

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО

РЕФЕРАТ

По дисциплине: «Анестезиология и реаниматология»

Тема: «Ожоговая болезнь»

Выполнил: ординатор 2 года
Авдеев Николай Валерьевич

Заведующий кафедрой:
д.м.н., профессор Грицан А.И.

Кафедраальный руководитель:
к.м.н., Пугонин Е.В.

Красноярск, 2021 год

План:

1. Определение	(стр. 3)
2.Этиология и патогенез.....	(стр. 3-8)
3.Эпидемиология.....	(стр. 8-9)
4. Кодирование ожогов по МКБ 10.....	(стр. 9-13)
5. Классификация.....	(стр. 13-17)
6. Клиническая картина.....	(стр. 17-18)
7. Диагностика.....	(стр. 18-28)
8. Лечение	(стр. 28-64)
9. Медицинская реабилитация.....	(стр. 64-70)
10. Профилактика.....	(стр. 70-71)
Список использованной литературы:	(стр. 72-75)

1. Определение

Ожоги (*combustio*) - это комплексная травма вследствие высокотемпературного, химического, электрического или радиационного воздействия на тело, которое разрушает и/или повреждает кожу и подлежащие ткани. Человека, получившего ожог, называют обожженным.

Ингаляционная травма - повреждение слизистой оболочки дыхательных путей и/или легочной ткани, возникающие в результате воздействия термических и/или токсико-химических факторов.

2. Этиология

Этиологические факторы ожогов кожи:

- Термические (пламенем, кипятком, контактные).
- Электрические.
- Химические.
- Лучевые.
- Смешанные.

Ожоги кожи возникают при действии разнообразных причин:

- **Термические ожоги** связаны с воздействием высоких температур. Возникают наиболее часто. Чаще всего встречаются ожоги горячими жидкостями и паром. Далее – ожоги пламенем. Их вызывают открытый огонь (горючие материалы, одежда, костры, пожары), взрывы воспламеняющихся жидкостей и зажигательных смесей, При вдыхании газообразных продуктов горения развивается ингаляционная травма. Контактные ожоги возникают при контакте с горячими предметами или веществами (например, раскалённым металлом, горячем смолой битумом, асфальтом и т.д.). Такие ожоги имеют очертания, соответствующие контурам накаливаемого предмета, от прикосновения которого ожог возник. Дополнительные травмы могут происходить при удалении предмета, нанёсшего травму.
- **Химические ожоги** возникают вследствие агрессивного воздействия на кожу или слизистые оболочки химических веществ. На долю химических ожогов приходится 2,5-5,1% всех ожогов. Химические вещества вызывают

различные поражения кожи (не только ожоги, но и контактные дерматиты, экземы, иной раз грань между ними бывает провести трудно¹.

- **Электротравма (поражения электричеством)** – совокупность патологических местных и общих изменений, возникающих в организме человека в результате действия технического или атмосферного (поражение молнией) электричества. Частота электротравм от всех других механических травм не более 1-2,5 %. У взрослых электротравмы связаны главным образом с профессиональным риском, у детей - в основном с использованием домашних электроприборов. Поражения молнией встречаются с одинаковой частотой у лиц всех возрастных групп, чаще у жителей сельской местности. Электротравмы сочетаются в 60-80% случаев с ожогами, а в 30% случаев – с другими повреждениями.

Основные варианты поражения техническим электричеством

- При непосредственном контакте с проводником электрического тока. Включение человека в цепь электрического тока может быть одно или двуполюсным.
- Бесконтактно при замыкании электрической дуги на тело человека, в том числе молнией (для токов высокого напряжения).
- От «шагового» напряжения, возникающего из-за разности потенциалов на разных частях тела, находящихся на земле.

Классификация электротравмы в зависимости от напряжения тока

- Низковольтная (напряжение до 1000 В);
- Высоковольтная (1000-10000 В)
- Сверхвысоковольтная (десятки и сотни киловольт)

Электротравмы бывают общими и местными.

Общая электротравма по тяжести классифицируется на:

- **I степень** – кратковременные судорожные сокращения мышц без потери сознания;
- **II степень** – судорожное сокращение мышц с потерей сознания, но сохранившимся дыханием и функцией сердца;

¹ Если достаточно использования только местных дерматологических средств, то лечение такого дерматита может проводиться с привлечением врача-дерматолога, в то же время химические ожоги, требующие применения раневых повязок и/или хирургического лечения должно проводиться в ожоговом отделении.

- **III степень** – потеря сознания и нарушение сердечной деятельности или дыхания (либо то и другое вместе);
- **IV степень** – моментальная (клиническая) смерть.

При признаках общей электротравмы показана госпитализация в стационар независимо от объема поражения и состояния пострадавшего. Эвакуировать пострадавших с общей электротравмой следует в лежащем положении, так как возможны нарушения сердечной деятельности. В обязательном порядке у всех пострадавших проводится ЭКГ мониторинг. Больные с общей электротравмой без тяжелых локальных поражений при удовлетворительном состоянии госпитализируются на срок не менее 3 дней.

Местная электротравм:

- Контактный электроожог.
 - Дуговой электроожог².
- **Лучевые ожоги** могут быть вызваны ультрафиолетовым, инфракрасным и ионизирующим излучением. Солнечные ожоги - повреждения кожи, вызванные чрезмерным воздействием на неё солнечных лучей. Воздействие ионизирующего излучения приводит как к местным, так и к общим изменениям в организме, получившим название «лучевая болезнь».

Этиологические факторы ингаляционной травмы

Вдыхание горячего воздуха, пара и/или действие токсичных химических соединений (продуктов горения), ингалируемых вместе с дымом:

- термические (термоингаляционное поражение дыхательных путей);
- токсикохимические (острые ингаляционные отравления продуктами горения);
- термохимические (смешанные).

Комментарий: *Современные строительные модули состоят из полимерных синтетических материалов, при сгорании которых образуется сложный дымовой газ. Его ингаляция вызывает не только поражение респираторного тракта, но и системную интоксикацию организма. Наиболее опасными токсическими веществами, ингалируемыми вместе с дымом являются: окись углерода (CO), синильная кислота и ее производные (HCN), диоксид углерода (CO₂), хлор (Cl₂), фосген (COCl₂) [1-3]. У маленьких детей описаны поражения верхних дыхательных путей при ожогах головы, верхней половины туловища в результате опрокидывания на них горячих жидкостей.*

Патогенез

² Ожог пламенем вольтовой дуги не является электротравмой, т.к. до контакта с телом человека электрическая энергия переходит в тепловую.

Интенсивность нагревания тканей (глубина поражения) зависят от температуры и физического состояния термического агента (пламя, жидкость, газообразное вещество, лучевая энергия), способа теплопередачи (проведение, конвекция, испарение), длительности воздействия, исходного состояния пациента (возраст, сопутствующие заболевания), локализации повреждений (толщина кожного покрова), теплозащитных свойств одежды. Степень тканевой гипертермии прямо пропорциональна продолжительности нагревания. Краткосрочное воздействие даже очень высоких температур может не приводить к развитию ожогов. Чем выше степень перегрева тканей, тем быстрее происходит гибель клеток.

Повреждающее внешнее воздействие разрушает клетки или вызывает нарушение их функции. При температуре агента 42-50°C преодолевается термический порог жизнедеятельности тканей, происходят коагуляция белка, выход плазмы из сосудистого русла, распад эритроцитов, нарушение микроциркуляции в тканях с развитием глубоких нарушений гомеостаза. При перегревании тканей свыше 52°C коагуляционное свертывание белков невосстановимо.

При радиационных поражениях наступает ионизация тканей с образованием агрессивных свободных радикалов, влекущая за собой изменение белка.

Для химических ожогов характерен аспект продолжительного разрушения, если повреждающее вещество вовремя не удалено - химические агенты продолжают разрушать ткани до тех пор, пока они не инактивируются в тканях путем нейтрализации и разбавления. Могут приводить к общему токсическому эффекту (отравлению).

Отличительной особенностью ожоговых ран по сравнению с другими травматическими повреждениями такой же глубины является более длительное их заживление, связанное с тем, что регенерация кожных дефектов происходит не от здоровой кожи, а от участков частично поврежденной ткани.

Сразу после ожогового повреждения ожоговая рана условно делится на три зоны, которые в простейшей форме могут быть представлены в форме трех концентрических окружностей, каждая из которых имеет разную ответную микроциркуляторную реакцию.

Внутренняя зона некроза или коагуляции, характеризующаяся необратимыми изменениями, - эта область повреждения, где высокая температура уничтожила все клетки и кровеносные сосуды. Омертвевшие в результате ожога ткани получили название ожогового струпа.

Примыкающая и окружающая некроз область является зоной стаза

(парараневая или зона некробиоза), в которой микроциркуляция замедленна. В основном сосуды открыты, но сосудистые стенки также подверглись повреждению, и они пропускают жидкость, с чем собственно и связана потеря плазмы при ожогах. В течение первых 24-28 часов после ожоговой травмы поток крови замедляется из-за склеивания тромбоцитов и эритроцитов на сосудистой стенке. В конце концов, в сосудах прекращается ток крови, что приводит к тромбозу и ишемии, а затем к гибели тканей. Процесс стаза, который следует за ишемией, помогает объяснить углубление ожога со временем. В тоже время явления капиллярного стаза могут носить и обратимый характер. Судьба клеток этого слоя в большой степени детерминирована проводимым лечением.

Внешняя, имеющая минимальные, обратимые повреждения - зона гиперемии. Эта крайняя зона ожога, наименее всего поврежденная высокой температуры. Клетки и сосуды имеют незначительные обратимые повреждения и только некоторые эпидермальные клетки погибают. Микроциркуляция в этих зонах эффективная, и, наоборот, представлена увеличенным кровотоком, как результатом местных рефлексов и действия медиаторов воспаления, образующихся в месте ожога.

Ожоговая рана не только является пусковым механизмом для развития всего каскада патологических изменений в организме обожженного, но определяет прогноз всей ожоговой травмы.

Тяжесть общего состояния больных главным образом зависит от площади и глубины ожогового поражения, которые в конечном итоге определяют прогноз заболевания. В первые дни тяжесть течения зависит в основном от площади обожженной поверхности. При обширных термических ожогах развивается клинически выраженная общая реакция организма, нарушаются функции различных органов и систем. Глубина поражения сказывается главным образом на дальнейшем течении болезни и имеет наибольшее значение в развитии патологического процесса.

Поражения верхних дыхательных путей, как правило, развиваются в результате вдыхания горячего воздуха или пара. Истинные ожоги ниже голосовой щели практически не возникают благодаря тому, что верхние дыхательные пути играют роль мощного барьера, препятствующего проникновению в течение длительного времени высокотемпературных агентов в трахеобронхиальное дерево и легкие, и эффективно понижающего температуру вдыхаемой смеси. Однако при длительной экспозиции языков пламени, ингаляции водяных паров, взрывах газа термическое поражение дыхательных путей может распространиться и на трахеобронхиальное дерево.

Наиболее тяжелые поражения дыхательных путей развиваются под действием токсичных химических соединений, ингалируемых вместе с дымом. Твердодисперсная фаза дыма выполняет транспортную функцию по отношению к газообразным веществам, которые, проникая глубоко в дыхательные пути и образуя кислоты и щелочи при взаимодействии с эндогенной водой, вызывают химические ожоги слизистой оболочки

дыхательных путей с развитием асептических воспалительных реакций. Схема патогенеза нарушений газообмена при ингаляционной травме (Приложение Г1).

Снижение барьерной функции легких из-за нарушения цилиарного клиренса клеток бронхиального эпителия, угнетение кашлевого рефлекса и активности иммунокомпетентных клеток приводит к присоединению вторичной инфекции и развитию гнойных осложнений со стороны органов дыхания и генерализации инфекции.

Последствия ожогов и ингаляционной травмы зависят от размеров и глубины повреждения тканей, развития осложнений и проводимого лечения.

3. Эпидемиология

Ожоговый травматизм является важнейшей медикосоциальной проблемой современного общества, что обусловлено распространенностью, высокой смертностью, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности.

Во всем мире, ожоги находятся на 4 месте среди наиболее распространенных видов травмы, следующие за дорожно-транспортными происшествиями, падениями и насилием. По данным ВОЗ ежегодно обращается за медицинской помощью с ожогами примерно 6 миллионов человек. При этом частота ожогов в настоящее время достигает 1:1000 населения в год. Смертность, ассоциированная с ожоговой травмой, на 1000 населения в США составляет от 3,9 до 4,5, в Европе этот показатель колеблется от 2,8 до 35,4, на северо-востоке Азии – 184, соответственно, и составляет около 195000 смертей в год.

В России по официальным данным 2010 года ожоги занимают шестое место (2,4%) в общей структуре травматизма, составляя 2,1 случая на 1000 взрослого населения [4].

По данным Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», ежегодно в Российской Федерации за медицинской помощью обращается 420-450 тысяч пострадавших от ожогов [5].

При этом преобладают больные с поверхностными ожогами, которые в 80% случаев имеют незначительные по площади поражения и нуждаются в основном в консервативном лечении, причем в 70% случаев – в амбулаторных условиях.

Около 100 тыс. пострадавших от термических поражений (около 30% случаев от всех ожогов) ежегодно проходят лечение в условиях ожогового стационара. Из числа обожженных, госпитализируемых в стационар, 60-80% больных также имеют поверхностные и пограничные ожоги.

Наиболее часто ожоги получают дети в возрасте до 5 лет. Следующую по частоте группу составляют взрослые люди в возрасте от 21 до 50 лет, причем, мужчины получают ожоги чаще женщин.

Поражение дыхательных путей встречается у 20-30% взрослых

пострадавших, поступивших в специализированные стационары, или у 40-45% пострадавших с ожогами пламенем.

