификация термических травм.....	4
1.2 Клиника термических травм.....	9
1.3 Особенности ухода при лечении термических травм.....	19
Глава II. Анализ особенностей сестринского ухода на основе ожогового отделения им. В.В.Божедонова РБ№2 ЦЭМП.....	27
2.1 Общая характеристика ожогового отделения им.В.В.Бажедонова.....	27
2.2 Статистические данные Ожогового отделения им. В.В.Божедонова РБ№2 ЦЭМП.....	28
2.3 Анкетирование среди СМП.....	32
Выводы.....	36
Список литературы.....	37
Приложения.....	39

ВВЕДЕНИЕ

Под термическим повреждением понимают такой вид травмы, который вызван действием высокой (ожоги, ожоговая болезнь) и низкой (отморожение, ознобление) температуры. По данным ВОЗ, на термические поражения приходится 6% травм мирного времени. Количество пострадавших от ожогов во всем мире возрастает, особенно в промышленно развитых странах. Чаще других встречаются термические ожоги. 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. Отморожения наблюдаются реже, однако длительная утрата трудоспособности и высокий уровень инвалидизации придают этому виду травмы не меньшую актуальность.[6]

Учитывая географические, климатические и социальные особенности Республики Саха (Якутия), данная тема приобретает особую актуальность в изучении и аналитике статистики данной проблемы.

Цель: Изучение особенностей сестринского ухода при ведении пациентов с термическими ожогами.

Задачи:

1. Провести анализ теоретических материалов по термическим травмам;
2. Проанализировать статистические данные по термическим травмам на основе отчетности «Ожогового отделения им.В.В.Божедонова» ГБУ РС(Я) РБ№2 ЦЭМП за 2015 – 2017гг.
3. Изучить особенности сестринского ухода за пациентами с термическими ожогами на основе анкетирования СМП.

Глава I. Основные теоретические данные и особенности сестринского ухода при термических травмах.

Для изучения особенностей работы медсестры при лечении пациентов с термическими травмами необходимо изучить основные теоретические данные. На основе знаний о клинике и этиологии термических травм и их течение можно сформулировать приоритетные аспекты сестринского ухода.

1.1 Классификация термических травм.

Общая классификация термических ожогов

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. 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).[2]

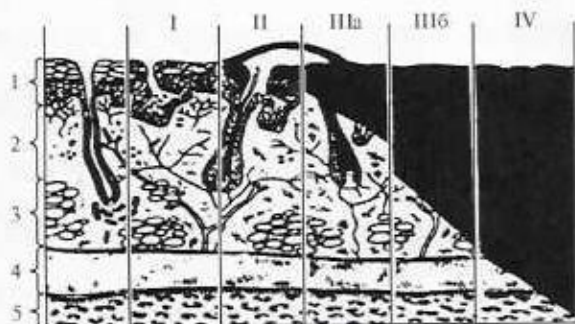


Рис. 1 Глубина повреждения при разных степенях (I-IV) ожога: 1 - эпидермис; 2 - дерма; 3 - подкожная клетчатка; 4 - мышцы; 5 - кость

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 IIIa и IIIб степени:

IIIa 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 глубже лежащих тканей (подкожной клетчатки, фасции, мышц, костей).

Ожоги I, II и IIIa 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.

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.

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 %. 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

Для документации и подсчета площади поражения разработаны различные формы штампов с изображением человеческого силуэта, разбитого на квадраты, соответствующие определенной площади поражения, так называемые «скилцы». 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.

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.

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.).[6]

Например, при термическом ожоге головы и шеи степени с общей площадью ожога 10 % (из них 5 % - глубокий ожог) диагноз может быть записан так:

$$\text{термический ожог} = \frac{10 \% (5 \%)}{\text{II—III}} \text{ голова, шея}$$

Общая классификация холодовых травм:

Среди поражений холодом выделяют острое и хроническое.

Острое поражение холодом:

- замерзание (поражение внутренних органов и систем);

- отморожение (развитие местных некрозов с вторичными общими изменениями).

Хроническое поражение холодом:

- холодовой нейроваскулит;
- ознобление.

Классификация по механизму развития отморожения

В зависимости от механизма гипотермического воздействия различают два вида отморожений:

- от действия холодного воздуха;
- контактные отморожения.

Классификация по глубине повреждения тканей

По глубине повреждения тканей выделяют четыре степени отморожений. Эта классификация в целом аналогична классификации при ожогах, но имеет и некоторые отличия (отсутствие деления III степени).

I степень - признаков некроза кожи нет.

II степень - некроз всех слоев эпителия.

III степень - некроз всей толщи кожи с возможным переходом на подкожную клетчатку.

IV степень - омертвление на глубину всех тканей конечности.[3]

1.2 Клиника термических травм.

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 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.

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.

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

Для всех этих ожогов характерно омертвление 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 III 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 III 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 III 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 III 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 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.[2]

Ожоговая болезнь

При обширных и глубоких ожогах развивается клинически выраженная общая реакция организма, она начинается с первых часов после получения травмы и продолжается некоторое время после полного восстановления кожного покрова. При этом общие расстройства могут быть столь серьезными, что способны вызывать тяжелые осложнения и приводить к летальному исходу.

Ожоговая болезнь - совокупность клинических симптомов, общих реакций организма и нарушения функций внутренних органов при термических повреждениях кожи и подлежащих тканей.

Признаки ожоговой болезни наблюдают при поверхностных ожогах более 15-25 % поверхности тела и глубоких ожогах более 10 %. Основной фактор, определяющий тяжесть течения ожоговой болезни, ее исход и прогноз, - площадь глубоких ожогов. Большое значение имеют возраст пострадавшего и локализация ожога. У людей старческого возраста и детей глубокое поражение даже 5 % поверхности тела может привести к летальному исходу.[6]

В течении ожоговой болезни выделяют четыре периода.

I период - ожоговый шок. Начинается сразу или в первые часы после травмы, может продолжаться до 3 суток.

II период - острая токсемия. Продолжается в течение 10-15 дней после получения ожоговой травмы.

III период - септикотоксемия. Начало периода связано с отторжением некротических тканей. Зависит от тяжести ожога, развития осложнений, характера лечебных мероприятий. Продолжительность от 2-3 недель до 2-3 месяцев.

