



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при ожогах без развития шока

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП25**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Общероссийская общественная организация
«Российское общество скорой медицинской помощи»

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ) ПО ОКАЗАНИЮ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Утверждены на заседании
Правления общероссийской
общественной организации
«Российское общество скорой
медицинской помощи» 23 января
2014 г. в г. Казани

2014 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ БЕЗ РАЗВИТИЯ ШОКА

АВТОРЫ: сотрудники отдела термических поражений Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе - Крылов К.М., Крылов П.К., Орлова О.В.;
заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова - Шлык И.В.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Ожог – травма, возникающая при действии на ткани организма высокой температуры, агрессивных химических веществ, электрического тока или ионизирующего излучения.

Код по МКБ -10	Нозологическая форма
T31.0	Термический ожог менее 10% поверхности тела
T31.1	Термический ожог 10-19% поверхности тела
T32.0	Химический ожог менее 10% поверхности тела
T32.1	Химический ожог 10-19% поверхности тела

КЛАССИФИКАЦИЯ

1) По этиологии:

- термические ожоги;
- химические ожоги;
- радиационные ожоги;
- электроожоги;
- смешанные.

2) По глубине поражения (по МКБ-10):

I степень – ожоги в пределах эпидермиса;

II степень – ожоги распространяются до сосочкового слоя дермы с парциальным сохранением дериватов кожи;

III степень – поражение всех слоев кожи вплоть до собственной фасции, в ряде случаев, с повреждением субфасциальных структур.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ДИАГНОСТИКА.

Основанием для постановки диагноза являются данные анамнеза и осмотра пострадавшего.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ТЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ

«Правило девяток» — метод, предложенный А. Уоллесом в 1951 г., основан на том, что площадь покровов отдельных частей тела взрослого равна или кратна 9. Правило применяют при обширных ожогах.

Для взрослых (старше 15 лет):

- голова и шея — 9% поверхности тела;
- одна верхняя конечность — 9%;
- одна нижняя конечность — 18% (бедро — 9%, голень и стопа — 9%);
- передняя поверхность туловища — 18%;
- задняя поверхность туловища — 18%;
- промежность и наружные половые органы — 1%;
- вся передняя поверхность тела взрослых — 51%;
- вся задняя поверхность тела взрослых — 49%.

Площадь ожога у детей определяется по стандартным таблицам в соответствии с возрастным соотношением площади частей их тела (по методу Ленда и Броудера).

«Правило ладони» — измерение ладонью (площадь ладони взрослого человека составляет приблизительно 1% общей поверхности кожного

покрова) применяют при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади.

На догоспитальном этапе абсолютной точности в определении площади ожога не требуется. Незначительная гипердиагностика на этом этапе допустима

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛУБИНЫ ТЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ.

I степень – гиперемия, тонкостенные пузыри, заполненные прозрачной жидкостью

II степень – толстостенные пузыри или дезэпителизированная дерма. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены

III степень – некротические ткани в виде струпа, возможно наличие рисунка тромбированных подкожных вен. Сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют.

ПОКАЗАНИЯ К ДОСТАВКЕ В СТАЦИОНАР:

- ожоги III степени,
- ожоги I-II степени свыше 10% поверхности тела (для лиц старше 60 лет – свыше 5% поверхности тела),
- ожоги особых локализаций (головы, шеи, промежности, кистей, стоп),
- поражение электрическим током,
- ожоги дыхательных путей,
- комбинированные травмы,
- химические ожоги,
- ожоги на фоне сопутствующей патологии (стадии суб- и декомпенсации).

ЛЕЧЕНИЕ:

На догоспитальном этапе лечение пострадавших с ожогами без развития шока и при отсутствии подозрения на ингаляционную травму, согласно международным рекомендациям, ограничивается коррекцией болевого

синдрома. Как правило, достаточно применения анальгина (50%-2 мл) в сочетании с антигистаминными препаратами – супрастин 1% - 2 мл (С, 2+).