4. Кодирование по МКБ 10

ТЕРМИЧЕСКИЕ И ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ³

T20- ТЕРМИЧЕСКИЕ И ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ НАРУЖНЫХ T25 ПОВЕРХНОСТЕЙ ТЕЛА, УТОЧНЕННЫЕ ПО ИХ ЛОКАЛИЗАЦИИ

T20.0	Термические ожог головы и шеи неуточненной степени
T20.1	Термические ожог головы и шеи первой степени
T20.2	Термический ожог головы и шеи второй степени
T20.3	Термический ожог головы и шеи третьей степени
T20.4	Химический ожог головы и шеи неуточненной степени
T20.5	Химический ожог головы и шеи первой степени
T20.6	Химический ожог головы и шеи второй степени
T20.7	Химический ожог головы и шеи третьей степени

T21.0	Термический ожог туловища неуточненной степени
T21.1	Термический ожог туловища первой степени
T21.2	Термический ожог туловища второй степени
T21.3	Термический ожог туловища третьей степени
T21.4	Химический ожог туловища неуточненной степени
T21.5	Химический ожог туловища первой степени
T21.6	Химический ожог туловища второй степени
T21.7	Химический ожог туловища третьей степени

T22.0	Термический ожог области плечевого пояса и верхней конечности, исключая запястье и кисть, неуточненной степени
-------	--

³ Включено:

ожоги (термические), вызванные:

- электронагревательными приборами
- электрическим током (при общей электротравме - воздействие электрического тока (T74.5))
- пламенем
- трением
- горячим воздухом и газами
- горячими предметами
- молнией
- радиацией

химические ожоги

обваривание

Исключено: болезни кожи и подкожной клетчатки, связанные с воздействием излучения (L55 - L59)

T22.1	Термический ожог области плечевого пояса и верхней конечности, исключая запястье и кисть, первой степени
T22.2	Термический ожог области плечевого пояса и верхней конечности, исключая запястье и кисть, второй степени
T22.3	Термический ожог области плечевого пояса и верхней конечности, исключая запястье и кисть, третьей степени
T22.4	Химический ожог области плечевого пояса и верхней конечности, исключая запястье и кисть, неуточненной степени
T22.5	Химический ожог области плечевого пояса и верхней конечности, исключая запястье и кисть, первой степени
T22.6	Химический ожог области плечевого пояса и верхней конечности, исключая запястье и кисть, второй степени
T22.7	Химический ожог области плечевого пояса и верхней конечности, исключая запястье и кисть, третьей степени

T23.0	Термический ожог запястья и кисти неуточненной степени
T23.1	Термический ожог запястья и кисти первой степени
T23.2	Термический ожог запястья и кисти второй степени
T23.3	Термический ожог запястья и кисти третьей степени
T23.4	Химический ожог запястья и кисти неуточненной степени
T23.5	Химический ожог запястья и кисти первой степени
T23.6	Химический ожог запястья и кисти второй степени
T23.7	Химический ожог запястья и кисти третьей степени

T24.0	Термический ожог области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу, неуточненной степени
T24.1	Термический ожог области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу, первой степени
T24.2	Термический ожог области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу, второй степени
T24.3	Термический ожог области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу, третьей степени
T24.4	Химический ожог области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу, неуточненной степени
T24.5	Химический ожог области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу, первой степени
T24.6	Химический ожог области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу, второй степени

T24.7	Химический ожог области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу, третьей степени
-------	--

T25.0	Термический ожог области голеностопного сустава и стопы неуточненной степени
T25.1	Термический ожог области голеностопного сустава и стопы первой степени
T25.2	Термический ожог области голеностопного сустава и стопы второй степени
T25.3	Термический ожог области голеностопного сустава и стопы третьей степени
T25.4	Химический ожог области голеностопного сустава и стопы неуточненной степени
T25.5	Химический ожог области голеностопного сустава и стопы первой степени
T25.6	Химический ожог области голеностопного сустава и стопы второй степени
T25.7	Химический ожог области голеностопного сустава и стопы третьей степени

T27 ОЖОГИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

T27.0	Термический ожог гортани и трахеи
T27.1	Термический ожог гортани, трахеи и легкого Исключены: синдром травмы от струи воздуха или воды (T70.8)
T27.2	Термический ожог других отделов дыхательных путей
T27.3	Термический ожог дыхательных путей неуточненной локализации
T27.4	Химический ожог гортани и трахеи
T27.5	Химический ожог гортани, трахеи и легкого
T27.6	Химический ожог других отделов дыхательных путей
T27.7	Химический ожог дыхательных путей неуточненной локализации

T29- ТЕРМИЧЕСКИЕ И ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ T32 МНОЖЕСТВЕННОЙ И НЕУТОЧНЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ T29 ОЖОГИ НЕСКОЛЬКИХ ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА⁴

T29.0	Термические ожоги нескольких областей тела неуточненной степени
-------	---

⁴ Включено: ожоги, классифицированные более чем в одной из рубрик T20-T25, T27

T29.1	Термические ожоги нескольких областей тела с указанием на не более чем первую степень ожогов
T29.2	Термические ожоги нескольких областей тела с указанием на не более чем вторую степень ожогов
T29.3	Термические ожоги нескольких областей тела с указанием хотя бы на один ожог третьей степени
T29.4	Химические ожоги нескольких областей тела неуточненной степени
T29.5	Химические ожоги нескольких областей тела с указанием на не более чем первую степень химических ожогов
T29.6	Химические ожоги нескольких областей тела с указанием на не более чем вторую степень химических ожогов
T29.7	Химические ожоги нескольких областей тела с указанием хотя бы на один химический ожог третьей степени

T30 ОЖОГИ НЕУТОЧНЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ⁵

T30.0	Термический ожог неуточненной степени неуточненной локализации
T30.1	Термический ожог первой степени неуточненной локализации
T30.2	Термический ожог второй степени неуточненной локализации
T30.3	Термический ожог третьей степени неуточненной локализации
T30.4	Химический ожог неуточненной степени неуточненной локализации
T30.5	Химический ожог первой степени неуточненной локализации
T30.6	Химический ожог второй степени неуточненной локализации
T30.7	Химический ожог третьей степени неуточненной локализации

T31 ОЖОГИ, КЛАССИФИЦИРОВАННЫЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА⁶

T31.0	Термический ожог менее 10% поверхности тела
T31.1	Термический ожог 10-19% поверхности тела
T31.2	Термический ожог 20-29% поверхности тела
T31.3	Термический ожог 30-39% поверхности тела
T31.4	Термический ожог 40-49% поверхности тела
T31.5	Термический ожог 50-59% поверхности тела
T31.6	Термический ожог 60-69% поверхности тела

⁵ Исключено: ожоги с установленной площадью пораженной поверхности тела (T31)

⁶ Эта рубрика используется для первичной статистической разработки только в тех случаях, когда локализация ожога не уточнена. Если локализация уточнена, эта рубрика при необходимости может быть использована как дополнительный код с рубриками T20-T25.

T31.7	Термический ожог 70-79% поверхности тела
T31.8	Термический ожог 80-89% поверхности тела
T31.9	Термический ожог 90% поверхности тела и более

СОЛНЕЧНЫЙ ОЖОГ

L55	СОЛНЕЧНЫЙ ОЖОГ⁷
L55.0	Солнечный ожог первой степени
L55.1	Солнечный ожог второй степени
L55.2	Солнечный ожог третьей степени
L55.8	Другой солнечный ожог
L55.9	Солнечный ожог неуточненный

5. Классификация

Классификация по глубине ожогового поражения кожи

- I степень – ожоги в пределах эпидермиса (эпидермальные, поверхностные);
- II степень – ожоги распространяются до сосочкового слоя дермы с парциальным сохранением дериватов кожи (дермальные, «пограничные»);
- III степень – поражение всех слоев кожи вплоть до собственной фасции, в ряде случаев, с повреждением субфасциальных структур (глубокие).

Комментарий:

При ожогах I степени поражается только эпидермис, имеется экссудативное воспаление. Гиперемия кожи обычно отмечается при солнечных ожогах и других поражениях ультрафиолетовым излучением. Полное восстановление структуры кожи в этих случаях происходит спустя 2-3 дня после ожога. Может наблюдаться местное шелушение. Для других термических и химических ожогов характерны, кроме гиперемии, отек кожи с образованием пузырей с жидкостью, близкой по своему составу к плазме. Эпителизация при таких поражениях происходит за счет части сохранившихся нижних слоев эпидермиса и придатков кожи в течение 10 дней после травмы. В некоторых случаях возможна проходящая со временем местная диспигментация.

⁷ Исключено:

Другие болезни кожи и подкожной клетчатки, связанные с излучением (L59)

- Другие уточненные острые изменения кожи, вызванные ультрафиолетовым излучением (L56.8)
- Острое изменение кожи, вызванное ультрафиолетовым излучением, неуточненное (L56.9)

Другие болезни кожи и подкожной клетчатки, связанные с излучением (L59)

Эритема ожоговая [дерматит ab igne] (L59.0)

При ожогах II степени в зону повреждения мозаично включается сетчатый слой дермы, но сохраняются неповрежденными многие волосяные фолликулы, сальные и потовые железы - дериваты кожи, за счет которых происходит эпителизация ожоговых ран. Отек распространяется на всю дерму и на подкожно-жировую клетчатку, что усугубляет нарушения микроциркуляции. Эпителизация ожоговых ран II степени обычно наблюдается через 18-21 дней после травмы. Остается диспигментация кожи, могут образовываться послеожоговые рубцы, особенно при сочетании ожогов II с небольшими по площади участками ожогов III степени (так называемые «мозаичные» ожоги).

При ожогах III степени поражение кожи происходит на всю глубину (подкожно-жировая клетчатка, мышцы, фасции и кости). Только небольшие глубокие ожоги заживают за счет контракции раны и краевой эпителизации. Во всех остальных случаях самостоятельное заживление невозможно, и возникает необходимость в проведении различных видов кожной пластики. После заживления всегда остается диспигментация кожи и образуются послеожоговые рубцы, могут развиваться рубцовые деформации.

Классификация по площади ожогового поражения кожи

Площадь ожогового поражения выражается в процентах общей поверхности тела или см². Значение имеет именно относительная (по отношению к общей поверхности кожи, принятой за 100%) величина зоны повреждения.

Комментарий: *Точно определить площадь поражения достаточно трудно из-за индивидуальных особенностей человека - роста, массы, длины конечностей и др. Согласно проведенным расчетам общая площадь поверхности тела взрослого человека в среднем составляет 17000-20000 см², а площадь ладони человека – 170-200 см², т.е. 1% поверхности тела.*

Ожоговая болезнь

Площадь и глубина поражения определяют характер реакции организма, при этом у пострадавших при общей площади ожогов более 15-20% поверхности тела и/или глубоких ожогах более 10% поверхности тела (у детей и пожилых пациентов – при площади ожогов более 5-10% поверхности тела) развивается ожоговая болезнь - сложный комплекс взаимосвязанных патофизиологических реакций и системных клинических проявлений в ответ на ожоговое поражение кожи и подлежащих тканей.

Чем обширнее площадь глубокого поражения, тем тяжелее протекает ожоговая болезнь и тем дольше затягивается процесс выздоровления.

Ожоговая болезнь имеет определенное циклическое течение. По принятой в РФ периодизации различают четыре **периода ожоговой болезни**, каждый из которых имеет свои проявления и требует особого лечения.

Комментарии: *В связи с появлением новых и совершенствованием традиционных методов и средств лечения, течение ожоговой болезни нередко удается изменить или даже избежать развития некоторых ее*

периодов. Например, ранняя хирургическая некрэктомия и аутодермопластика при ограниченной площади поражения может уменьшить клинические проявления периода острой ожоговой токсемии и прервать течение ожоговой болезни в начале периода септикотоксемии.

Классификация ожоговой болезни по периодам

- **Ожоговый шок** - патологический процесс, который развивается при обширных термических повреждениях кожи и глубже лежащих тканей вследствие нарушения кровообращения на фоне гиповолемии, проявляется, гиперлактатемией, метаболическим ацидозом и нарушением органных функций (почек, желудочно-кишечного тракта и ЦНС). Продолжительность - до 3 суток.

***Комментарий:** Ожоговый шок - патологический процесс, который развивается при обширных термических повреждениях кожи и глубже лежащих тканей вследствие нарушения кровообращения на фоне гиповолемии, проявляется, гиперлактатемией, метаболическим ацидозом и нарушением органных функций.*

Клиническая картина ожогового шока может развиваться и при ограниченных по площади ожогах: при сочетании ожогов кожи с ингаляционным поражением дыхательных путей, а также при глубоких субфасциальных поражениях.

Ожоговый шок является гиповолемическим. Кроме местного воспаления в зоне повреждения, ожог стимулирует выброс воспалительных медиаторов, развитие синдрома системной воспалительной реакции организма с увеличением сосудистой проницаемости здоровых и поврежденных тканей. Это приводит к перемещению жидкости из внутрисосудистого сектора в интерстиций и развитие отека, гиповолемии и гемоконцентрации. Эти изменения вместе с увеличением сосудистого сопротивления, а в ряде случаев и уменьшением сократимости миокарда усугубляют нарушения кровообращения, выраженность которых зависит от площади и глубины повреждения кожи. Потери с обширных ожоговых поверхностей, выход жидкости из сосудистого русла в интерстициальное пространство происходит в течение 12-18 часов и более. Снижение объема циркулирующей крови, централизация кровообращения приводят к нарушениям микроциркуляции и ухудшению перфузии внутренних органов и тканей, снижению доставки кислорода, развитию гипоксии с последующим формированием органной дисфункции. Однако, в первые часы после получения ожогов, еще при отсутствии массивных сдвигов в водных пространствах организма, пусковыми факторами стимуляции нейроэндокринного ответа и развития системного воспалительного ответа является обширное повреждение кожи с развитием болевого синдрома и психоэмоционального стресса. Таким образом, на термическую травму организм отвечает тремя

реакциями: нервно-рефлекторной, нейроэндокринной и воспалительной. Эти патофизиологические механизмы и определяют клинику ожогового шока.

- **Острая ожоговая токсемия** - клинический синдром, связанный с действием циркулирующих в крови токсических веществ различного происхождения. Продолжительность - 3-10 суток.

***Комментарий:** Основным фактором клинических проявлений является интоксикация, связанная с отравлением организма ядовитыми продуктами распада, поступающими в кровь из обожженных мертвых тканей, и продуктами жизнедеятельности, быстро развивающейся на ожоговой ране инфекции.*

- **Септикотоксемия** - клинический синдром, связанный с развитием инфекции и метаболических изменений на фоне длительного существования ожоговых ран. Продолжительность - с 5-11 суток до полного заживления ран.

***Комментарий:** Сущность периода составляет сочетание ожоговой токсемии, приобретающей подострое течение, с гнойно-резорбтивной лихорадкой, которые вызывают и протекают на фоне нейро-дистрофических расстройств.*

- **Реконвалесценция** – начинается с момента полного восстановления кожного покрова, что еще не означает полного выздоровления, и продолжается до восстановления морфофункционального состояния различных органов и систем, поврежденных в другие периоды ожоговой болезни. Продолжительность - нескольких недель, месяцев или даже лет, а последствия перенесенной травмы у некоторых пострадавших от ожогов могут сохраняться всю жизнь.