IV период - реконвалесценция. Наступает после спонтанного заживления ран или оперативного восстановления кожного покрова.[5]

Ожоговый шок - патологический процесс, развивающийся при обширных термических повреждениях кожи и глубже лежащих тканей, он продолжается в зависимости от площади и глубины поражения, своевременности и адекватности лечения до 72 часов.

По клиническому течению выделяют три степени ожогового шока.

Ожоговый шок I степени

Наблюдают у лиц молодого и среднего возраста с неотягощенным анамнезом при ожогах 15-20 % поверхности тела. Если поражение преимущественно поверхностное, пострадавшие испытывают сильную боль и жжение в местах ожога. Поэтому в первые минуты, а

иногда и часы они несколько возбуждены. ЧСС до 90 в минуту. АД незначительно повышено или нормальное. Дыхание не нарушено. Почасовой диурез не снижен. Если инфузионную терапию не проводят или ее начало запаздывает на 6-8 часов, возможно развитие олигурии и умеренно выраженной гемоконцентрации.

Ожоговый шок II степени

Развивается при повреждении 21-60 % поверхности тела и характеризуется быстрым нарастанием заторможенности и адинамии при сохраненном сознании. Тахикардия до 100-120 в минуту. Отмечают тенденцию к артериальной гипотензии, АД остается стабильным только при инфузионной терапии и применении кардиотонических средств.

Пострадавшие зябнут, температура тела ниже нормы. Характерны жажда и диспептические явления. Возможен парез желудочнокишечного тракта. Уменьшается мочеотделение. Диурез поддерживают только с помощью медикаментозных средств. Выражена гемоконцентрация (гематокрит возрастает до 60-65 %). С первых часов после травмы определяют умеренный метаболический ацидоз с респираторной компенсацией.

Ожоговый шок III степени

Развивается при термическом поражении больше 60 % поверхности тела. Состояние пострадавших крайне тяжелое. Через 1-3 часа после травмы сознание становится спутанным. Наступают заторможенность и сонор. Пульс нитевидный, АД снижается до 80 мм рт. ст. и ниже, что сопровождается критическим ухудшением перфузии внутренних органов и их гипоксией. Дыхание поверхностное. Неблагоприятным клиническим признаком крайне тяжелого ожогового шока считают парез желудочно-кишечного тракта - часто развиваются тошнота, икота, повторная рвота, нередко цвета кофейной гущи (кровотечение из эрозий и острых язв желудка).

Тяжелые расстройства микроциркуляции и повышение проницаемости клеточных мембран приводят к опасным для жизни пострадавшего нарушениям функций органов и систем, наиболее отчетливо они проявляются расстройствами функций почек в виде олигурии и анурии. Уже в первых порциях мочи выявляют микроили макрогематурию, затем моча становится темно-коричневой (типа «мясных помоев»), достаточно быстро развивается анурия.

Гемоконцентрация развивается через 2-3 часа, гематокрит может превышать 70%. Нарастают гиперкалиемия и декомпенсированный ацидоз. Температура тела снижается до 36 °С и ниже. Из лабораторных показателей, неблагоприятных в прогностическом отношении, в первую очередь нужно отметить выраженный смешанный ацидоз с дефицитом буферных оснований.[2]

Острая ожоговая токсемия

При благоприятном течении ожоговый шок постепенно переходит в стадию токсемии. Эта стадия достигает максимума своего развития на 2-3-й день после ожога и продолжается 10-15 суток. Конец этого периода совпадает с началом нагноительного процесса в ожоговых ранах.

Токсемия может развиваться вслед за ожоговым шоком или без предшествующего шока. При глубоких поражениях ожоговая токсемия

переходит в III стадию ожоговой болезни - септикотоксемию, при более легких (в основном поверхностных) ожогах заканчивается выздоровлением.

Характер течения токсемии обусловлен площадью поражения, глубиной и локализацией ожога. У пострадавших с поверхностными и дермальными ожогами самочувствие обычно остается удовлетворительным. При глубоких распространенных ожогах первым признаком токсемии бывает лихорадка. Чаще всего отмечают температурную кривую в виде неправильных волн с пиками до 38-39 °С. Гипертермия выше 40 °С обычно имеет центральное происхождение и объясняется нарушением терморегуляции вследствие расстройства кровообращения, гипоксии и отека головного мозга.

Кроме лихорадки, выявляют и другие симптомы интоксикации: бледность кожного покрова, тахикардию, иногда тенденцию к артериальной гипотензии, слабость, тошноту, возможна рвота.

Примерно у трети пациентов регистрируют расстройства ЦНС, связанные с развитием отека головного мозга (снижается тонус мозговых сосудов, развивается венозный застой с повышением внутричерепного давления и отеком мозга). Клинически это проявляется психотическим состоянием с дезориентацией во времени и пространстве, а также галлюцинациями. Появляются глазодвигательные расстройства, асимметрия мимической мускулатуры.

Со стороны сердечно-сосудистой системы возможно развитие миокардита, при этом возникают глухость сердечных тонов, систолический шум, расширение границ сердца и признаки сердечной недостаточности.

Изменение функций почек зависит от тяжести ожоговой травмы. Нормализация почечного кровотока, наступившая после выведения больного из шока, сохраняется при ожогах менее 30 % поверхности тела.

При более тяжелом повреждении нарушенные функции почек восстановить не удастся - развивается клиническая картина острой почечной недостаточности.

В клиническом анализе крови отмечают высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Возможно развитие умеренной анемии, связанной с гемолизом эритроцитов и угнетением эритропоэза. На 4-6-й день после получения ожога содержание гемоглобина снижается до 80-100 г/л.

В биохимических анализах крови в это время отмечают гипопроотеинемию, гипербилирубинемия, повышение активности трансаминаз.

Почти у всех пострадавших наблюдают протеинурию, микрогематурию, нарушение электролитного обмена.

Септикотоксемия развивается при обширных ожогах IIIa степени и глубоких ожогах. Клинически выраженная картина септикотоксемии обычно проявляется через 10-14 дней после ожога, однако возможно и более раннее ее развитие.

Клинические симптомы при септикотоксемии связаны с характером и фазой раневого процесса.