На догоспитальном этапе применение лекарственных препаратов для местного лечения ожоговых ран нецелесообразно в связи с необходимостью уточнения диагноза в стационаре. Асептическая повязка

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СТОСМП).

Первичная оценка тяжести пострадавших с ожогами осуществляется ответственным врачом СтОСМП. По результатам - **незамедлительной доставке в отделение анестезиологии и реанимации подлежат:**

- пациенты с подозрением на ингаляционную травму;
- пострадавшие с термическими (химическими) ожогами на площади 20% поверхности тела и более;
- пациенты в случае развития состояний, требующих проведения интенсивной терапии.

Дальнейший лечебно-диагностический процесс осуществляется в соответствующем подразделении.

Лечебно-диагностический процесс в отношении остальных категорий пострадавших с ожогами осуществляется в условиях СтОСМП. Куратор – профильный специалист.

ДИАГНОСТИКА в СтОСМП

1. Сбор анамнеза:

- этиологический фактор,
- экспозиция,
- содержание первой помощи,
- оценка значимости сопутствующей патологии.

2. Физикальное обследование

А. Диагностика площади поражения:

- правило “девятки”,
- правило “ладони”.

Б. Диагностика глубины поражения:

- определение сосудистой реакции,
- определение болевой чувствительности,
- “волосковая” проба.

В. Общеправительственное физикальное обследование.

3. Лабораторная диагностика:

- клинический анализ крови,
- биохимический анализ крови,
- общий анализ мочи,
- кровь на этанол,
- кровь на HBsAg, HIV, HCV, RW,
- коагулограмма, МНО по показаниям,
- определение группы крови, резус-принадлежности по показаниям,
- бактериологическое исследование раневого отделяемого, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и антисептикам по показаниям,
- исследование биологических жидкостей на стерильность по показаниям.

4. Инструментальная диагностика:

- ЭКГ,
- фибробронхоскопия по показаниям,
- фиброгастродуоденоскопия по показаниям,
- рентгенографическое исследование по показаниям,
- ультразвуковое исследование по показаниям.

5. консультации врачей-специалистов по показаниям.

ЛЕЧЕНИЕ В СтОСМП

1. Местное консервативное лечение (D, 3) с соблюдением следующих принципов:

- определение объема манипуляций строго индивидуально в зависимости от фазы и особенностей течения раневого процесса;
- выбор антисептических композиций строго с учетом результатов мониторинга эпидемиологической картины стационара;
- использование раневых покрытий - согласно фазам раневого процесса.

2. Оперативное лечение.

В случае циркулярного поражения на шее, туловище, конечностях, а также (по показаниям) при поражении электрическим током – выполнение некротомии (фасциотомии) по жизненным показаниям с целью декомпрессии до появления точечного кровотечения (С, 2+).

3. Медикаментозное лечение:

- экстренная профилактика столбняка в соответствии с регламентирующими документами (С, 2+);
- при выраженном болевом синдроме – анальгетические препараты (С, 2+);
- терапия по поводу сопутствующих заболеваний согласно рекомендациям профильных врачей-консультантов.

Госпитализация пациентов осуществляется на профильное (ожоговое) отделение, при его отсутствии в структуре стационара – на травматологическое или хирургическое отделение, и на отделение краткосрочного пребывания.

Показания к госпитализации на отделение краткосрочного пребывания:

-ожоги I-IIIa ст. до 10% поверхности тела (для лиц старше 60 лет – до 5% поверхности тела) при невозможности однозначно исключить глубокое поражение;

- ожоги особых локализаций (голова, шея, промежности, кистей, стоп) I-II степени на площади до 10% поверхности тела (для лиц старше 60 лет – до 5% поверхности тела).

Контроль течения ожоговой травмы, решение вопроса о переводе на отделение или выписке осуществляется профильным врачом-специалистом (комбустиологом) согласно соответствующим протоколам.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий

	случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+