Сочетанные поражения

Сочетанные поражения характеризуются повреждениями, вызванными ожоговыми повреждающими факторами различной этиологии в одной, двух и более анатомических областях. К сочетанным поражениям следует относить: термический ожог и химический ожог кожи, ожоги кожи и ингаляционная травма, ожоги кожи и ожоги глаз.

При сочетании ожогов кожи с ингаляционной травмой, отравлениями

продуктами горения и общим перегреванием организма следует употреблять термин «многофакторное поражение».

Комментарий: При сочетании ожогов кожи с поражением дыхательных путей развивается синдром взаимного отягощения, что усугубляет течение ожогового шока и приводит к повышению летальности по сравнению с пострадавшими, получившими изолированную термическую травму кожных покровов.

Классификация ингаляционной травмы по локализации:

- поражение верхних дыхательных путей:
 - без поражения гортани (полость носа, глотка);
 - с поражением гортани (полость носа, глотка, гортань до голосовых складок включительно);
- поражение верхних и нижних дыхательных путей (трахея и бронхи главные, долевыe, сегментарные и субсегментарные).

Классификация ингаляционной травмы по степени тяжести поражения трахеобронхиального дерева (эндоскопические критерии):

- легкая степень (I);
- средняя степень (II);
- тяжелая степень (III).

Комбинированные поражения

Комбинированные поражения возникают в результате влияния на организм нескольких разных по своей природе поражающих факторов: огнестрельных, механических, термических, бактериологических или радиационных (например, ожоги кожи и переломы конечностей и др.). Тяжесть состояния при комбинированном поражении определяется «синдром взаимного отягощения».

6. Клиническая картина

Клиническая картина ожогового поражения состоит из местных и общих проявлений.

Ожоги, не сопровождающиеся развитием ожоговой болезни (на площади менее 10-15% поверхности), проявляются выраженным местным болевым синдромом и ухудшением самочувствия. Такие ожоги рассматриваются как местное страдание.

При обширных ожогах развивается клинически выраженная общая реакция организма – ожоговая болезнь, которая начинается с первых часов после получения травмы и продолжается не только весь период существования ран, но и некоторое время после полного восстановления

кожного покрова.

7. ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СОСТОЯНИЯ

- Рекомендуется выполнить осмотр врачом-хирургом или травматологом-ортопедом не позднее 1 часа от момента поступления пациента в стационар.
- Рекомендуется проведение консультации пациента врачом-комбустиологом ожогового отделения в течение первых суток после поступления в стационар.

7.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется выявить жалобы пациента на наличие ожоговых ран и боль и/или жжение в их области, затруднение дыхания, першение, ощущения «комка» в горле, осиплость голоса, кашель с мокротой, содержащей копоть, жажду, озноб, снижение или повышение температуры тела, тошноту, рвоту, слабость, бессонницу, отсутствие аппетита, диспепсические явления, кожный зуд, наличие диспигментации кожи, послеожоговых рубцов и/или рубцовых деформаций.

Комментарий: Основной жалобой, характерной для любых ожогов, является боль и/или жжение в области ожогов. Оценку выраженности болевого синдрома у взрослых пациентов рекомендуется проводить по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (Приложение Г16). Для детей используются шкалы Wong-Baker pain FACES [12] и Поведенческая шкала оценки боли FLACC [13]

Для ожогового шока также характерны жалобы на жажду, озноб, снижение температуры тела, тошноту, рвоту.

Для периода острой ожоговой токсемии также характерны – слабость, бессонница, отсутствие аппетита, диспепсические явления, фебрильная лихорадка, могут быть психоэмоциональные нарушения, в том числе психомоторное возбуждение или делирий.

Для периода септикотоксемии также характерны – лихорадка, снижение аппетита, психоэмоциональные нарушения, снижение массы тела.

Для периода реконвалесценции характерны - психоэмоциональные нарушения, жалобы на кожный зуд, наличие диспигментации кожи, послеожоговых рубцов и/или рубцовых деформаций.

Для ингаляционной травмы характерны жалобы на затруднение дыхания, першение, ощущения «комка» в горле, осиплость голоса (дисфония, афония), кашель с мокротой, содержащей копоть.

- Рекомендуется выявить в анамнезе время и обстоятельства получения травмы, вид и продолжительность действия повреждающего агента, предшествующее госпитализации лечение, а также наличие сопутствующих острых или хронических заболеваний.

Комментарий: *Заподозрить ингаляционную травму можно по данным анамнеза, когда выясняют обстоятельства травмы - нахождение в очаге пожара и/или в задымленном помещении, механизм возгорания (взрыв, вспышка), состав горевшего материала, уровень сознания на момент получения травмы (алкогольное опьянение, сон, потеря сознания).*

Диагностика электротравмы может быть затруднена, если пострадавший без сознания. В этих случаях имеют значение наличие знаков тока или глубоких электроожогов, а также свидетельства очевидцев и осмотр места происшествия.

Физикальное обследование

- Рекомендуется провести оценку общего состояния пациента (Приложение Г2).
- Рекомендуется провести оценку тяжести ожоговой травмы (площади и глубины ожогового поражения).

Комментарий: *Тяжесть ожога определяется глубиной и площадью поражения. Чем больше площадь и глубина повреждения тканей, тем тяжелее течение ожоговой травмы.*

Определение площади ожогового поражения

- Для ориентировочного определения площади обширных ожогов у взрослых рекомендуется использовать правило «девятки», а при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади, «правило ладони». Согласно «правилу девятки» вся площадь поверхности тела взрослого человека делится на зоны, каждая из которых составляет 9% поверхности тела; по «правилу ладони» - площадь поражения определяется количеством ладоней, которые

помещаются на поверхности ожога (площадь ладони составляет примерно 1% поверхности тела) (Приложение Г3).

- **Площадь ожогового поражения у детей** отличается от площади поражения у взрослых и ее рекомендуется **определять** по стандартным таблицам в соответствии с возрастным соотношением площади частей их тела (**по методу Ленда и Броудера**) (Приложение Г4).

На догоспитальном этапе абсолютной точности в определении общей площади и площади глубокого ожога не требуется. Допустима незначительная гипердиагностика.

Создано множество схем и расчётов, позволяющих арифметически или графически представить себе общую площадь ожогов и площадь глубоких поражений.

Определение глубины ожогового поражения

- Глубина ожога определяется по местным клиническим признакам.
- Рекомендуется использовать диагностические пробы для диагностики глубины ожогов (Приложение Г5).

Клинические признаки глубины ожогового поражения:

- **I степень** — гиперемия кожи, пастозность или нерезко выраженный отек кожи. Может быть отслоение эпидермиса с образованием тонкостенных пузырей, наполненных прозрачной, слегка желтоватой жидкостью. Болевая чувствительность сохранена или несколько повышена. Дно ожогового пузыря — розовая, влажная, блестящая ткань.
- **II степень** — толстостенные пузыри или деэпителизованная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены. При ожогах агентами с высокой температурой может образоваться тонкий светло-желтый или коричневый струп, через который не просвечивают сосуды.
- **III степень** — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является

достоверным признаком глубоких поражений. Отмечается геморрагическое содержимое оставшихся ожоговых пузырей, дно раны тусклое, белесоватого цвета, с мраморным оттенком, иногда с мелкоточечными кровоизлияниями. Сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют, при выполнении волосковой пробы волоски легко удаляются. При ожогах пламенем возможно обугливание кожи с разрывами ее, определяются погибшие мышцы и сухожилия с отсутствием их функции.

По мере очищения ран от некротических тканей раны заполняются грануляционной тканью.

Диагностика глубины ожогового повреждения представляет определенные трудности, особенно в первые часы после ожога. **Ожоговые раны могут изменяться в течение времени. Глубину ожогового поражения (особенно при ожогах II-III степени) можно окончательно определить только через 7-10 дней после травмы.**

- Рекомендуется выявление у пострадавшего от ожогов признаков ожогового шока. **Комментарий:** Ожоговый шок в раннем периоде после травмы не имеет характерных диагностических признаков. Больной может находиться в сознании и не производить впечатления тяжелого пострадавшего, так как компенсаторные механизмы на какой-то период стабилизируют основные показатели гомеостаза. Гипотония при ожоговом шоке обычно развивается не сразу после получения травмы. В связи с этим величина артериального давления, которая является одним из основных показателей оценки тяжести травматического шока, при ожоговом шоке не всегда соответствует тяжести поражения.

Для выявления признаков ожогового шока и начала противошоковой терапии в ранний период после травмы достаточно иметь данные физикального обследования, определяющие состояние больного (общая площадь и глубина ожогового поражения, локализация ожога, возраст пострадавшего). Чем раньше будут начаты противошоковые мероприятия,

тем больше вероятность благоприятного течения ожоговой болезни, и меньше частота её тяжелых осложнений.

Основными клиническими критериями ожогового шока спустя 6-8 часов после получения травмы являются:

- сухость кожи и слизистых оболочек;*
- бледность или мраморность кожных покровов;*
- симптом белого пятна более 3 сек;*
- гипотермия, увеличение градиента кожно-ректальной температуры более 5 °С;*
- нарушения гемодинамики (тахикардия, снижение артериального давления);*
- нарушения функции почек (олигурия или анурия);*
- нарушение ментального статуса (психомоторное возбуждение, реже угнетение сознания);*
- нарушение функции ЖКТ (тошнота, рвота, парез кишечника);*
- острая дыхательная недостаточность.*

По степени тяжести ожоговый шок классифицируют на легкий, тяжелый и крайне тяжелый (Приложении Гб).

- *Рекомендуется выявление у пострадавшего признаков ингаляционной травмы, отравления продуктами горения.*

Комментарий: *Косвенные клинические признаки ингаляционной травмы, отравления продуктами горения [14-17]:*

- локализация ожогов на лице, шее, передней поверхности грудной клетки, опаление ресниц, бровей, волосков в носовых ходах;*
- отек и покраснение слизистой оболочки рта и глотки;*
- копоть на слизистой ротоглотки, в носовых ходах, мокроте;*
- изменение голоса (дисфония, афония);*
- признаки дыхательной недостаточности;*
- нарушение сознания, не связанное с заболеванием и травмой ЦНС.*

Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется выполнить лабораторные исследования по стандартам, утвержденным в медицинской организации (Приложение Г2).

Комментарий:

Лабораторные признаки, характерные для периода ожогового шока:

- *метаболический ацидоз;*
- *гиперлактатемия;*
- *гемоконцентрация (увеличение уровня гемоглобина и гематокрита);*
- *снижение сатурации кислорода венозной крови, увеличение артериовенозной разницы по кислороду.*

Лабораторные признаки, характерные для периодов острой ожоговой токсемии и септикотоксемии:

- *анемия;*
- *лейкоцитоз со значительным сдвигом влево в лейкоцитарной формуле;*
- *лимфопения;*
- *гипокалиемия;*
- *гипоальбуминемия.*

Лабораторные признаки, характерные для ингаляционной травмы, отравления продуктами горения:

- *респираторный ацидоз, гипоксемия.*

Лабораторные признаки, характерные для повреждения скелетной мускулатуры (рабдомиолиз) в результате глубокого ожогового повреждения:

- *повышение уровня креатинфосфокиназы, миоглобина и калия в крови, миоглобина в моче.*
- Рекомендуется определение в крови уровня карбоксигемоглобина (HbCO) у пострадавших, получивших травму на пожаре, находившихся в задымленном помещении.

Комментарий: При отсутствии оборудования для получения и анализа газов артериальной крови диагностика проводится на основании клинических данных.

4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется выполнить инструментальные исследования по стандартам, утвержденным в медицинской организации (Приложение Г2).
- Рекомендуется провести диагностику ингаляционной травмы (Приложение Г7), при выявлении клинических признаков поражения дыхательных путей фибробронхоскопия является обязательным методом диагностики ингаляционной травмы и должна выполняться в экстренном порядке в первые часы после поступления пациента в стационар [18-20] **(Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 2).**

Комментарий:

Если больной с признаками ожога находится без сознания, необходимо дополнительное обследование для выявления признаков сопутствующей патологии (черепномозговая травма, отравление продуктами горения, ОНМК, алкогольное или наркотическое опьянение и т.п.).

Методика выполнения ФБС у пострадавших с ожогами и/или ингаляционной травмой (Приложение Г8).

Абсолютными противопоказанием к проведению экстренной бронхоскопии у больных с подозрением на ингаляционную травму является только терминальное состояние.

Относительными противопоказаниями к ФБС являются острая коронарная недостаточность, инфаркт миокарда в острой стадии, инсульт в острой стадии и сердечно-сосудистая недостаточность III степени, угрожающие жизни аритмии, тяжелая коагулопатия, крайне тяжелое состояние больного с высоким риском осложнений.

В заключении ФБС рекомендуется отразить следующие параметры [16-18, 21, 22]:

- *оценка состояния носовых ходов, носоглотки, ротоглотки и гортани;*
- *состояние слизистой оболочки дыхательных путей (гиперемия и отек, кровоизлияния и эрозии, их выраженность и распространенность);*
- *присутствие продуктов горения (копоти) на стенках и в просвете трахеобронхиального дерева и степень их фиксации на слизистой;*

- вид и степень нарушения проходимости дыхательных путей (за счет отека слизистой оболочки, бронхоспазма, обтурации фибрином, продуктами горения, секретом);
- выраженность кашлевого рефлекса при выполнении местной анестезии.

Рекомендуется определить степени тяжести поражения трахеобронхиального дерева при ингаляционной травме по эндоскопическим критериям:

- легкая степень (I) – умеренная гиперемия, единичные скопления легко отмываемой копти в трахее и бронхах, небольшое количество слизистого секрета;
 - средняя степень (II) – гиперемия и отек слизистой, большое количество копти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копти;
 - тяжелая степень (III) – выраженные гиперемия и отек слизистой, слизистая рыхлая, тотальное наслоение фиксированной на слизистой оболочке копти до сегментарных бронхов, при попытке отмыть копоть, обнажается легко ранимая, кровоточивая с множественными эрозиями или бледно-серая «сухая» слизистая с отсутствием сосудистого рисунка, скудный густой бронхиальный секрет с большим количеством копти либо отсутствие бронхиального секрета, слепки десквамированного эпителия, обтурирующие просвет бронхов,
- Рекомендуется мониторинг основных параметров при проведении интенсивной терапии у тяжелообожженных (Приложение Г2).