В первой фазе состояние больных остается тяжелым. Возможно нарушение сна, больные раздражительны, плаксивы. Аппетит снижен. Наблюдают все признаки гнойной интоксикации: высокую лихорадку, тахикардию, слабость, озноб и т. д. В этом периоде продолжает развиваться анемия, связанная с угнетением эритропоэза, кровотечениями из гранулирующих ран и иногда внутренних органов. В лейкоцитарной формуле нарастает сдвиг влево вплоть до миелоцитов. Неблагоприятным прогностическим признаком считают эозинофилопению и лимфоцитопению. Возможно развитие явлений токсического гепатита: иктеричность кожного покрова и склер, увеличение печени, гипербилирубинемия, повышение активности трансфераз, появление в моче уробилина. Сохраняется или прогрессирует нарушение функций почек, развивается пиелонефрит - инфекционное осложнение ожоговой болезни.

Вторая фаза септикотоксемии характеризуется появлением различных осложнений. Наиболее частым из них бывает пневмония. Механизм ее

развития связан с микроэмболиями легочных микрососудов и тканевой гипоксией на фоне циркуляторных нарушений.

Течение ожоговой болезни может привести к расстройствам пищеварения. Нередко происходит развитие острых язв желудочнокишечного тракта - язв Курлинга. В их патогенезе основную роль играют микроциркуляторные нарушения в слизистой оболочке: ишемия, тромбозы, септические эмболы. Чаще всего возникает поражение слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. Опасным осложнением этих язв становится кровотечение.

Если развивается ожоговое истощение, раны не заживают, грануляции полностью не созревают, эпителизация отсутствует. Обширные инфицированные раны поддерживают постоянную интоксикацию и гипопротейнемию, обусловленную потерей белка с раневым отделяемым. Возникает своеобразный порочный круг.

На этом фоне снижена сопротивляемость к инфекции. Весьма вероятна генерализация инфекции - ожоговый сепсис, часто приводящий к смерти пострадавшего. Выделяют ранний сепсис, развивающийся в период бурного воспаления в ожоговой ране и очищения ее от некроза, и поздний сепсис - через 5-6 недель после травмы, когда раны очистились от омертвевших тканей.[10]

Отморожения

Клинические проявления при отморожении зависят от периода течения патологического процесса и глубины поражения.

Периоды течения отморожений

Различают два периода: дореактивный (или скрытый) и реактивный. В дореактивном периоде ткани находятся в состоянии гипотермии, реактивный период начинается после их согревания. Морфологические изменения в тканях обнаруживают только в реактивном периоде.

- Дореактивный период

Первые жалобы сводятся к специфическому ощущению холода, появлению парестезии: покалывания и жжения в области поражения. Затем наступает полная утрата чувствительности. Пострадавшие зачастую узнают об отморожении от окружающих людей, отмечающих характерный белый цвет кожи, что обусловлено спазмом периферических сосудов.

Ни глубины некроза, ни его распространения определить в этом периоде нельзя, но чем длительнее этот период, тем больше необратимых изменений происходит в тканях. Обычно дореактивный период продолжается от нескольких часов до суток.

- Реактивный период

С началом согревания конечности начинается реактивный период, его разделяют ранний (до 5 суток) и поздний (после 5 суток).

После согревания тканей до их обычной температуры в поврежденных участках тела появляются боли, иногда очень сильные. Кожа становится цианотичной. Появляется и нарастает отек. Развиваются выраженные разнообразные нарушения чувствительности - гиперестезии, парестезии (чувство одеревенелости, ползанья мурашек, жара или холода).

Местные изменения, свидетельствующие о гибели тканей, выявляют не сразу. В течение первых суток и даже недели трудно установить границы патологического процесса как по протяженности, так и по глубине. И только потом становится возможным определение глубины омертвения тканей, формируются местные признаки, соответствующие определенной степени отморожения.

Клиническая характеристика степеней отморожения

I степень. Внешние признаки - умеренная гиперемия и отек. Пузырей и очагов некроза нет. Пациенты жалуются на незначительные боли, чувство жжения. Характерны непродолжительный скрытый период (несколько часов) и быстрое полное восстановление (к 5-6-му дню).

II степень. По истечении дореактивного периода отмечают гиперемию и отек кожи с образованием пузырей, заполненных прозрачной жидкостью. Выраженный болевой синдром, парестезии. Восстановление происходит через 2-3 недели.

III степень. На фоне выраженной гиперемии с цианотичным оттенком и отека появляются очаги некроза и пузыри с геморрагическим содержимым. В дальнейшем после отторжения погибших тканей через 2-3 недели раневая поверхность покрывается грануляциями, а затем идет краевая эпителизация (нарастание эпителия со дна раны невозможно) с рубцеванием. Восстановление при локальном характере изменений происходит через 1-2 месяца. При обширных поражениях необходима кожная пластика.

IV степень. Местные изменения выражаются в развитии характерной картины сухой или влажной гангрены. При отсутствии инфекции демаркационная линия формируется через 2 недели, после чего необходимо выполнить некрэктомию или ампутацию (в зависимости от объема поражения). При естественном течении через 1,5-2 месяца возможна самоампутация погибших тканей, при этом обычно образуется гранулирующая культия с выступающей в центре костью, что требует реампутации.[5]

1.3 Особенности ухода при лечении термических травм

Уход при ожоге и ожоговой болезни.

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.[1]

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. Чаше, 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.[3]

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 дезкамере.

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.[1]

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 мочеиспускательных путей 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.[5]

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.[1]

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 пузыря - 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.[5]

Особенности ухода при лечении отморожения

Больных с отморожением госпитализируют в «гнойную» палату. И это не случайно, поскольку при его развитии формируются некрозы, которые становятся благоприятной средой для инфекции. У пациентов возникает нагноение пузырей, острый лимфангит и лимфаденит, абсцесс, флегмона, гнойный артрит и даже сепсис. В связи с изложенным при выполнении перевязок и хирургических вмешательств тщательно придерживаются правил асептики, а также соблюдают меры личной и общественной гигиены во время манипуляций, связанных непосредственно с уходом за больным (подкладывание судна, смена белья и т.д.). Тем самым достигается предупреждение госпитальной инфекции и развитие грозных инфекционных осложнений.

