

Известны несколько терминов, обозначающих общие нарушения, возникающие в организме человека при действии поражающих факторов электрического тока. Наиболее удачным является термин электропоражения, предложенный Г.Л. Френкелем (1978). Этот термин объединяет все клинические проявления общего воздействия на организм электрического тока. Предложенная им же четырехстепенная классификация электропоражений удобна в работе, но требует некоторых дополнений, с целью более полного отображения имеющихся поражений внутренних органов.

Для местных клинических проявлений электротравм наиболее подходящим является термин электроожоги, собственно таковыми они и являются. Необходимо выделить следующие виды электроожогов: истинные электроожоги (места контактов, входа и выхода электрического тока), электрометки («знаки тока»), ожоги вспышкой вольтовой дуги.

Таким образом, формулировки клинических диагнозов будут выглядеть следующим образом:

Электротравма. Электропоражение III степени, с преимущественным поражением головного мозга, симптом «мнимой смерти».

Электротравма. Электропоражение III степени, с преимущественным поражением почек, острая почечная недостаточность, олигоанурия.

Электротравма. Истинные электроожоги IV степени правой кисти и левой голени.

Электротравма. Ожоги вспышкой вольтовой дугой лица, правой кисти. Электрометки правого предплечья.

Преимуществом данной классификации электротравм от имеющихся являются во-первых: полный охват всех клинических проявлений, встречающихся при электротравме, во-вторых то, что каждому из этих проявлений даны четкие и понятные термины.

Д.Д. Рыбдылов, В.Е. Хитрихеев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВЯЗОК ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ

ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

До настоящего времени продолжают споры о том, какие повязки должны накладываться на ожоговые раны в первые минуты после получения травмы. История данного вопроса уходит корнями в глубину веков. С этой целью применяли бесчисленное количество самых разнообразных веществ, фактически нет в природе ни одного вещества, которое не было бы опробовано в лечении ожогов. В настоящее время создан огромный арсенал лечебных препаратов и перевязочных средств. Но многие из них по тем или иным причинам не удовлетворяют практических врачей. Как известно, основными задачами местного лечения ожоговых ран при оказании первой помощи являются: местное обезболивание и местное охлаждение. Имеющиеся антибактериальные и противовоспалительные препараты на мазевой основе не соответствуют этим требованиям, жидкие лекарственные формы не устраняют болевых ощущений, поэтому до последнего времени наиболее практичными являлись аэрозоли. В последние годы обратили на себя внимание гелевые повязки, обладающие выраженным охлаждающим эффектом. Наибольший интерес в этом отношении препарат «Апполо-Пак», выпускающийся в виде геля и в виде повязки. В состав данного препарата входят местноанестезирующий препарат анилокаин и антисептический препарат мирамистин.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка эффективности аэрозольного препарата «Пантенол» и гелевого препарата «Апполо-Пак» при оказании первой медицинской помощи при ожогах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен сравнительный анализ результатов лечения 112 больных с ожогами I – II степени на площади от 10 до 15 %, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии с 2004 по 2008 г. Сроки обращения больных за медицинской помощью варьировались от 40 минут до 3 часов после травмы. По виду повязок, наложенных на ожоговые раны, больные разделены на 3 группы. 46 пострадавших первой группы были наложены влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков. Больным 2 группы (52 пациента) ожоговые раны обработаны «Пантенолом». В третью группу вошли 14 больных, ожоговые поверхности, которым были обработаны гелем «Апполо-Пак». Результаты оценивались по выраженности болевого синдрома, по характеру изменений со стороны ожоговых ран (углубление поражения, увеличение площади поражения), срокам заживления ран.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У больных 1 группы болевой синдром был выражен, беспокоил длительное время из-за чего больные плохо спали на протяжении 3 – 4 суток. Во 2 группе после кратковременного снижения интенсивности боли вновь усилились, вследствие чего в первые сутки больные не могли уснуть. Через сутки интенсивность боли постепенно стала стихать. У пациентов 3 группы, которым ожоговые раны были обработаны гелем «Апполо-Пак», боли стихли сразу после его нанесения. Больные также отмечали его успокаивающее охлаждающее действие.

При динамическом изучении состояния ожоговых ран увеличения площади поражения не отмечалось, но у 18 (39,1 %) больных 1 группы отмечалось углубление ран до IIIA степени, что существенно удлиняло сроки их лечения. Нагноение ожоговых ран, которое также способствовало увеличению сроков лечения и затрат медикаментов, развилось у 38 (82,6 %) больных. Развитие осложнений объясняется тем, что перевязки были травматичными и болезненными, нередко происходила десквамация эпидермиса, что и ухудшало состояние ран.

Во 2 группе ухудшение состояния ожоговой раны отмечалось у 24 (46,2 %) пациентов, из них в 14 (26,9 %) случаях раны углубились до IIIA степени. Пена аэрозоля закрывала раны, что затрудняло проведение ежедневного контроля состояния ран, вследствие этого у 6 больных развившиеся осложнения были обнаружены с запозданием на 3 – 5 суток.

У больных 3 группы случаев увеличения глубины и площади поражения, развития нагноения ран не отмечалось.

Средние сроки заживления ожоговых ран составили в 1 группе 21,3 дня, во 2 группе – 17,5, в 3 группе – 12,2 дня.

ВЫВОДЫ

1. Первая медицинская помощь при ожогах должна быть патогенетичной и направленной, в первую очередь, на охлаждение и обезболивание места поражения.

2. Своевременное охлаждение и обезболивание места поражения при ожогах позволяет локализовать воспаление тканей и предупредить прогрессирование деструкции в них.

3. Наиболее подходящим для оказания первой медицинской помощи при ожогах являются гелевые лекарственные препараты с охлаждающим и обезболивающим эффектом.

Д.Д. Рыбдылов, В.Е. Хитрихеев, В.Д. Цыреторов

**ОТКРЫТЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН,
ИНФИЦИРОВАННЫХ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ**

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангипова» (Улан-Удэ)

Цель: изучить эффективность лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, открытым методом с применением ксероформа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наблюдались 87 больных с ожоговыми ранами на площади 20 – 30 % поверхности тела, инфицированными синегнойной палочкой, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии и ожогов Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ с 1995 г. по 2004 г.

По примененным методам местного лечения ожоговых ран больные были разделены на 2 группы. Группу клинического сравнения составили 46 больных, им лечение синегнойной инфекции проводилось общепринятыми методами.

В исследуемую группу включили 41 больного. Применен метод открытого ведения ран с применением ксероформа. Выбор ксероформа обусловлен его антисептическим, вяжущим и подсушивающим действием, что создает неблагоприятное условие для жизнедеятельности синегнойной палочки. Больным этой группы первоначально производилась расширенная перевязка под наркозом, затем раны присыпались ксероформом и, в дальнейшем, лечение проводилось открытым методом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных, которым лечение ожоговых ран инфицированных синегнойной палочкой проводилось открытым методом, уже на вторые сутки уменьшались явления токсемии и местные проявления инфекционного процесса, заметно улучшалось самочувствие.

Применение предложенного метода лечения позволило подавить развитие синегнойной инфекции уже на 3 – 4 сутки начала лечения, о чем свидетельствуют отрицательные результаты бактериологиче-