Комментарий:

Рекомендовано:

- *Использование эхокардиографии на начальном этапе для диагностики вида шока.*

- *Использование транспульмональной термодилуции или катетеризации легочной артерии у пациентов с тяжелым шоком, особенно в сочетании с ОРДС.*
- *Использование динамических показателей для прогнозирования ответа на инфузионную нагрузку (вариабельность пульсового давления, вариабельность сердечного выброса).*
- *Рекомендовано динамическое измерение лактата крови.*
- *Рекомендовано измерение ScvO₂ у пациентов с центральным венозным катетером.*

Не рекомендовано:

- *рутинное использование катетеризации легочной артерии у пациентов с шоком.*
- *рутинное измерение сердечного выброса у пациентов, отвечающих на интенсивную терапию.*

Целевыми значениями мониторируемых параметров являются:

- *Нормализация диастолических размеров левого желудочка (ЭхоКГ)*
- *СИ $\geq 2,5$ л/м²/мин*
- *ИГКДО 650-800*
- *ИВВЛ ≤ 10 мл/кг*
- *ВУО $\leq 13\%$*

Целевыми значениями основных клинико-лабораторных показателей при проведении противошоковой терапии являются:

- *Поддержание среднего артериального давления на уровне 65 мм.рт.ст. или систолического АД – не менее 90 мм.рт.ст.*
- *Восстановление диуреза – 0,3-0,5 мл/кг/ч.*
- *ЦВД 6-8 мм рт. ст.;*
- *Поддержание оптимальной доставки кислорода: лактат < 2 ммоль/л, $70 < ScvO_2 < 80\%$.*
- *Снижение гематокрита до 35%.*
- *Коррекция метаболического ацидоза (BE $\pm 2,5$)*
- *Нормализация электролитного состава плазмы крови:*

- Уровень калия – 4,0-5,5 ммоль/л
- Уровень натрия - в пределах 135-150 ммоль/л.

При отравлении угарным газом обычная пульсоксиметрия не позволяет отличить СОНв от оксигемоглобина (ОНв), поэтому у пациента с тяжелой аноксией получают некорректные нормальные результаты.

Центральное венозное давление у тяжелообожженных не всегда является достаточно информативным признаком адекватности проводимой инфузии, так как не имеется убедительной корреляции между давлением в правом предсердии и конечным диастолическим объемом в левом желудочке сердца. При тяжелом ожоговом шоке даже при адекватной инфузии ЦВД остается низким, составляя 0-5 мм водного столба. Однако быстрое увеличение ЦВД на 5 и более мм водного столба служит показанием для уменьшения скорости инфузионной терапии и добавления инотропной поддержки. У пациентов со скомпрометированной сердечно-сосудистой системой, пострадавшим, у которых проводимая противошоковая терапия недостаточно эффективна, а также при развитии тяжелых нарушений газообмена в легких, инфузионная терапия должна проводиться под контролем инвазивного гемодинамического мониторинга [23].

Критериями выхода пострадавшего из ожогового шока являются:

- *повышение температуры тела более 37⁰С,*
- *нормализация показателей центральной гемодинамики (ЧСС и А/Д),*
- *нормализация уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов,*
- *диурез > 0,5-1 мл /кг/ч,*
- *нормализация показателей КЩС и газового состава крови,*
- *прекращение диспепсических расстройств и усвоение выпиваемой жидкости.*

Своевременное и адекватное тяжести травмы лечение ожогового шока позволяет минимизировать развитие микроциркуляторных нарушений и гипоксии тканей со стороны внутренних органов и систем организма обожженных, снижает вероятность развития осложнений ожоговой болезни и уменьшает летальность пострадавших от обширных ожогов.

7.2 Иные диагностические исследования

Диагностика сопутствующих заболеваний

- **Рекомендуется при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний консультация врача-специалиста соответствующего профиля с проведением дополнительной диагностики в зависимости от нозологии (Приложение Г2).**
- **Рекомендуется провести оценку прогноза тяжести ожоговой травмы.**

Комментарий:

К прогностическим факторам, оказывающим влияние на исход, относятся - возраст, площадь и глубина ожогов, наличие сочетанных и/или комбинированных травм, сопутствующих заболеваний, адекватность проведенного раннее лечения.

Традиционно используемые формулы для определения тяжести и прогноза ожоговой травмы (Приложение Г9) в настоящее время неприменимы в клинической практике у конкретного пациента с ожогами, благодаря успехам современной медицины.

Формулы для прогнозирования летального исхода заслуживают внимания и могут быть использованы в клинической практике и в научной работе только для сравнительной оценки тяжести пострадавших.

Прогнозирование дальнейшего развития заболевания очень важно при проведении медицинской сортировки, оно позволяет распределить пострадавших по принципу нуждаемости их в медицинской помощи. При прочих равных условиях для спасения жизни пострадавших определяющим является: своевременное и адекватное тяжести травмы лечение в первые часы после травмы, раннее начало оказания необходимой специализированной помощи.

Очень важно прогнозировать возможные осложнения и путь развития заболевания, особенно на ранних этапах, это во многом определяет тактику дальнейшего лечения. Совокупная комплексная оценка состояния пострадавшего позволяет провести своевременную адекватную терапию, предотвратить или уменьшить тяжесть осложнений.

Формулировка и рубрификация клинического диагноза

- Рекомендуются следующая формулировка и рубрификация клинического диагноза у пациента с ожогом:

- Основное заболевание: этиологический фактор, локализацию ожога, глубину и общую площадь поражения в процентах поверхности тела (п.т.) (в скобках при наличии - площадь глубокого ожога в процентах поверхности тела (п.т.)), указание на наличие ингаляционного поражения и\или ожогов глаз при сочетанной травме, а также других возможных повреждений при комбинированной травме. Далее указывается период ожоговой болезни (при ее наличии).
- Осложнения основного заболевания.
- Сопутствующие заболевания.

8. ЛЕЧЕНИЕ, ВКЛЮЧАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ, ДИЕТОТЕРАПИЮ,

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение пострадавших от ожогов - это комплексный, непрерывный и последовательный, многоэтапный процесс, направленный на восстановление кожных покровов, профилактику и лечение осложнений. Проводится на всех этапах эвакуации и лечения обожженных в соответствии с установленным объемом медицинской помощи для каждого из этапов.

Комментарий: Основное звено патогенеза ожоговой болезни - гибель кожного покрова. В связи с этим рациональное местное лечение необходимо для предупреждения и купирования общих симптомов. Методы системной терапии, по сути, подчинённые. Лечение ожоговой болезни призвано компенсировать нарушенные или утраченные функции, обеспечить наиболее благоприятный фон в пред- и послеоперационном периодах, предупредить или устранить возникшие осложнения.

Системное консервативное лечение.

Лечение ожоговой болезни.

Успешное лечение больных с обширными и глубокими ожогами возможно только на основе своевременной, адекватной тяжести травмы и состоянию больного комплексной терапии ожоговой болезни во все ее периоды, начиная с ожогового шока.

- Рекомендуется оказание экстренной медицинской помощи всем пострадавшим с ожоговым шоком.

Комментарий: Ожоговый шок является первым и наиболее важным для судьбы больного периодом ожоговой болезни. Именно в этот период на любом этапе медицинской эвакуации все усилия врачей должны быть направлены на принятие безотлагательных мер по предупреждению развития и углубления ожогового шока, эндотоксемии, острой сердечно-сосудистой или полиорганной недостаточности, респираторного дистресс-синдрома и генерализованных инфекционных осложнений.

Порядок первичных манипуляций при ожоговом шоке:

Неотложные мероприятия:

- Рекомендуется провести обезболивание, седацию.

- Рекомендуется обеспечить проходимость верхних дыхательных путей. При острой дыхательной недостаточности - ИВЛ.
- Рекомендуется обеспечить адекватный венозный доступ (катетеризация центральной или периферической вены в зависимости от тяжести травмы) и начать инфузионную терапию в соответствии с протоколом инфузионно-трансфузионной терапии ожогового шока.

Комментарий: При необходимости венозный доступ может быть обеспечен через обожженные ткани [30].

Отсроченные мероприятия:

- Рекомендуется катетеризация мочевого пузыря (по показаниям).
- Рекомендуется введение зонда в желудок, промывание, декомпрессия желудка (по показаниям).
- Рекомендуется наложение лечебных повязок на обожженные поверхности.

Другие компоненты интенсивной терапии ожогового шока:

- Рекомендуется антикоагулянтная и антиагрегантная терапия.
- Рекомендуется раннее начало энтерального питания.
- Рекомендуется форсированный диурез.
- Рекомендуется профилактика поражений ЖКТ.
- Рекомендуется антибиотикотерапия (по показаниям).
- Рекомендуется создание комфортной температурной среды (не ниже 24-28°C).
- Рекомендуется создание максимально стерильных условий.

Основные принципы лечения обожженных в периоды токсемии и септикотоксемии:

- Рекомендуются профилактика и компенсация белково-энергетических потерь.
- Рекомендуются профилактика и лечение анемии.
- Рекомендуется дезинтоксикационная терапия.
- Рекомендуется нормализация водно-электролитного баланса.
- Рекомендуется антибактериальная терапия.

- Рекомендуется иммунотерапия.
- Рекомендуется органопротекция и симптоматическая терапия.
- Рекомендуется местное лечение ожоговых ран.

Обезболивание и седация

- Рекомендуется применение препаратов с целью обезболивания парентерально.
- Рекомендуется в первые часы после травмы назначение наркотических и ненаркотических анальгетиков внутривенно, возможно инфузионное введение.
- Рекомендуется при необходимости применение антигистаминных препаратов.
- Рекомендуется применение дексметомедина, дополнительное использование транквилизаторов и нейролептиков.
- Рекомендуемый уровень седации по шкале оценки степени седации Ramsay - 1-2.
- Рекомендуется все болезненные манипуляции с ранами проводить с обезболиванием, при обширных ожогах - под общей анестезией.

Комментарий: Болевой синдром, особенно выраженный при обширных поверхностных ожогах может усугублять нейрогуморальный стресс-ответ и существенно влиять на течение ожоговой болезни и ее исход. У пострадавших с термической травмой различают острый болевой синдром, связанный непосредственно с травмой, и боль, связанную с выполнением перевязок ожоговых ран и операций. И в том и другом случае обезболивание осуществляется с учетом конституциональных и возрастных особенностей пациентов и нацелено на снижение выраженности болевого синдрома менее 3-х баллов, оцененной по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Следует избегать глубокой седации у пациентов. Использование наркотических препаратов требует постоянного мониторинга дыхания у пациентов, находящихся на самостоятельном дыхании.

Респираторная поддержка

- Рекомендуется интубации трахеи и проведения различных видов респираторной поддержки (вспомогательной, управляемой ИВЛ) у

тяжелообожженных по абсолютным показаниям при признаках дыхательной недостаточности III степени и/или угнетение сознания (сопор и глубже) [31-34].

- Рекомендуется проведение ИВЛ через рото- или назотрахеальную трубку, трахеостомию (по показаниям).

Комментарий: Нет доказательств эффективности проведения ИВЛ через трахеостому у больных с ожогами. Показанием к наложению трахеостомы может являться необходимость длительной искусственной вентиляции легких. Традиционная трахеостомию предпочтительнее чрескожного способа, особенно при ожогах шеи. Необходимый срок выполнения трахеостомии остается предметом дискуссий. В тоже время трахеостомию позволяет снизить потребность в седативной терапии, особенно при ранней трахеостомии, и увеличить степень участия пациента в процессе отлучения от ИВЛ [35, 36].

- Рекомендуется тщательная гигиена ротоглотки и трахеи во всех случаях, требующих интубации, для предотвращения возникновения вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП) [37].
- Рекомендуется при высоком риске развития жизнеугрожающих состояний, связанных с нарушениями газообмена, проведение превентивной интубации трахеи и ИВЛ в экстренном порядке у пострадавших при:
 - локализации ожогов III степени на лице и шее с риском прогрессирующего отека мягких тканей;
 - угнетении сознания по шкале ком Глазго <8 баллов;
 - ожогах кожи III степени >40% п.т.;
 - ожогах верхних дыхательных путей с поражением гортани и риском обструкции;
 - термохимическое поражение дыхательных путей тяжелой степени;
 - ингаляционной травме III степени (по данным фибробронхоскопии).
- Рекомендуется проведение интубации трахеи и ИВЛ в экстренном порядке у детей при:
 - $PaO_2 < 80$ мм рт.ст.;
 - $SaO_2 < 93-94\%$;

- $PaCO_2 > 50$ мм.рт.ст.;
- нарушении нормальной механики дыхания.

Комментарий:

Основной целью респираторной поддержки у обожженных является обеспечение адекватного газообмена и минимизация ятрогенных повреждений.

Быстрое нарастание отека при ожогах головы и шеи уже через 1-3 часа после травмы сделает процедуру интубации трахеи или трахеостомии крайне сложной для выполнения.

В основе выбора режима и параметров вентиляции должна лежать концепция безопасной ИВЛ, в соответствии с которой параметры вентиляции устанавливаются таким образом, чтобы уровень давления плато не превышал 35 см H_2O , FiO_2 0,5-0,6, для поддержания насыщения кислородом артериальной крови $SaO_2 > 90\%$, артериального $pH > 7,2$ [38].

В связи с риском перерастяжения легочной ткани рекомендуемая величина дыхательного объема соответствует 6-8 мл/кг, однако у пострадавших с обструкцией дыхательных путей при нарастании PaO_2 и снижении PaO_2 , может потребоваться увеличение дыхательного объема до 8-10 мл/кг [39-41].

Инфузионно-трансфузионная терапия

Основной задачей терапии ожогового шока является восстановление и поддержание перфузии внутренних органов, что достигается путем проведения регидратации энтеральным путем или с помощью внутривенной инфузии.

Комментарий: *Проведение инфузионно-трансфузионной терапии у тяжелообожженных представляет определенные сложности, вызванные, прежде всего, невозможностью точной оценки потерь жидкости с обширных ожоговых поверхностей и экстравазации ее в интерстициальное пространство, необходимостью поддержания оптимального уровня доставки кислорода и существующим при этом риске развития отека легких и компартмен-синдрома.*

- Рекомендуется у обожженных с площадью ожогов кожи менее 15%, у детей - менее 10% п.т., проведение энтеральной регидратации.

Комментарий: *Несмотря на отсутствие доказательств, поощряется использование оральной дегидротации, особенно при отсутствии возможности проведения инфузионной терапии [42-45]. При отсутствии тошноты и рвоты можно поить больных негазированной минеральной водой или раствором щелочно-солевой смеси (на 1 л воды 1/2 чайной ложки пищевой соды и 1 чайной ложки поваренной соли (1 ч.л. = 5 г)). В более тяжелых случаях дополнительную энтеральную регидратацию следует проводить через назогастральный зонд с первых часов после поступления*

в стационар, в том числе в сочетании с инфузионной терапией.