Наличие обширных некрозов при отморожении сопряжено с тем, что в пораженной области создаются оптимальные условия для жизнедеятельности анаэробных микроорганизмов. Бактериальные исследования подтверждают смешанный аэробно-анаэробный характер микрофлоры в зоне развития гнойно-некротического процесса. Именно анаэробы, вырабатывая газообразные вещества с неприятным запахом, определяют зловоние, которое исходит от повязок. Устраняют неприятные запахи с помощью антисептиков, обладающих дезодорирующим эффектом (средства из группы окислителей - перекись водорода и перманганат калия). Для этого не менее 2 раз в сутки выполняют перевязки, во время которых для рук и ног делают ванночки с названными растворами.[4]

При организации ухода за больным с отморожением надо помнить, что травме чаще подвергаются руки (пальцы и кисти) и стопы. Для I, II и III степени их поражения характерна интенсивная боль, которая усиливается после отогревания и при движениях. Кроме того, даже при отморожении I степени имеет место тугоподвижность в межфаланговых суставах, она сохраняется до двух недель. Эти два обстоятельства обуславливают значительную несостоятельность двигательной функции рук и ног.

Вместе с тем, при отморожении общее состояние страдает мало и быстро нормализуется, в том числе в связи с образованием демаркационного барьера при глубоком поражении. У пациентов сохраняется аппетит, двигательная активность в кровати, возникает потребность в перемещении по палате и за ее пределами. Однако функциональная неполноценность конечностей, особенно рук, существенно затрудняет, а нередко и полностью исключает возможность самостоятельного проведения гигиенических мероприятий (умывание, чистка зубов и полости рта, бритье), кормления, физиологических отправлений. Длительное время (месяцами в стационаре, а иногда и после выписки на амбулаторное лечение) больные остаются беспомощными и вынуждены постоянно обращаться за содействием к соседям по палате, к медицинскому персоналу.

Уход за такими больными включает организацию и оказание им помощи в повседневных ситуациях (накормить, помочь умыться т.п.). Немаловажное значение приобретает социальная адаптация пациента, которая осуществляется при непосредственном участии медицинских работников. В нее входит, в том числе обучение пострадавшего хождению на костылях, обеспечение каждого больного индивидуальным креслом-каталкой.

И еще (из раздела медицинской этики): помимо всего прочего при уходе за отмороженным особо значимым становится чувство сострадания к пациенту со стороны врача, медсестры, санитарки и «коллег по несчастью». Воспитание этого чувства является основой создания атмосферы так нужного благоприятного морального климата в палате и в отделении.[5]

Глава II. Анализ особенностей сестринского ухода на основе ожогового отделения им. В.В.Божедонова РБ№2 ЦЭМП.

Был проведен анализ статистических данных из годового отчета Ожогового отделения им.В.В.Бажедонова РБ№2 ЦЭМП за 2015 - 2017 гг. Были составлены сравнительные таблицы и диаграммы.

2.1 Общая характеристика ожогового отделения им.В.В.Бажедонова

Ожоговое отделение организовано в июне 1993 года, на 50 коек. Расположено на арендуемой площади 1420,83 кв.м., в здании бывшего военного госпиталя, совместно с ОРАИТ№1, организованного в сентябре 2010 года. Отделение оказывает экстренную и плановую специализированную медицинскую помощь больным с термической травмой и их последствиями. В 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. В 2017 году введено отделение ОАРИТ№1 так же расположенная в отдельном крыле на втором этаже.

2.2 Статистические данные Ожогового отделения им. В.В.Божедонова РБ№2
ЦЭМП

Табл.1

Показатели работы в приемном отделении за 2017г.

Показатели	Всего		Экстренные		Плановые	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Всего обращений абс.ч.	1399	100	1257	100	88	100
Всего госпитализировано	727	54,1	727	57,8	88	100
Всего отказов	530	39,4	530	42,2	0	0
В т.ч. негоспитализированных (отказ больного)	142	10,6	142	11,3	0	0

График 1.

Показатели работы в приемном отделении



По показателям работы приемного отделения следует, что обращение пациентов находится на высоком уровне. Абсолютное большинство (1257 из 1399) являются обращения по экстренным показаниям. Большая половина обратившихся госпитализируются в стационар, а небольшая доля пациентов отказывается от госпитализации. Наличие такого большего количества обращений требует наличие высококвалифицированных кадров СМП и ММП для осуществления адекватного ухода и достижения положительного результата лечения.

Табл.2

Распределение больных с термической травмой по площади поражения

Период	До 10%		До 20%		До 30%		До 40%		До 50%		Выше 50%	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015г.	417	77,4	72	13,4	18	3,3	18	3,3	2	0,4	12	2,2
2016 г.	425	69,8	93	15,3	34	5,6	26	4,3	11	1,7	20	3,3
2017 г.	406	75,5	60	11,2	27	5,0	19	3,5	14	2,6	12	2,2

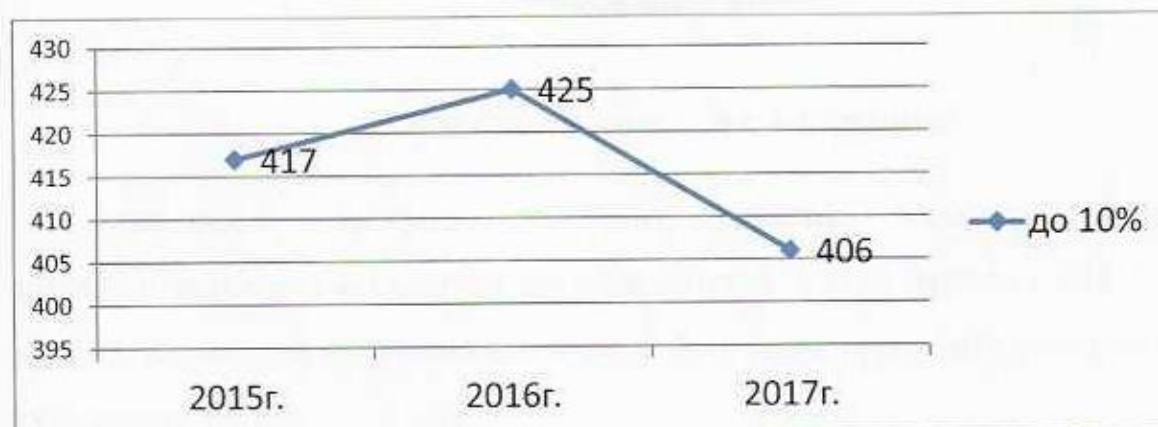
График 2

Распределение больных с термической травмой по площади поражения за 2015-2017 гг.



График 3

Распределение больных с термической травмой по площади поражения до 10% с 2015-2017гг.



По представленным данным можно утверждать, что ежегодно большинство случаев (69,8% – 75,5%) обращений имеют площадь поражения до 10% и до 20%.

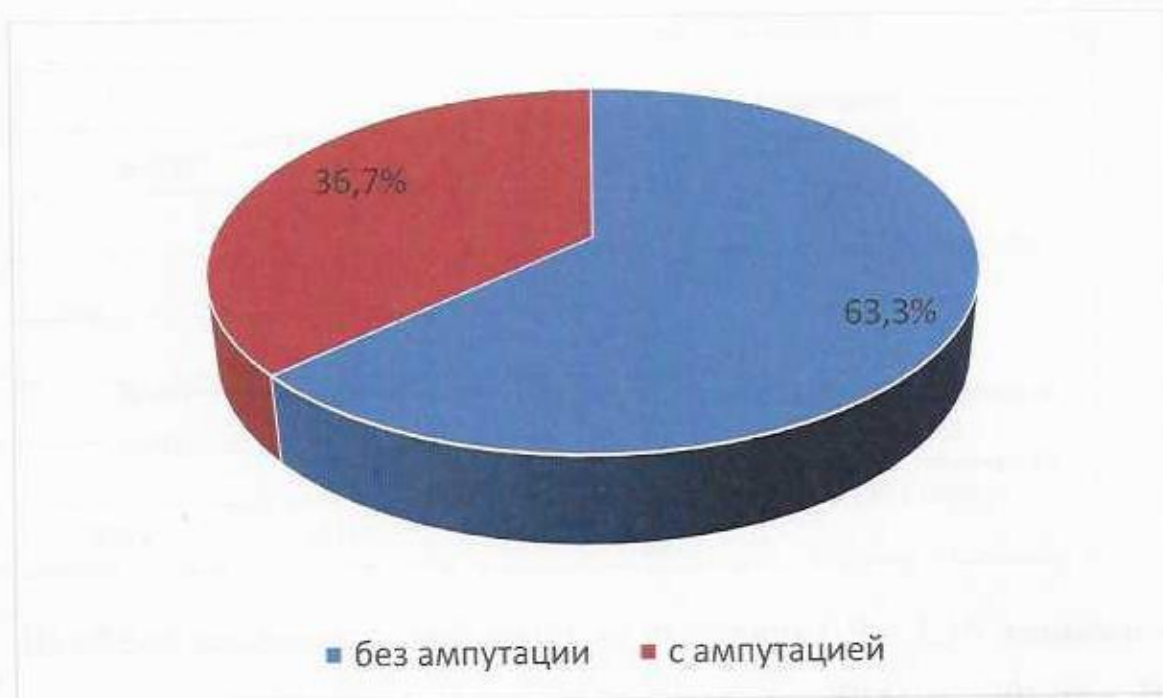
Табл.3

Распределение больных с холодowymi травмами по степени поражения

Период	Всего отмор.	Дореактивный период		Из них с ампутациями		Реактивный период		Из них с ампутациями	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015 г.	179	17	9,5	10	5,6	162	90,5	54	30,2
2016 г.	171	15	8,8	5	2,9	156	91,2	53	30,9
2017 г.	168	14	8,4	2	1,2	154	91,6	66	39,2

График 4

Соотношение пациентов с ампутациями в период с 2015 - 2017гг.
(190 из 518 пациентов)



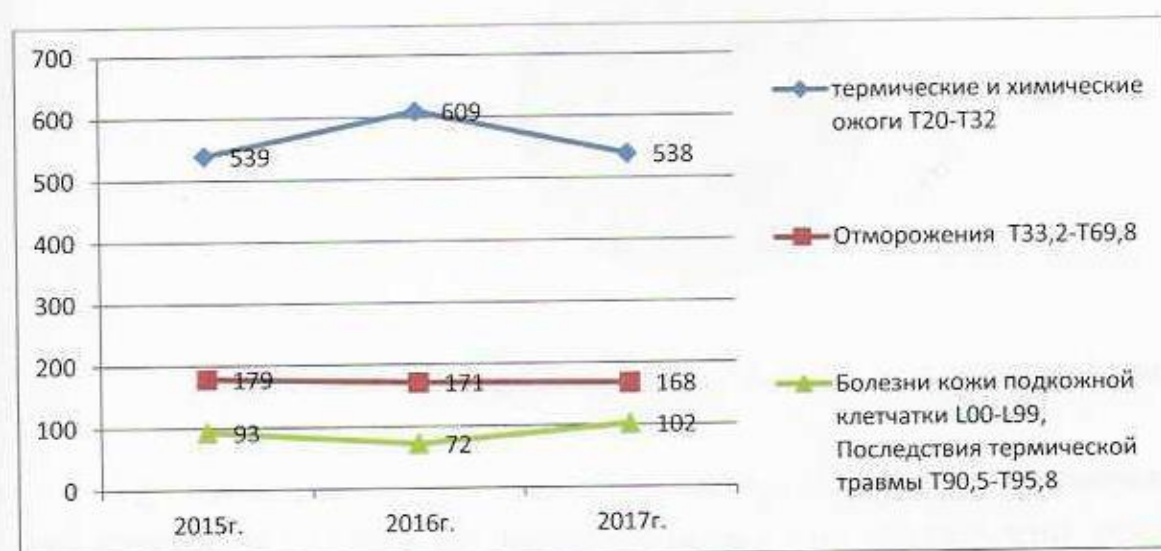
Холодовые травмы особенно опасны высоким процентом инвалидизации за счет ампутаций конечностей. Так за период с 2015 – 2017гг из 518 пациентов с отморожениями у 190 была проведена ампутация, что составляет 36,7%.

Состав пациентов, выбывших в динамике по годам.

Нозологии	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	Выбыло	Умерло	Выбыло	Умерло	Выбыло	Умерло
термические и химические ожоги T20-T32	539	5 0,9%	609	9 1,5%	538	5 0,9%
Отморожения T33,2-T69,8	179	1 0,6%	171	1 0,6%	168	1 0,6%
Болезни кожи подкожной клетчатки L00-L99 Последствия термической травмы T90,5-T95,8	93		72		102	
ВСЕГО	839	6	850	10	825	6

График 5

Состав пациентов, выбывших по динамике по годам



Из общей численности выбывших из отделения 0,9 – 1,5% пациентов с термическими ожогами умирают в период с 2015 – 2017 гг. При отморожениях смертность ниже и составляет 0,6% в аналогичный период времени. Кроме того, в отделении лечатся пациенты с болезнями подкожной клетчатки и с последствиями термических поражений.