- Рекомендуется проведение инфузионной терапии у обожженных при общей площади ожогов кожи более 15%, у детей - более 10% п.т. Инфузионной терапия должна проводиться с учетом концепции стадийности [46] (Приложение Г10).
- Рекомендуется расчет объема инфузионной терапии (V) в первые сутки после травмы проводить по формулам:

- у взрослых пациентов:

$$V(\text{в мл.}) = 4 \times \text{Масса тела (в кг.)} \times \text{Общая площадь ожога (в \% п.т.);}$$

- у детей:

$$V(\text{в мл.}) = 3 \text{ мл/кг} \times \text{Общая площадь ожога (в \% п.т.)} + \text{Физ. потребность (энтерально с первым введением через 2 часа после поступления и далее каждые 3 часа, включая ночное время) или } V(\text{в мл.}) = 5000 \text{ (мл)/м}^2 \times \text{Общая площадь ожога (в \% п.т.)} + 2000 \text{ мл/м}^2 \text{ (формулу Галвестона).}$$

Комментарий: При расчете общей площади ожога эритема не учитывается. Приведенные расчеты применяются при ожогах не более 50% поверхности тела. При большей площади ожогового поражения расчет объема инфузии ведется на 50% п.т. У обожжённых старше 50 лет суточный объем инфузионных средств из-за опасности перегрузки малого круга кровообращения уменьшается в 1,5-2 раза по сравнению с расчетным. При наличии у пациентов ингаляционной травмы и/или электроожогов необходимо увеличить суточный объем на 15% и 50% от расчетного соответственно. Физ. потребность в воде у детей определяется из расчета: в возрасте 1 мес.-1 год – 120 мл кг/сут; 1-2 года – 100 мл кг/сут; 2-5 лет – 80 мл кг/сут; 5-10 лет – 60 мл кг/сут; 10-18 лет – 50 мл кг/сут [47].

- Рекомендуется проведение инфузионной терапии при ожоговом шоке все время без перерыва. Возможно использование нескольких вен для инфузии и/или дополнительная оральная дегидратация.
- Рекомендуется в первые сутки за первые 8 часов после получения ожога вводить половину рассчитанного суточного объема, за остальные 16 часов - вторую половину. Основой дальнейшей терапии ожогового шока является не рассчитанный объем, а скорость инфузии на основе мониторинга состояния больного (Приложение Г2).
- Рекомендуется в начале противошоковой инфузионной терапии у взрослых пациентов и у детей использовать сбалансированные растворы изотонических солевых кристаллоидов.

- Рекомендуется использовать темп диуреза в качестве критерия адекватности инфузионной терапии: у взрослых 0,3-0,5 мл/кг массы тела в час; у детей массой более 30 кг - не менее 1 мл/кг массы тела в час, до 30 кг- 1-2 мл/кг массы тела [48] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 2**). При соблюдении расчётной инфузии и темпе диуреза <0,3 мл/кг/ч у взрослых и <1 мл/кг/час у детей необходимо введение петлевых диуретиков (фуросемид) в дозе 0,5-1,0 мг/кг/час, а если диурез > 1 мл/кг/ч для взрослых и > 2 мл/кг/ч для детей скорость и объем инфузии уменьшаются.

***Комментарий:** При ожогах из сосудистого русла вместе с плазмой уходит большое количество ионов натрия (0,5-0,6 мэкв/% ожога/кг веса больного). Поэтому жидкостная терапия, в первую очередь, преследует цель наполнения сосудистого русла и восстановления в нем содержания натрия. Лактат натрия, проникая внутрь клетки, метаболизируется, связывая ионы водорода, что приводит к постепенной компенсации внутриклеточного ацидоза. При окислении лактата натрия в печени образуются гидрокарбонат натрия и углекислый газ. Одна молекула лактата продуцирует 1 молекулу гидрокарбоната, т.о. обеспечивается непрямым буфферующий эффект.*

При обширных глубоких ожогах в периоде ОШ необходимо учитывать возможную гиперкалиемию, как следствие разрушения эритроцитов. Поэтому рекомендуется контролировать уровень калия в плазме крови не реже двух раз в сутки и ограничить его введение в первые сутки после травмы.

- Противопоказано применение любых инфузионных препаратов на основе гидроксипроксиэтилкрахмала у пациентов с ожогами [49] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 4**).

***Комментарий:** Имеется ряд доказательств в пользу увеличения частоты почечного повреждения при использовании коллоидов на основе гидроксипроксиэтилкрахмалов.*

- Рекомендуется при отсутствии эффекта от терапии кристаллоидными растворами спустя 8-12 часов после травмы или гипотонией в связи с поздним началом инфузионной терапии в состав инфузионной терапии включать коллоидные растворы (5-10% раствор альбумина). Раствор альбумина 10% рекомендуется вводить со скоростью: при ожогах 20-30%

поверхности тела – 12,5 мл/ч; 31-44% – 25 мл/ч; 45-60% – 37 мл/ч; - 61% и более – 50 мл/ч.

Комментарий: При тяжелом состоянии в рассчитанном объеме должно быть 2/3 кристаллоидов и 1/3 коллоидов, а при крайне тяжелом состоянии, при ожогах свыше 50% поверхности тела кристаллоиды и коллоиды применяются в соотношении 1:1. У детей используются сбалансированные кристаллоиды и 5% раствор Альбумина в соотношении 1:1.

Переливание СЗП у пострадавших с тяжелой термической травмой со 2 суток после травмы со скоростью 2 мл/кг/ч имеет хороший клинический эффект [50]. Однако переливание свежезамороженной плазмы на сегодняшний день разрешается только пострадавшим с гипокоагуляцией и острой кровопотерей больше 30% ОЦК⁸.

- Рекомендуется у пострадавших с обширными ожогами кожи, пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, вклад в нарушения кровообращения при ожоговом шоке у которых может вносить не только гиповолемия, но и развитие сердечной недостаточности, не увеличивать объем вводимых жидкостей, так как это может привести к увеличению интерстициальной и внутриклеточной жидкости, а применить инотропные препараты, обладающих кардиальным адренэргическим эффектом (предпочтительно добутамин). Препарат допамин имеет в настоящий момент ограниченные показания и не рекомендован для стартовой терапии ожогового шока. У детей препаратом выбора является норэпинефрин, однако для его назначения нужны веские показания ввиду вазопрессорного эффекта и увеличения зоны ишемии ожоговой раны [47].
- Рекомендуется на 2 и 3-и сутки после травмы, объем жидкостной терапии составляет половину и одну треть расчетного объема, вводимого в первые сутки соответственно, при этом 30-40% от вводимого внутривенно объема жидкости должны составлять коллоидные растворы (альбумин).

Комментарий: Объем продолжающихся потерь жидкости у пациентов с ожогами, особенно обширными, сложно определить. Объем

⁸ В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации "Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов" (N 183н от 2 апреля 2013 г.).

получаемой пациентом жидкости не должен быть меньше физиологической потребности, которая составляет 1500 мл на 1 м² поверхности тела.

Количество необходимой жидкости в сутки в среднем можно определить по формуле: объем суточного диуреза за предыдущие сутки + потери воды через кожу и с дыханием (около 1000 мл) + потери с калом, рвотой и/или через раны + 400 мл на 1⁰С при температуре выше 37⁰С.

Суточный объем внутривенной инфузии для пациентов с обширными и глубокими ожогами после выведения из ожогового шока также можно рассчитать по формуле [51]:

$V_2 + V_n$, где $V_2 = 1,5$ мл x площадь глубокого ожога (% п.т.) x масса тела (кг); $V_n = 0,5$ мл x площадь поверхностного ожога (% п.т.) x массу тела (кг).

Предлагаемые алгоритмы жидкостной терапии следует рассматривать как общую установку, которая стандартизирует и упрощает расчет объема необходимой внутривенной инфузии, позволяет проводить адекватную терапию и избежать осложнений, связанных с гипергидратацией, у пациентов как в периоде ожогового шока, так и при дальнейшем лечении. Потребность и адекватность проводимой терапии требует повторной оценки, исходя из клинических проявлений, темпов диуреза, данных биохимического состава крови и гематокрита.

Лечебно-санационная фибробронхоскопия

- Рекомендуется проведение лечебно-санационных фибробронхоскопий с целью восстановления проходимости дыхательных путей, удаления секрета, десквамированного эпителия, продуктов горения.

Комментарий: Для эндобронхиального лаважа в первые сутки после получения травмы целесообразно применять теплый (37⁰) раствор 2% гидрокарбоната натрия из расчета 5-10 мл на сегментарный бронх.

При тяжелых поражениях дыхательных путей продуктами горения санационные бронхоскопии должны проводиться не менее 1 раза в сутки.

Лечебная бронхоскопия более эффективна при проведении через 30 мин после ингаляции муколитиков и бронходилататоров.

Для эндобронхиального введения разрешены: 2% р-р гидрокарбоната натрия, 0,9% р-р NaCl, неферментные муколитики (флуимуцил, амброксол), антисептики (диоксидин 0,5%) [14, 16, 21].

При длительных сроках нахождения на ИВЛ необходимо проводить оценку состояния слизистой оболочки трахеи на уровне манжетки интубационной или трахеостомической трубки, а также санацию дыхательных путей выше трахеостомы. Для оценки возможных посттравматических и постинтубационных осложнений обязательно выполнение контрольной бронхоскопии после экстубации или удаления трахеостомической трубки.

Ингаляционная (небулайзерная) терапия

- Рекомендуется проведение ингаляций через небулайзер.
- Рекомендуются в течение 7 суток после ингаляционной травмы ингаляции муколитиков и гепарина **(Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 5)**.

Комментарий: *Раствор ацетилцистеин 20% - 3 мл каждые 4 часа чередующиеся с введением 5000 единиц гепарина на 3 мл физиологического раствора под контролем времени свертывания крови (в течение 7 суток) [52-55].*

- Рекомендуются при ингаляционной травме с развитием бронхоспазма ингаляции симпатомиметиков.

Комментарий: *Используются препараты сальбутамол или 0,1% р-р адреналина гидрохлорид каждые 2-4 ч до появления клинически значимого увеличения частоты сердечных сокращений.*

Коррекция нарушений реологических свойств крови

Подавляющее большинство пострадавших с ожогами относятся к группе умеренного (ожоги площадью до 20% поверхности тела, термоингаляционная травма II степени) и высокого (ожоги площадью более 20% поверхности тела, термоингаляционная травма III степени, осложнения ожоговой болезни) риска ВТЭО.

- Рекомендуется у пациентов с ожогами проведение профилактики ВТЭО с использованием НМГ или НФГ, как только это станет безопасным, а также применять механические способы профилактики (перемежающейся пневматической компрессии нижних конечностей и/или эластические чулки) [60] **(Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 2)**.
- Рекомендуется у пациентов с обширными ожогами и высоким риском кровотечений применять механические способы профилактики ВТЭО

пока не станет возможным начать использование антикоагулянтов (Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 4).

- Рекомендуется при проведении антикоагулянтной терапии у пострадавших с ожогами проводить контроль показателей коагулограммы с целью диагностики коагулопатий и ДВС синдрома, а также проводить это исследование перед оперативным вмешательством с целью уменьшения риска кровотечения.
- Рекомендуется у пострадавших с ожогами использовать дезагреганты с целью уменьшения агрегации форменных элементов крови.

Дезинтоксикационная терапия

- Рекомендуется проведение у пациентов с тяжелой ожоговой травмой по показаниям дезинтоксикационной терапии с использованием различных методов.

Комментарий: Дезинтоксикационная терапия, по сути, включает в себя весь комплекс мероприятий по лечению ожогов и ожоговой болезни. Рекомендовано проведение гемодилюции инфузией больших объемов жидкости (40-80 мл/кг) с проведением форсированного диуреза; использование методов экстракорпоральной детоксикации. Принятие решения для начала лечения с использованием методов экстракорпоральной детоксикации или отказ от него зависит от многих причин, включая клинико-лабораторные и инструментальные данные, возможность хирургического решения проблемы, сопутствующую патологию и факторы риска. Применение методов экстракорпоральной детоксикации является обязательным компонентом патогенетической терапии больных с сепсисом, септическим шоком и полиорганной недостаточностью, позволяя в достаточной степени расширить лечебную стратегию и существенно улучшить исход в целом [61, 62].

Применение интермиттирующего гемодиализа или продолжительной вено-венозной гемофильтрация (CVVH) не имеет преимуществ (Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 4). CVVH более удобна для проведения у пациентов с нестабильной гемодинамикой (Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 4). Неэффективность вазопрессоров и инфузионной терапии являются внепочечными показаниями для начала CVVH.

Профилактика осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта

- Рекомендуется раннее начало энтерального питания и антисекреторная терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП) [63-66] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 3**).
- Рекомендуется у пациентов с ожоговым шоком дополнительное введение зонда в желудок и его декомпрессия в первые часы после поступления.

Комментарий: Парез и эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта при тяжелой ожоговой травме развивается вследствие гипоперфузии, ишемии и повреждения слизистой оболочки, как правило, при отсроченном начале или неадекватной противошоковой терапии. Острые эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, в том числе осложненные гастро-дуоденальными кровотечениями, отягощают течение ожоговой болезни и увеличивают вероятность наступления летального исхода с 20- 30% до 70-80% [63, 64] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 4**).

Профилактика должна начинаться сразу же после госпитализации пострадавших и включать целенаправленную инфузионную и метаболическую терапию, использование антисекреторных препаратов, раннюю энтеральную поддержку, раннее хирургическое лечение ожоговых ран. У пациентов в периоде ожогового шока рекомендуется антисекреторная терапия препаратами ИПП в парентеральной форме, начиная с первых суток от момента получения ожога. В дальнейшем после выхода пострадавших из ожогового шока и восстановления способности к самостоятельной пероральной алиментации возможна замена парентеральной формы введения на пероральную. Антацидные препараты в профилактике стрессовых язв не используются, однако применяются в комплексе лечения стрессовых язв.

Нутритивно-метаболическая поддержка

- Рекомендуется начинать нутритивную терапию в первые 12 часов после ожоговой травмы [67] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2**).

Комментарий: В лечении больных с ожогами нутритивной поддержке отводится одна из основных ролей, что позволяет существенно улучшить результаты их лечения [68-71]. Раннее начало энтеральной поддержки предупреждает развитие синдрома острой кишечной недостаточности и явлений транслокации кишечной микрофлоры в кровь.

Рекомендуется преимущественно энтеральный путь введения пероральным путем (сипинг) или через желудочный зонд. Пациентам в коме

или медицинской седации необходимо установить назогастральный или орогастральный зонд. При энтеральном зондовом питании капельный способ введения предпочтителен.