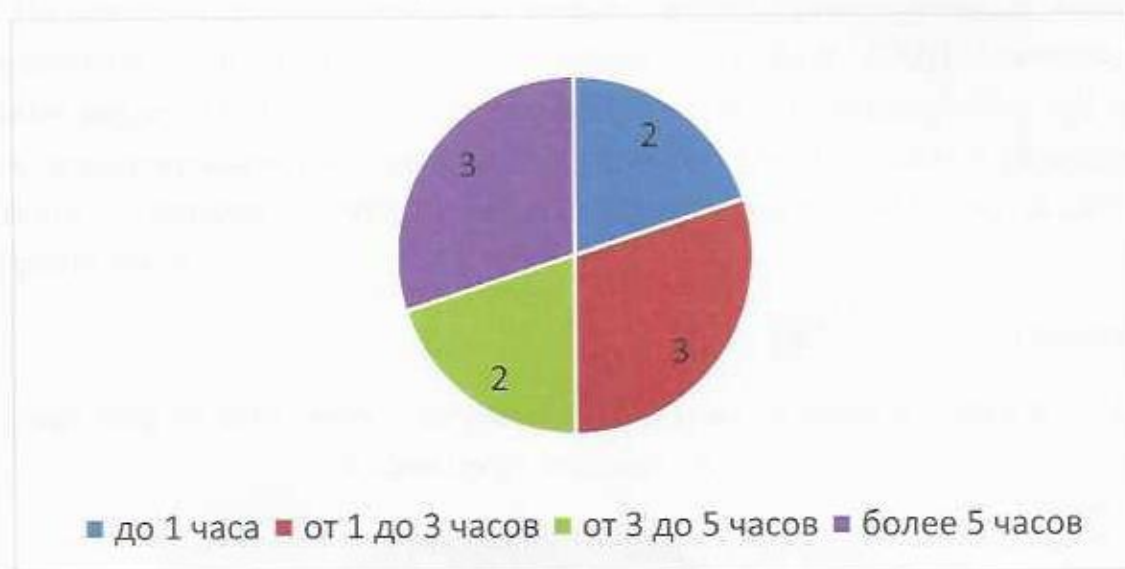
2.3 Анкетирование среди СМП

Была составлена анкета для медицинских сестер для выявления особенностей работы медсестры ожогового отделения. Были опрошены 10 медицинских сестер отделения. Анкетирование проводилось на добровольной основе, анонимно, каждый респондент получил лист с вопросами и вариантами ответов и устные инструкции по заполнению.

Респонденты – медсестры и медбратья ожогового отделения разного профиля (постовые, перевязочные, и ОАРИТ№1). Было задано 5 вопросов, составленных на основе приоритетных особенностей в работе СМП ожогового отделения.

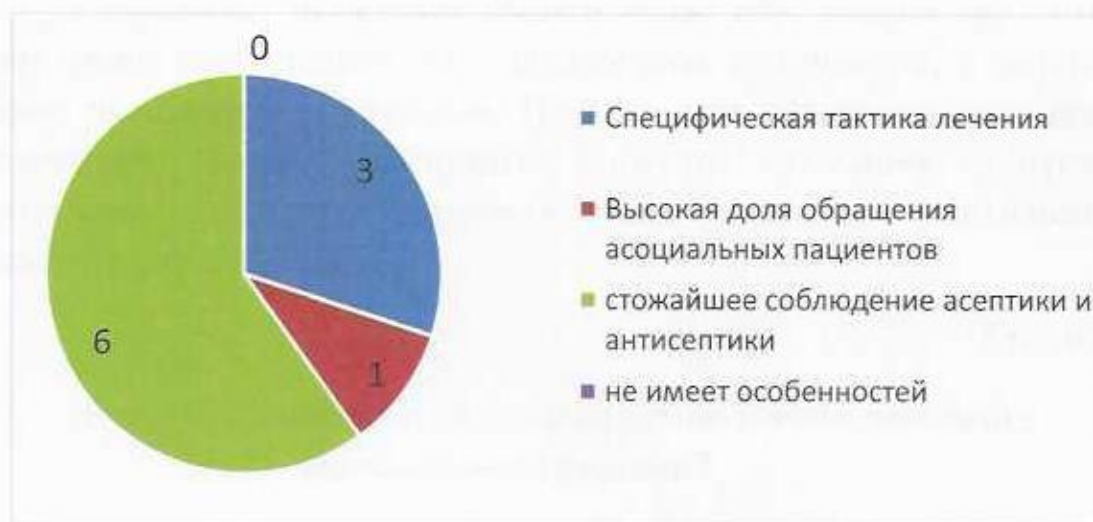
График 6

Как вы считаете, сколько времени затрачивается медицинскими сестрами в сутки на одного пациента?



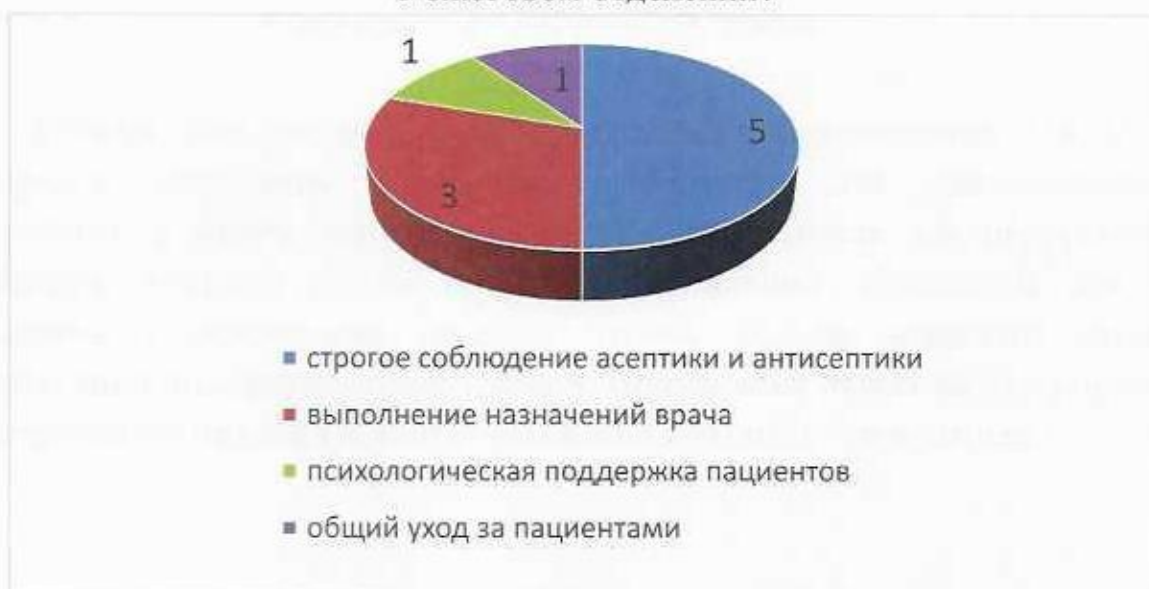
В зависимости от тяжести пациента время, уделяемое ему, варьируется от 1 часа до более 5 часов. Это обусловлено тем, что в реанимационном отделении нужен круглосуточный мониторинг состояния пациента и помощь в осуществлении ухода. В самом отделении пациенты более самостоятельны и строгий контроль не является необходимостью.

Как вы считаете, в чем основное отличие работы СМП в ожоговом отделении в отличие от других подразделений?



По результатам анкетирования можно сделать промежуточный вывод, что основным приоритетным направлением в работе СМП Ожогового отделения является соблюдение правил асептики и антисептики. Это вполне закономерно, учитывая что большинство пациентов находятся в отделении с открытыми ранами, что способствует развитию патогенных микроорганизмов.

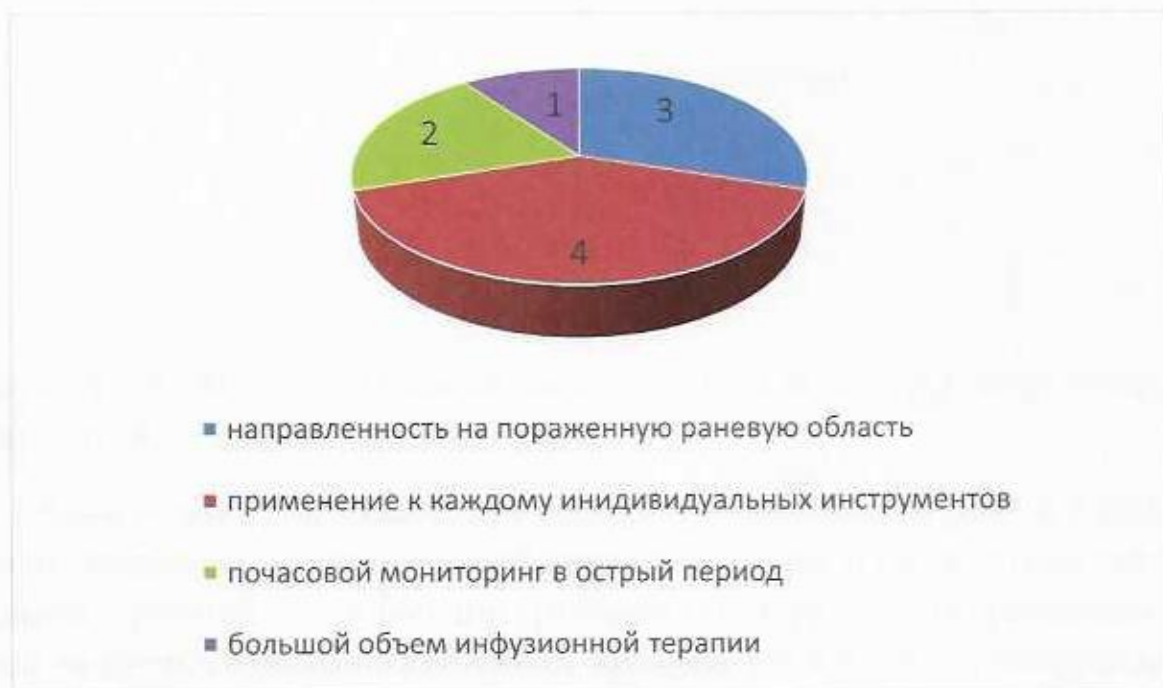
Как вы считаете, чему уделяется наибольшее внимание в работе СМП в ожоговом отделении?



Соблюдение асептики является приоритетной. В то же время эффективность лечения напрямую зависит от выполнения врача, что так же отмечают респонденты. Выделение общего ухода обусловлено тем, что в отделении очень много пациентов с поражением конечностей, у которых существуют проблемы с самоуходом. Почти у всех пациентов существует психологический аспект восприятия своего состояния, поэтому психологическая поддержка пациента тоже является необходимым направлением в работе СМП.

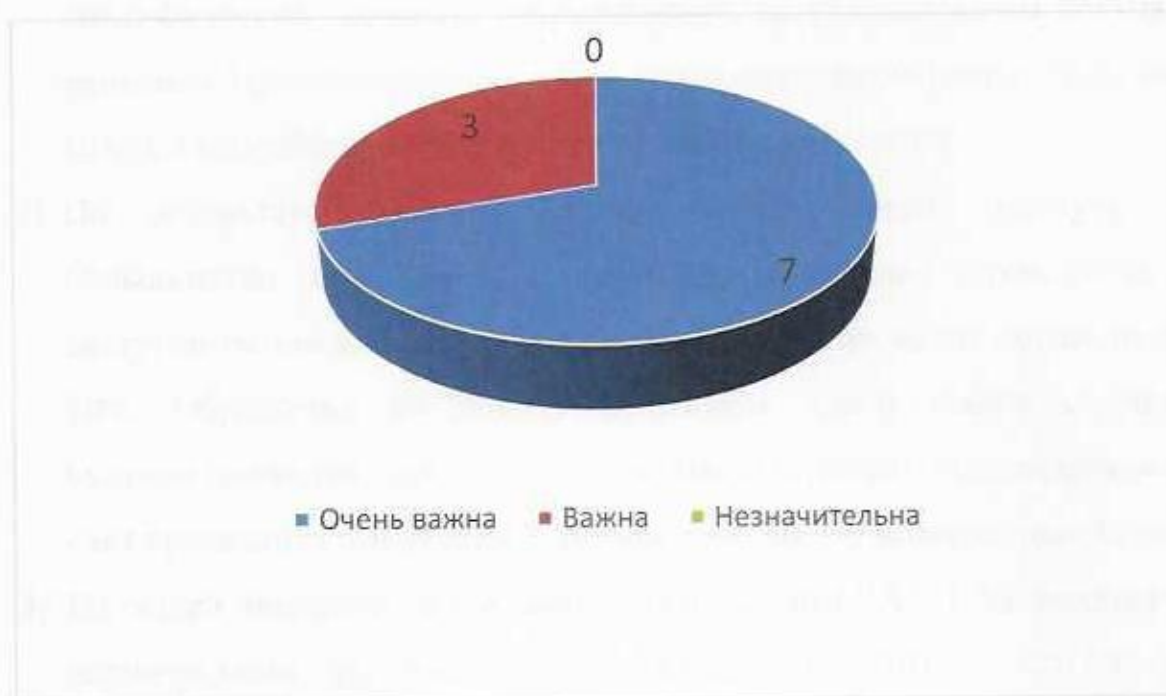
График 9

В чем специфичность лечения отдельно взятого пациента с термическими травмами?