Парентеральное питание (ПП) должно применяться как дополнение к энтеральному при невозможности оптимизации субстратного обеспечения пострадавших. Полное ПП следует назначать только при невозможности проведения энтерального питания.

- Рекомендуется проводить оценку степени нарушения питания пациентов с ожогами и эффективности проводимой нутритивной поддержки на основе данных изменения дефицита массы тела, индекс массы тела (ИМТ), альбумина сыворотки и абсолютного количества лимфоцитов крови, определение которых является простым и информативным (Приложение Г11).

Комментарий: Использование других параметров у обожженных, например, определение окружности плеча и толщины кожно-жировой складки над трицепсом, определение трансферина, часто затруднено. Показатели ИМТ и дефицит массы тела могут меняться в зависимости от степени гидратации пациентов.

- Рекомендуется непрямая калориметрия для оценки энергопотребности. При ее отсутствии рекомендовано использовать уравнение Toronto у взрослых обожженных, у детей с ожогами - формулу Schoffield [72, 73] **(Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5)** (Приложение Г12).
- Рекомендуется рассчитывать потребность в белке, исходя из 1,5-2 г/кг у взрослых и 1,5 – 3 г/кг у детей **(Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3)**.
- Рекомендуется дополнительно вводить глутамин.
- Рекомендуется ограничить введение глюкозы до 5 мг/кг/мин (7 г/кг/сут) у взрослых и детей и удерживать гликемию в пределах 4,5-8 ммоль/л с помощью инсулина [74-76] **(Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 2)**.
- Рекомендуется мониторировать общую доставку жиров и удерживать получение энергии из жиров < 35 % от общих калорий.

- Рекомендуется осуществлять замещающую дотацию цинка, железа, меди и селена, а также витаминов В1, С, D и Е [77-80] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 4**).

Комментарий: Минимальный объем субстратного обеспечения пострадавших с ожогами после стабилизации состояния должен соответствовать уровню основного обмена - 20-25 ккал/кг. При расчете по формулам калорийности имеется риск переоценки ежедневных потребностей. Гипералиментация может привести к дисбалансу жидкости и электролитов, гипергликемии и жировой дистрофии печени [81-83]. Риск гипералиментации ниже, если используются обычные оральные диеты. Если пациент способен принимать количество пищи, достаточное по нутриентам и калорийности, то обычные диеты эффективны и дешевле, чем коммерческие смеси для энтерального питания. Алгоритм проведения нутритивной поддержки у обожженных приведен в Приложении Г13.

- Рекомендуется дополнительное применение смесей для энтерального питания при наличии ожогов на общей площади более 20% поверхности тела или глубоких ожогов - более 10% п.т., развитии ожогового истощения (нарушения питания). Преимущества должны быть отданы полимерным, высокоэнергетическим, гипернитрогенным диетам. Рекомендуются пищевые волокна с самого начала проведения энтерального питания, так как эти пациенты имеют высокий риск запоров вследствие перераспределения жидкостных секторов и применения высоких доз седативных препаратов и опиоидов [84, 85] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3**).
- Рекомендуется при ингаляционной травме и ОРДС, а также для покрытия высокой потребности в белке использовать смеси с повышенным содержанием белков и жиров.

- Рекомендуется при проведении малообъемного ПП (не более 1,5 л/сут) использовать аминокислотные растворы с высоким содержанием азота (более 16 г/л), а также жировые эмульсии, содержащие рыбий жир и растворы глюкозы средней концентрации (20-30%) при соотношении белков, жиров и углеводов 20% : 40% : 40% от общей суточной потребности в энергии.
- Рекомендуется использование нутриционных стратегий для ослабления гиперметаболизма и гиперкатаболизма: поддержание теплового режима, ранняя хирургическая некрэктомия, неселективные бета-блокаторы.

Профилактика и лечение острого повреждения почек (ОПП)

ОПП представляет собой синдром резкого снижения функции почек, который характеризуется снижением диуреза вплоть до анурии, накоплением продуктов азотистого обмена и нарушением водно-электролитного обмена, а также ассоциируется с высокой летальностью и последующим развитием хронической почечной недостаточности.

Комментарий: Термин «острое повреждение почек» следует использовать взамен понятию «острая почечная недостаточность» (ОПН)[86].

ОПП констатируют при наличии как минимум одного из следующих критериев [87]:

- нарастание $Scr \geq 0,3$ мг/дл ($\geq 26,5$ мкмоль/л) в течение 48 ч;
 - нарастание $Scr \geq 1,5$ раза от исходного, которое, как известно или предполагается, произошло в течение 7 суток;
 - объем мочи $< 0,5$ мл/кг/ч в течение 6 часов.
- Рекомендуется применение салуретиков (фуросемид) исключительно в качестве тест дозы (20-60 мг) при развитии острой почечной недостаточности (I-II стадии по KDIGO).

- Не рекомендуется использовать диуретики для лечения ОПП, за исключением случаев перегрузки объемом.
- Рекомендуется при сохраняющихся олигоанурии, гиперазотемии, нарастании уровня ЦВД, гипергидратации проведение заместительной почечной терапии [87, 88] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2**). (Приложения Г14).

***Комментарий:** Наиболее частой причиной развития ОПП при тяжелой ожоговой травме является гипоперфузия почек, развивающаяся вследствие ожогового шока. На втором месте по частоте развития стоит ренальное ОПП у пациентов с обширными глубокими или циркулярными ожогами. Своевременная адекватная инфузионная терапия ожогового шока, применение активной хирургической тактики при лечении глубоких ожогов (некротомия, хирургическая некрэктомия) позволяют снизить риск развития ОПП при тяжелой термической травме.*

Антибактериальная терапия

- Рекомендуется для профилактики и лечения инфекций у обожжённых использовать антибактериальные препараты для местного и системного применения [89].

***Комментарий:** Инфекция ожоговых ран является одним из патологических факторов, нарушающих их заживление и приводящих к развитию осложнений.*

Следует различать следующие понятия:

- *загрязнение ожоговой раны микрофлорой - отсутствие местных и общих проявлений инфекционного процесса;*
 - *местные признаки инфекции - боль, неприятный запах из раны, гнойное отделяемое, перифокальное воспаление, местное повышение температуры;*
 - *общие признаки инфекции – повышение температуры, озноб, лейкоцитоз, развитие инфекционных осложнений.*
- Не рекомендуется профилактическое назначение системных антибиотиков, в том числе при ингаляционной травме, кроме случаев проведения у обожженных хирургических вмешательств (хирургическая некрэктомия, иссечение грануляций, обширная аутодермопластика и т.д.)

[90-95] (Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3).

- Рекомендуется при общей площади ожогового поражения менее 10–15% п.т., из которых глубокие ожоги составляют менее 5% п.т., отсутствии общих признаков инфекции, использование только местных антимикробных средств.
- Рекомендуется использование местных антибактериальных препаратов для снижения риска развития инвазивной раневой инфекции у обожженных (Приложение Г20).

Комментарий: Изолированное местное применение антибактериальных препаратов значительно уступает по эффективности их системному применению, показаниями к которому являются общие симптомы инфекции [96].

- Рекомендуется проведение целенаправленной антибактериальной терапии при развитии инфекционных осложнений.

Комментарий: При развитии тяжелых инфекционных осложнений показано внутривенное введение максимальных доз противомикробных препаратов, перекрывающих весь спектр чувствительности предполагаемых возбудителей в течение первого часа после постановки диагноза «сепсис» или «септический шок» [97].

Выбор антибактериальных средств для местного и системного применения необходимо осуществлять только в соответствии с характером чувствительности выделяемой от пациентов микрофлоры – возбудителей инфекции или с учетом данных эпидемиологического мониторинга лечебного подразделения.

Гормональная терапия

- Рекомендуется у пострадавших с ожогами проводить системную терапию глюкокортикостероидными гормонами по строгим показаниям с заместительной, супрессивной и/или фармакодинамической целью.

Комментарий: Основным показанием для применения глюкокортикостероидных гормонов является ожоговое истощение при явлениях функциональной недостаточности коры надпочечников. Для диагностики надпочечниковой недостаточности применяется исследование крови на кортизол и мочи на 17-оксикортикостероиды (17-ОКС). Показано

использования «малых» доз глюкокортикоидов при развитии ОРДС - 200 мг/сут в виде инфузии [98, 99].

- Не рекомендуется применение глюкокортикостероидных гормонов для первоначального лечения ингаляционной травмы [100].
- Не рекомендуется назначать глюкокортикостероиды для лечения сепсиса при отсутствии септического шока [101].

***Комментарий:** Глюкокортикоиды вызывают симптоматическое улучшение, лечение не является этиотропным. При проведении системной терапии могут быть использованы различные пути введения и режимы дозирования глюкокортикоидов в зависимости от тяжести состояния больного. При проведении длительной поддерживающей терапии рекомендуется пероральное применение «средних» доз глюкокортикоидов (суточная доза не превышает 15-30 мг преднизолона или эквивалентной дозы любого другого препарата) с постепенной отменой после заживления всех ран.*

- Рекомендуется при тяжелой степени ожогового истощения гормональная терапия анаболическими гормонами.

Витаминотерапия

- Рекомендуется пациентам с обширными ожогами дополнительное введение витаминов В₁, В₆, В₁₂, D, E и K в средних терапевтических дозах, в том числе в вместе с питанием [102, 103] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5**).
- Рекомендуется при проведении полного парэнтерального питания введение полной суточной дозы витаминов и микроэлементов в составе комплексных препаратов [104].
- Рекомендуется использование высоких доз витамина С в первые часы после травмы, что позволяет уменьшить выраженность отека и снизить потребность в инфузионной терапии [105] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 4**).

Иммунотерапия

- Рекомендовано применение внутривенных иммуноглобулинов у пациентов с обширными ожогами с иммунозаместительной целью при лабораторном подтверждении иммунодефицита [89, 106-108] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 3**).
- Рекомендуется использовать обогащенные внутривенные иммуноглобулины у взрослых с сепсисом или септическим шоком [109] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3**).
- Не рекомендуется применение иммуномодулирующих (иммуностимулирующих) препаратов у пострадавших от ожогов.

***Комментарий:** Ожоговые поражения вызывают у пострадавших многочисленные дефекты гуморальных и клеточных компонентов иммунной системы с развитием вторичного иммунодефицита. Своевременная и адекватная тяжести травмы комплексная терапия ожоговой болезни является патогенетическим лечением вторичного иммунодефицита.*

Гемотрансфузии

- Рекомендуется для больных с ожогами целевая концентрация гемоглобина не ниже 90 г/л (оптимальный уровень – более 100 г/л).
- Не рекомендовано проведение гемотрансфузий у пациентов в период ожогового шока, однако, при большой кровопотере вследствие хирургической некротомии или при массивном гемолизе переливание крови показано при снижении гемоглобина менее 70 г/л⁹.

***Комментарий:** Общемировая практика свидетельствует, что гемотрансфузии не применяют в периоде ожогового шока и не учитываются в общепринятых формулах расчета инфузионной противошоковой терапии.*

- Рекомендуется трансфузия эритроцитсодержащих компонентов крови (ЭКС) у больных с ожогами только для коррекции важнейших

⁹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.04.2013 №183н "Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов"

симптомов, обусловленных анемией и не поддающихся основной патогенетической терапии.

Комментарий: Традиционные клинические симптомы (тахикардия, тахипноэ, одышка, усталость и слабость), которые могут говорить о необходимости использования ЭКС, имеют ограниченное применение у пациентов с обширными ожогами, поскольку эти признаки выявляются у большинства пациентов с общей площадью поражения более 40% поверхности тел и купируются после заживления ожоговых ран.

Существуют доказательства того, что повышенная доставка кислорода, обеспечиваемая переливанием ЭКС, может улучшить результаты лечения пациентов с сепсисом и/или острой коронарной ишемией. Несмотря на то, что различий в скорости заживления ожоговых ран в зависимости от либеральной или рестриктивной тактики гемотрансфузий¹⁰. не было выявлено, опыт свидетельствует о положительном влиянии гемотрансфузий на репаративные процессы в ожоговых ранах.

- Рекомендуется при планировании и осуществлении хирургического лечения у пострадавших с ожогами обеспечить коррекцию анемии (уровень гемоглобина не ниже 90 г/л) с восполнением операционной кровопотери в ближайшем послеоперационном периоде.

Комментарий: Хирургическое лечение пострадавших с ожогами может сопровождаться значительной кровопотерей. Расчетный объём кровопотери при выполнении хирургической некрэктомии (иссечения) составляет в среднем 0,5-1,0 мл с 1 см² иссекаемой поверхности. Наибольшая кровопотеря сопровождает некрэктомию в области волосистой части головы, лица и шеи, где она может составлять до 5,2 мл с 1 см² поверхности тела. Тангенциальное иссечение сопровождается более значительной

¹⁰ При рестриктивной тактике аллогенные эритроциты назначаются при уровне гемоглобина 70 г/л (уровень гемоглобина поддерживается от 70 до 90 г/л). При либеральной тактике аллогенные эритроциты назначаются при уровне гемоглобина 100 г/л (уровень гемоглобина поддерживается от 100 до 120 г/л).

кровопотерей и трудностями гемостаза по сравнению с иссечением окаймляющим разрезом.

Активная хирургическая тактика в лечении ожоговой травмы является приоритетной, снижает летальность тяжелообожженных, существенно сокращает сроки лечения и позволяет достичь оптимальных функциональных и эстетических результатов, в тоже время у пациентов имеется риск развития выраженной анемии, необходимо наличие большого объема ЭКС для ее коррекции.

Профилактика столбняка

- Рекомендуется проведение всем пострадавшим от ожогов экстренной профилактики столбняка [29].

Местное консервативное лечение

Местное консервативное лечение обожженных заключается в комплексном применении различных перевязочных средств, антимикробных и других лекарственных препаратов, а также физических методов воздействия с целью создания условий для заживления ожоговых ран и восстановления целостности кожных покровов.

При определении тактики местного консервативном лечении обожженных следует ориентироваться на тяжесть состояния больного, площадь поверхностных и глубоких ожогов, их локализацию, стадию течения раневого процесса, количество раневого отделяемого, наличие инфекции, опыт работы медицинского персонала и наличие соответствующего оборудования, препаратов и перевязочного материала. Кроме этого должна быть доказана эффективность использования перевязочных средств и различных методов местного лечения для конкретной клинической ситуации.

Местное консервативное лечение на догоспитальном этапе (Приложение Г15).

Местное консервативное лечение на этапе первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи

- Рекомендуется производить перевязки пациентов с обширными ожогами в перевязочной, где имеется возможность поддерживать комфортную температуру (24-27⁰C), осуществлять электронный мониторинг и респираторную поддержку.

- Рекомендуется проведение туалета ожоговых ран с наложением лечебных повязок в первые сутки после поступления пациента в стационар.

Комментарий: Туалет ожоговых ран заключается в осторожном, минимально травматичном очищении ожоговой поверхности от загрязнения, инородных тел и обрывков эпидермиса, свободных некротизированных тканей, экссудата и остатков перевязочных средств, поскольку они являются источником инфекции. Рану и окружающую кожу обрабатывают водой с детергентами. Лучше применять орошение, а не протирание влажными салфетками. Изотонический 0,9% раствор хлорида натрия является универсальным и предпочтительным средством очистки ран. В тоже время эффективность использования для обработки ран на перевязках стерильного физ.раствора или обычной водопроводной воды не доказана [111-115]. Использование водопроводной воды является безопасным и эффективным. Возможно применение специального антибактериального фильтра. Вода должна быть комнатной температуры или теплее, чтобы избежать переохлаждения. Погружение в ванну, особенно пациентов с обширными ожогами, не применяют, поскольку имеется риск загрязнения ран, развитие нарушений в водно-электролитном и тепловом обмене, гемодинамической декомпенсации [116, 117].

После промывания кожу пациента нужно высушить. Перед наложением лечебных повязок раны дополнительно обрабатывают растворами антисептиков.

В последующем необходимо продолжать гидротерапию в объеме обработки ран и неповреждённых кожных покровов.

Волосы на теле на участках с пограничными или глубокими ожогами, а также не менее 2,5 см от границы ожога должны быть подстрижены, за исключением бровей. Это позволяет в последующем снизить бактериальную нагрузку, сделать фиксацию и удаления повязок проще и менее болезненно. При наличии ран на лице мужчины должны бриться каждый день, чтобы также уменьшить риск инфицирования. Необходимость удаления волос следует обсуждать с пациентами.

- Рекомендуется в период ожогового шока, особенно при обширных поверхностных и пограничных ожогах, использование ватно-марлевых повязок с мазями на водорастворимой ПЭГ основе.

Комментарий: Такие повязки обладают сорбирующим действием, способствуют уменьшению потерь жидкости с ожоговой поверхности, согреванию больного, формированию сухого струпа, при этом не требуют частых перевязок [118, 119]. Альтернативой, особенно при глубоких ожогах, может быть применение марлевых влажно-высыхающие повязок с растворами антисептиков (лучше йодофоров, например, йодопирон или бетадин). Дополнительно проводится общее согревание тяжелообожженных с высушиванием ожогового струпа с помощью

соответствующего оборудования.

- Рекомендуется удалить у пациентов стационаров покрышки всех ожоговых пузырей и десквамированный эпидермис, т.к. они являются источником инфекции [120-123] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5**).

Комментарий: У пострадавших с небольшими ожогами, которые будут лечиться амбулаторно, маленькие пузыри (особенно на ладонях и подошвах) можно не трогать в течение первых 2-3 дней после травмы. Пузыри, вызванные химическими веществами также должны быть удалены, так как они могут содержать токсичные вещества. Использование современных раневых повязок требует удаления пузырей и десквамированного эпидермиса.

При более позднем выполнении туалета ожоговых ран влажный фибрин и отделяющийся струп также нужно удалить. Свернувшийся сухой фибрин (тонкий струп) лучше не удалять, так как при этом травмируются подлежащие ткани, лечение в этих случаях проводится под сухим струпом.

После туалета ожоговых ран повторно и более точно оценивается глубина и площадь поражения, определяется дальнейшая тактика местного лечения, в том числе необходимость в выполнении ранних хирургических операций (некротомия, хирургическая обработка или хирургическая некрэктомия).

Рекомендуется проводятся перевязки по показаниям, но не реже 2-3 раз в неделю. **Комментарий:** Показанием для более частой смены повязки является их промокание гнойным отделяемым, отек и гиперемия вокруг ожога, возобновление боли в ране, повышение температуры тела. Промокание повязок в первые 2-3 дня после ожога серозным отделяемым и небольшой отек является естественным для течения ожоговой раны, их не следует смешивать с нагноением ожоговой поверхности. При открытом методе местного лечения и использовании пленочных и/или мажевых повязок перевязки проводятся ежедневно. В то же время при переходе в 3 стадию раневого процесса необходимость в частых перевязках отпадает, и фиксированные повязки можно оставлять до полной эпителизации ран. Следует заметить, что по возможности проведение более редких перевязок, обожженных важно в плане уменьшения их дополнительных страданий, боли и метаболических нарушений [37]. При лечении в амбулаторных условиях явка пациента в поликлинику для продления листа нетрудоспособности не является показанием к перевязке.

- Рекомендуется проводить перевязки щадяще, не травмируя тонкий слой растущего эпителия, особенно при лечении ожогов II степени, когда идет эпителизация из сохранившихся дериватов кожи.

- Рекомендуется постоянный контроль состояния ран со стороны медицинского персонала для своевременного изменения тактики местного консервативного лечения (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5**).

Комментарий: Неотъемлемой составляющей местного лечения ожоговых ран является мониторинг, оценка его эффективности и унификация медицинской документации. Данные, полученные при первичном осмотре, определяют необходимую частоту последующих ревизий. Все параметры должны быть зарегистрированы при каждой перевязке, а всесторонняя оценка ран проводится каждую неделю или при существенном изменении состояния пациента. Документация должна отражать оценку состояния ожоговых ран в динамике, течение раневого процесса, назначаемые лечебные препараты и методы, их переносимость и побочные действия. При этом применение стандартной терминологии (Приложение Г16) позволяет облегчать взаимодействие врачей различных специальностей и провести сравнительные исследования по эффективности того или иного метода терапии с точки зрения доказательной медицины. Кроме этого, полная документация о ходе лечения и уходе – необходимое требование современной страховой медицины.

- Рекомендуется соблюдение технологий местного консервативного лечения пострадавших от ожогов в соответствии с клиническими ситуациями.

Комментарий: Применяется открытый или закрытый (повязочный) методы местного лечения ожоговых ран (Приложение Г17). Закрытый метод – основной метод лечения. Применение антибактериальных, стимулирующих и других лекарственных препаратов наиболее эффективно в составе раневых повязок. Под повязками создаются оптимальные условия для местного пролонгированного действия лекарственных препаратов. Нельзя использовать перевязочных средств, не ознакомившись с инструкцией производителя. Открытый метод можно применять при ожогах на участках, где повязки затрудняют уход и физиологические отправления, в основном - на лице и в области промежности.

На практике открытый и повязочный методы местного лечения ран могут быть реализованы соответственно сухим или влажным способом [124, 125].

Использование марлевых повязок с раствором йодофоров (йодопирон, бетадин и др.), мазями на водорастворимой ПЭГ основе в комплексе с дополнительными физическими методами высушивания струпа позволяют вести рану сухим способом, который показан в I стадию раневого процесса (некротическая и дегенеративно-воспалительная фазы), как правило, тяжелообожженным, при лечении обширных ожогов II-III степени и наличии

раневой инфекции. Открытый сухой метод с обработкой ран раствором йодофоров эффективно использовать только для консервации струпа на лице. Нет доказательств преимуществ применения каких-либо местных средств для лечения ожогов II степени на лице [126].

Использование атравматичных, гидрогелевых, гидроколлоидных, губчатых и пленочных повязок, а также серебросодержащих кремов, создающих влажную раневую среду, позволяет вести рану влажным способом, который более предпочтителен при отсутствии инфекции во 2-3 стадии раневого процесса (воспалительно-регенеративная и регенеративная фазы) для лечения ограниченных поверхностных и пограничных ожогов I-II степени, а также - «мозаичных» поражений II-III степени. Открытым влажным методом возможно ведение ран только на лице, а в остальных областях тела лучше использовать повязочный влажный метод. Влажный способ более атравматичный и менее болезненный, чем сухой способ.

При использовании влажного способа местного лечения, особенно на площади более 10% п.т. одномоментно, отмечается гнойно-резорбтивная лихорадка, свидетельствующая об увеличении интоксикации, что требует обязательного применения дезинтоксикационной терапии и ограничения использования этого способа у больных с обширными ожогами. Кроме этого, применение влажного способа у тяжелообожженных, особенно в первые дни после травмы, приводит к выраженной плазмопотере. Длительное применение повязок, создающих влажную раневую среду, способствует усилению гнойного воспаления в области ран с уже имеющимися признаками инфекции. Поэтому применение повязок, создающих влажную раневую среду, не рекомендуется на площади более 10% п.т., при обильном раневом отделяемом, нагноении ран и перифокальном воспалении. В этих условиях более обоснован сухой способ местного лечения с дополнительным местным использованием антимикробных препаратов.

При появлении эпителизации, т.е. при переходе в 3 стадию раневого процесса, рационально продолжение лечения сухим способом для укрепления новообразованного эпидермиса (например, с применением атравматичных повязок).

- Рекомендуется при **гиперемии кожи** (например, солнечные ожоги) использование коротким курсом мазей, содержащих глюкокортикоидные гормоны, или/и гелей с нестероидными противовоспалительными средствами, которые позволяют уменьшить боль и воспаление [127, 128] **(Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 3)**.
- Рекомендуется проводить **лечение поверхностных и пограничных ожоговых ран I-II степени консервативно с использованием раневых**

повязок, создающих влажную раневую среду [129] (Приложение Г18). Нет доказательств преимуществ каких-либо групп перевязочных средств для лечения поверхностных и пограничных ожоговых ран [130] (**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 2**).

Комментарий: В случае длительного (в течение 3 недель после травмы) незаживления пограничных ожогов необходим пересмотр местного лечения, т.к. возможно раны представляют собой глубокие ожоги, при которых показано проведение хирургического лечения по их пластическому закрытию.

- Рекомендуется при глубоких ожогах III степени в 1 стадию раневого процесса обосновано применение сухого способа лечения для «консервации» струпа (Приложение Г19).

Комментарий: При глубоких ожогах главная роль отводится не использованию перевязочных средств, а активной хирургической тактике, направленной на удаление некроза и пластическое закрытие ран. При отсутствии возможности одномоментного выполнения ранней операции на всей площади ожога при обширных поражениях проводится местная консервативная терапия. Начиная со 2 стадии раневого процесса, в том числе после проведения хирургической некрэктомии при подготовке ран к отсроченной аутодермопластике влажное ведение ран позволяет ускорить рост грануляций, сохранить участки подлежащей жизнеспособной дермы (парараневая зона), а также уменьшить площадь ран за счет эпителизации ожогов II степени из сохранившихся жизнеспособных дериватов кожных покровов. Непосредственно перед выполнением операции по пластическому закрытию ожогов III степени показан переход на сухой способ, при этом на операции более четко выявляются участки вторичного некроза, иссечение которых можно выполнить радикально.

- Рекомендуется в качестве временных покрытий после хирургической некрэктомии при обширных пограничных ожогах и гранулирующих ранах использовать биологические или синтетические повязки [131-133] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 4**).
- Рекомендуется при невозможности удаления ожогового струпа хирургическим путем при ожогах III степени выполнять химический

некролиз [134] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 4**).

Комментарий: Некролитические мази (например, 40% салициловая мазь) противопоказаны при тяжелом общем состоянии, сепсисе, влажном некрозе в ожоговой ране.

- Рекомендуется проводить лечение ран донорских участков после забора расщепленных аутодермотрансплантатов, особенно обширные, расположенные на боковых и задней поверхности тела, под однократно наложенными влажно-высыхающими марлевыми повязками с растворами антисептиков, используя дополнительные физические методы их высушивания [137, 138], а ограниченные по площади донорские раны лечить гидроколлоидными повязками [139] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2**).

Комментарий: Длительность заживления ран донорских участков после взятия расщепленных аутодермотрансплантатов толщиной 0,2-0,5 мм в основном зависит от толщины срезаемых кожных лоскутов. К настоящему времени нет совершенных методов лечения ран донорских участков. Одними из основных требований к повязкам является простота и доступность в их использовании.

Донорские участки обычно заживают к 10 суткам после операции, после чего повязки можно удалить. В тоже время сроками полной эпителизации донорских мест после взятия расщепленных аутодермотрансплантатов более рационально считать сроки, при которых возможно повторное взятие с этих участков расщепленных аутодермотрансплантатов (14-20 дней), что важно при проведении сравнительных исследований. При нагноении донорских ран их лечение проводится так же, как ожогов II степени.

- Рекомендуются для аппликации на пересаженные расщепленные перфорированные аутодермотрансплантаты влажно-высыхающие марлевые повязки с растворами антисептиков или мазями на ПЭГ основе, а также повязки, создающие влажную раневую среду.

Комментарий: Повязка для аппликации на пересаженные аутодермотрансплантаты должна защищать и обладать антиадгезивными свойствами, оптимизировать репаративный процесс, а также легко и безболезненно удаляться. Также одними из требований к таким повязкам является простота и доступность при использовании. При использовании

повязок, создающих влажную раневую среду, через 3-4 суток после операции на первой перевязке проводится их замена на марлевые влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков для поддержания новообразованного эпидермиса.

- Рекомендуется местное консервативное лечение небольших (не более 10-14 см²) длительно существующих остаточных ожоговых ран.

Комментарий: Наиболее эффективно при этом их этапное лечение [140]. На первом этапе – очищение ран от струпа и гнойных корок, включая гидротерапию. На втором этапе – купирование инфекции и аутоиммунного компонента (повязки с антибактериальными и противогрибковыми препаратами, местное применение гормонов). На третьем этапе - местное лечение проводится путем чередования повязок, создающих влажную или сухую раневую среду.

Местное применение физических методов воздействия

- Рекомендуется у пациентов с ожогами использование вакуум-терапии (вакуумирование ран - вакуумная окклюзирующая повязка), ультразвуковой обработки и ультрафиолетового облучения ран [167].

Комментарий: Ультразвуковая обработка гранулирующих ран при подготовке к операции обеспечивает интенсивное удаление гнойного отделяемого, налета фибрина, участков отторгающегося струпа, некротизированной дермы и патологически измененных гипертрофических грануляций [168-171, 125] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3**).

Вакуум-терапия после некрэктомии глубоких ожоговых ран и при подготовке длительно существующих, инфицированных гранулирующих ран к аутодермопластике уменьшает отёк тканей, улучшает кровоснабжение, снижает бактериальную обсеменённость ран, ускоряет их очищение от фокусов некроза, стимулирует формирование грануляционной ткани, сокращает сроки восстановления целостности кожных покровов [172-175] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3**).