Ответы обусловлены функциональными обязанностями СМП, так, например, почасовой мониторинг характерен для реанимационного отделения, а направленность на раневую поверхность для перевязочного кабинета. Большой объем инфузионной терапии обусловлен тем, что пациенты с обширными ожогами теряют больше жидкости, поэтому необходима поддерживающая терапия. Применение отдельных медицинских инструментов индивидуально обусловлено соблюдением асептики.

Оцените свою роль в эффективности ухода за пациентами с термическими травмами?



Неоспоримо, что при проведении лечения работа медсестры имеет очень важную роль, что отмечают и респонденты.

В целом, можно утверждать, что основной особенностью работы СМП ожогового отделения основано на соблюдении асептики и антисептики, что обусловлено работой с открытыми раневыми поверхностями различных степеней тяжести. Присоединение любой бактериальной флоры существенно осложняет процесс лечения и в итоге может привести к инвалидизации пациента. Кроме того, узкая специализация отделения требует специального инструментария и методов лечения и ухода. Уход за каждым пациентом индивидуален с учетом ограничений, связанных с полученными термическими травмами. Так же респонденты отмечают психологический аспект в работе, что обусловлено тяжелым состоянием и отношением пациентов к полученной травме.

Выводы

- 1) При уходе за пациентами с термическими ожогами надо учитывать множество факторов, одновременно избегая инфицирования раны. В зависимости от площади поражения и глубины уход приобретает специфический характер, направленный на стабилизацию состояния пациента. При отморожениях важно учитывать некротизирующую ткань которая способствует развитию инфекции и нагноению.
- 2) По результатам анализа статистических данных следует, что большинство обращений в ожоговое отделение проводится по экстренным показаниям с преобладанием по площади поражения до 20%. Обращения по поводу холодových травм имеют стабильно высокое значение, при этом очень высок процент инвалидизации за счет проведения ампутаций конечностей – 36,7% за последние 3 года.
- 3) Из общей численности выбывших из отделения 0,9 – 1,5% пациентов с термическими ожогами умирают в период с 2015 – 2017гг. При отморожениях смертность ниже и составляет 0,6% в аналогичный период времени. Кроме того, в отделении лечатся пациенты с болезнями подкожной клетчатки и с последствиями термических поражений.
- 4) Основной особенностью работы СМП ожогового отделения основано на соблюдении асептики и антисептики, что обусловлено работой с открытыми раневыми поверхностями различных степеней тяжести. Присоединение любой бактериальной флоры существенно осложняет процесс лечения и в итоге может привести к инвалидизации пациента. Кроме того, узкая специализация отделения требует специального инструментария и методов лечения и ухода. Уход за каждым пациентом индивидуален с учетом ограничений, связанных с полученными термическими травмами.

Список литературы

- 1) "Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015." - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430521.html>
- 2) Сборник должностных инструкций работников учреждений здравоохранения [Электронный ресурс] / Татарников М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416730.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) Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи [Электронный ресурс] / Под ред. чл.-кор. РАМН д-ра мед. наук, проф. С.Ф. Багненко и д-ра мед. наук И.Н. Ершовой. - Изд. 6-е, перераб. и доп. - СПб. : Политехника, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785732504514.html>
- 11) Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Широкова Н.В. и др. - М. :

- ГЭОТАР-Медиа, 2013. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424865.html>
- 12) Медсестра отделения интенсивной терапии [Электронный ресурс] / Под ред. В.Л. Кассиля, Х.Х. Хапия. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970415269.html>
- 13) Организация сестринской деятельности [Электронный ресурс] / под ред. С.И. Двойникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428955.html>
- 14) Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. З.Е. Сопиной - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426203.html>
- 15) Клинический уход за хирургическими больными. "Уроки доброты" [Электронный ресурс] / Шевченко Александра Александровна - М. : ГЭОТАР-Медиа, . - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970406175.html>
- 16) 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>

Приложение

Анкета для выявления особенностей работы медсестры ожогового отделения.

1. Как вы считаете, сколько времени затрачивается медицинскими сестрами в сутки на одного пациента?

- а. до 1 часа;
- б. Более 1, но менее 3 часов;
- в. Более 3, но менее 5 часов;
- г. Более 5 часов.

2. Как вы считаете, в чем основное отличие работы СМП в ожоговом отделении в отличие от других подразделений?

- а. Специфическая тактика лечения;
- б. Высокая доля обращения асоциальных пациентов;
- в. Строжайшее соблюдение асептики и антисептики;
- г. Не имеет особенностей.

3. Как вы считаете, чему уделяется наибольшее внимание в работе в ожоговом отделении?

- а. Строгое соблюдение асептики антисептики;
- б. Выполнение назначений врача;
- в. Психологическая поддержка пациентов;
- г. Общий уход за пациентами (гигиена, кормление и др.).

4. В чем специфичность лечения отдельно взятого пациента с термическими травмами?

- а. Направленность лечения на пораженную раневую область;
- б. Применение к каждому пациенту индивидуальных инструментов;
- в. Почасовой мониторинг в острый период;
- г. Большой объем поддерживающей инфузионной терапии.

5. Оцените свою роль в эффективности ухода за пациентами с термическими травмами?

- а. Очень важна;
- б. Важна;
- в. Незначительна.

Результаты анкетирования среди СМП ожогового отделения:

Респондент	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 вопрос	в	б	г	б	а	а	б	г	в	г
2 вопрос	в	в	а	в	а	в	а	в	б	в
3 вопрос	а	б	б	а	а	г	а	в	б	а
4 вопрос	а	а	б	в	а	г	в	б	б	б
5 вопрос	а	б	а	а	а	а	б	б	а	а