Эффективность вакуум-терапии для лечения пограничных ожогов и после аутодермопластики не доказана [176, 177] (**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 2**).

Ультрафиолетовое облучение ран применяется при осложнении пиодермией, в том числе роже (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5**).

Эффективность других физических методов местного воздействия на ожоговые раны требует доказательств.

- Рекомендуется проводить лечение тяжелообожженных с циркулярными ожогами туловища и (или) конечностей в условиях специальных флюидизирующих кроватей, которые обладают противоположным и подсушивающим действием, создают абактериальную среду [178, 179] **(Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 4)**, а при их отсутствии – на специальных кроватях-сетках.
- Рекомендуется применение других дополнительных методов местного воздействия на раны: комбинация механического очищения ран с их промыванием физиологическим раствором или растворами с детергентами, в том числе с использованием «пульсирующей струи», гидротерапия (мытьё пациентов в ванне или под душем) [180-185] **(Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3)**.
- Рекомендуется для создания оптимальных условий для заживления ран и профилактики развития контрактур необходимо позиционирование **(лечение положением)** обожженных частей тела пациентов (например, на специальных подставках или сетках), возвышенное положение конечностей, особенно в остром периоде для уменьшения отека, кинезиотерапия (активные и пассивные движения в пораженных конечностях), а также ранняя активизация пациентов.

Местное применение антимикробных препаратов

Местные антимикробные препараты являются дополнением к местному консервативному лечению ожоговых ран (Приложение Г20), применяются как при непосредственной обработке ран на перевязках, так и в составе влажновысыхающих, мазевых и других раневых повязок, а также в комплексе с физическими методами воздействия (ультразвуковая обработка, гидротерапия).

***Комментарий:** Использование местных антимикробных средств позволяет уменьшить количество местных инфекционных осложнений и, соответственно, улучшить условия для регенерации ран, а также ограничить опасность развития общих инфекционных осложнений, в том*

числе генерализации инфекции, особенно при обширных ожогах [141-147].

Не выявлено доказательств в эффективности использования различных местных антимикробных средств для предотвращения местных инфекций и/или сепсиса у ожоговых больных [148].

Медикаментозные и физические методы местного лечения обожженных эффективны только при комплексном применении.

Инфекцию легче предотвратить, чем лечить. Создание условий для скорейшего заживления ожоговых ран на основе применения оптимальных технологий местного лечения является наиболее важным в плане профилактики ожоговой инфекции.

Хирургическое лечение

Основным принципом лечения глубоких ожогов III степени является хирургическое восстановление целостности кожного покрова в зонах глубокого поражения. Наличие глубокого ожога является показанием к хирургическому лечению независимо от сроков получения ожоговой травмы, площади поражения, других клинических и организационных факторов. При «пограничных» ожогах II степени хирургическое лечение используется для создания оптимальных условий для их эпителизации.

Задачи хирургического лечения:

1. Скорейшее освобождение ожоговой раны от нежизнеспособных тканей.
2. Профилактика нарушений и восстановление кровоснабжения тканей, прилежащих к зонам глубокого поражения.
3. Профилактика и лечение раневой инфекции, снижение уровня раневой интоксикации.
4. Восстановление целостности кожного покрова путём хирургического пластического закрытия раневых дефектов.
5. Снижение летальности, сокращение сроков лечения.
6. Достижение оптимального функционального и эстетического результата, максимально возможное восстановление качества жизни пострадавшего.

Методы хирургического лечения пострадавших с ожогами (Приложение Г21):

1. Хирургическая обработка ожоговых ран.
2. Некротомия.
3. Хирургическая некрэктомия.

4. Ампутация пораженной конечности или сегмента.
5. Хирургическое очищение ожоговой раны.
6. Иссечение грануляций.
7. Пластическое закрытие раневого дефекта.
8. Реконструктивно-пластические операции.

Комментарий: При протоколировании хирургического вмешательства в обязательном порядке указывается метод, техника выполнения, глубина иссечения, локализация и площадь иссечения и пластики в процентах поверхности тела или в квадратных сантиметрах. Хирургические операции кодируются согласно «Номенклатуре медицинских услуг» (Приложение А3).

- Рекомендуется проводить хирургическое лечение обожженных, в том числе активное использование методов раннего хирургического лечения, в ожоговых отделениях/центрах в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия (комбустиология), включая обеспечение:
 - достаточным количеством хирургических бригад, имеющих подготовку по комбустиологии в системе последиplomного образования и опыт работы;
 - необходимым количеством операционных для ежедневной работы и экстренной операционной, работающей в круглосуточном режиме;
 - необходимым количеством специального хирургического инструментария и оборудования;
 - круглосуточной анестезиологической и реанимационной службой в соответствии с потребностью;
 - достаточным количеством сестринского и вспомогательного персонала, прошедшего подготовку по комбустиологии, в том числе для обеспечения ранней реабилитации ожоговых больных;
 - достаточным количеством помещений для ожоговых больных, отвечающих требованиям СанПиН.

Тактика и техника хирургического лечения, пострадавших с ожогами (Приложения Г22 и Г23).

- Рекомендуются в качестве оптимальных сроки начала раннего хирургического лечения тяжелообожженных – 2-4 сутки после получения ожоговой травмы сразу по купировании ожогового шока, на фоне продолжающейся интенсивной терапии.
- Рекомендуются в качестве оптимальных сроки раннего хирургического лечения ограниченных по площади глубоких ожогов – 1-2 сутки от поступления больного.
- Рекомендуется при невозможности одноэтапного иссечения ожогового струпа на всей площади полное удаление нежизнеспособных тканей в течение 10-14 дней после травмы.

Комментарий: При планировании хирургической некрэктомии (иссечения) учитываются особенности техники выполнения оперативного вмешательства:

- *тангенциальное иссечение – имеет преимущества по времени выполнения, сохранности неповреждённой ткани, лучшим функциональным и эстетическим результатом, но сопровождается значительной кровопотерей, трудностями гемостаза и объективной оценки радикальности иссечения;*
- *иссечение окаймляющим разрезом – обеспечивает большую радикальность, меньшую и контролируемую кровопотерю, более надёжный гемостаз, но значительно увеличивает продолжительность вмешательства, ведет к потере части жизнеспособной ткани, ухудшает функциональный и эстетический результат.*
- Рекомендуется в качестве раннего хирургического лечения «пограничных» ожогов проведение тангенциальной некрэктомии (дермабразии).

- Рекомендуется в качестве основного метода раннего хирургического лечения глубоких ожогов хирургическая некрэктомия с одновременным или отсроченным пластическим закрытием послеоперационного дефекта.
- Рекомендуется при обширных глубоких ожогах площадь хирургической некрэктомии за один этап планировать, исходя из 1/3 площади глубокого поражения.
- Рекомендуется в качестве основного способа оценки жизнеспособности тканей при раннем хирургическом лечении является визуальная оценка.

Комментарий: При неуверенности оперирующего хирурга в радикальности некрэктомии (иссечения) – кожная пластика выполняется отсрочено на 2-7 дней.

- Рекомендуется для временного закрытия раневого дефекта после некрэктомии (иссечения) использование ксенотрансплантатов или других раневых покрытий, обеспечивающих антибактериальный эффект и создание оптимальной раневой среды.
- Рекомендуется при отсутствии репаративных процессов в ожоговой ране при «пограничных» поражениях в течение 10 дней после травмы применять методы хирургического лечения по их пластическому закрытию.
- Рекомендуется в качестве оптимальных сроки выполнения кожной пластики на гранулирующую рану - 18-21 сутки после получения ожога.

Комментарий: Длительной консервативной подготовке гранулирующей раны следует предпочесть радикальное иссечение патологических грануляций с выполнением одномоментной кожной пластики.

- Рекомендуется при планировании и осуществлении хирургического лечения у пострадавших с ожогами обеспечить:
 - коррекцию анемии (уровень гемоглобина не ниже 90 г/л);
 - адекватную нутритивную поддержку (уровень общего белка плазмы не ниже 50 г/л);

- коррекцию свёртывающей системы крови (нормализация коагулограммы);
 - снижение высокого («критического») уровня микробной обсемененности ран перед их пластическим закрытием;
 - адекватную антибактериальную терапию;
 - правильное позиционирование пациентов, в том числе на флюоризирующих кроватях.
- Рекомендуется обеспечить проведение хирургического лечения пациентов с глубокими ожогами необходимыми трансфузионными средами (эритроцитарная масса, эритроцитарная взвесь и плазма).

Комментарий: Расчетный объём кровопотери при выполнении хирургической некрэктомии (иссечения) составляет в среднем 0,5-1,0 мл с 1 см² иссекаемой поверхности.

К методам снижения кровопотери при хирургическом лечении относятся [201, 202]:

- оптимальные сроки начала хирургического лечения после травмы;
- правильный выбор техники иссечения;
- тщательный интраоперационный гемостаз;
- своевременная коррекция гипотонии и гипотермии на операционном столе;
- поддержание предоперационной гемодилуции;
- использование антикоагулянтов и антиагрегантов строго по показаниям, под лабораторным контролем;
- использование системных гемостатических прерататов перед проведением обширных операций;
- использование «пневможгута» при операциях на конечностях;
- использование гемостатических повязок на иссеченную поверхность, в том числе с раствором эпинефрина/адреналина (1 мг/мл в 1000 мл физиологического раствора в концентрации 1:500000);
- тугое эластичное бинтование в раннем послеоперационном периоде;

- *правильное позиционирование пациента.*
- *своевременное выявление раннего послеоперационного кровотечения.*

Периоперационный период является крайне опасным по риску развития тромбогеморрагических осложнений и требует тщательного контроля за состоянием системы гемостаза.

- Рекомендуется восполнять кровопотерю при хирургической некрэктомии (иссечении) на площади 5% поверхности тела и более трансфузией эритроцитарной массы (эритроцитарной взвеси) и плазмы крови в соотношении 1:1 в объеме кровопотери.
- Рекомендуется все хирургические манипуляции у пострадавших с ожогами производить под общим обезболиванием, а по показаниям - использовать другие виды анестезии.
- Рекомендуется при наличии показаний ведение раннего послеоперационного периода осуществлять в отделении анестезиологии-реанимации.

Иное лечение

Лечение отравлений продуктами горения

- При подозрении или подтверждении отравления угарным газом (увеличение уровня HbCO > 10%) показано назначение антидотной терапии (кислород со скоростью 8-15 л / мин в течение не менее 6 ч., ацизол в дозе 60 мг/мл внутримышечно по 1 мл 3 раза в течение первых 2-х часов от момента поступления в стационар и по 1 мл 1 раз в течение последующих двух суток). Эффективность гипербарической оксигенации при отравления угарным газом не доказана [56].
- При подозрении на интоксикацию цианидами (стойкие клинические проявления поражения ЦНС (кома), выраженный ацидоз, гиперлактатемия, повышение SvO₂ смешанной венозной крови, низкая артериовенозная разница по кислороду), в качестве антидотной терапии, рекомендовано внутривенное введение 10 мл 2% раствора нитрита

натрия, 50 мл 1% раствора метиленового синего на 20 % растворе глюкозы и 30-50 мл 30 % раствора тиосульфата натрия [57-59].

- Идентификация других высокотоксичных продуктов горения и диагностика различных видов отравлений с возможностью проведения антидотной терапии требует дальнейшего изучения.

Лечение осложнений ожоговой болезни и сопутствующих заболеваний

- Лечение осложнений ожоговой болезни и сопутствующих заболеваний проводится в соответствии с конкретной нозологией.

9. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ

Медицинская реабилитация пострадавших от ожогов - комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение и устранение патологических последствий ожоговой травмы.

***Комментарий:** Программы реабилитации обожженных охватывают широкий круг медицинских и социальных мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление физических и психологических способностей пациентов, их успешную адаптацию в обществе, улучшение качества жизни.*

Этапы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов

- Рекомендуются следующие этапы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов:
 - 1 этап: ранняя (консервативная и хирургическая) реабилитация при острой травме.
 - 2 этап: консервативная реабилитация при последствиях ожогов.
 - 3 этап: хирургическая реабилитация при последствиях ожогов.

Принципы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов

- Рекомендуются следующие принципы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов:
 - Раннее начало (сразу после травмы с началом лечения).
 - Комплексное лечение.
 - Непрерывность и последовательность лечебных мероприятий.

- Индивидуальный подход.
- Преемственность при ведении пациента.
- Рекомендуются деление медицинской реабилитации пострадавших от ожогов по срокам выполнения на раннюю и позднюю.

Ранняя реабилитация пострадавших от ожогов проводится в период существования ожоговых ран и включает:

- своевременное и адекватное местное и общее лечение;
- рациональное обезболивание;
- психологическую реабилитацию;
- статическую реабилитацию (правильное позиционирование пораженных частей тела, функциональная кровать, обеспечение легочного дренажа и т.д.);
- иммобилизацию и пассивные движения в суставах;
- активные движения (ЛФК, дыхательная гимнастика, ранняя активизация);
- физиотерапию.

Поздняя реабилитация пострадавших от ожогов проводится после заживления ожоговых ран и включает:

- профилактику и лечение послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций:
 - в периоде «созревания» рубцов – комплекс консервативного лечения, направленного на предотвращение избыточного роста рубцов;
 - после «созревания» рубцов – плановые реконструктивные операции, профилактика роста послеоперационных рубцов.
- лечение соматических последствий ожоговой болезни;
- психологическую реабилитацию и трудоустройство;
- диспансерное наблюдение, консервативное и хирургическое лечение в ожоговых отделениях (центрах);
- продолжение реабилитации в амбулаторных условиях в поликлиниках по месту жительства пациентов;

- проведение реабилитационных мероприятий в специализированных медицинских и санаторно-курортных организациях (при наличии медицинских показаний).
- Рекомендуется при проведении профилактики и лечения послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций применять методы, эффективность которых доказана (Приложение Г24).
- Рекомендуется выбор тактики лечения патологических рубцов кожи определять в соответствии с:
 - Типом рубцов (гипо- или атрофический, нормотрофический, гипертрофический или келоидный).
 - Стадией развития и «активность» роста рубцов – «незрелые» или «зрелые».
 - Наличием рубцовой деформации.

Комментарий: Наиболее обоснованным подходом к терапии гипертрофических и келоидных рубцов является своевременная профилактика патологического рубцевания. Гораздо эффективнее предотвратить появление грубых рубцов, чем лечить уже существующие. Переход от профилактики к лечению происходит на этапе, когда диагностируется незрелый гипертрофический или келоидный рубец.

Выраженность эритемы считается важным прогностическим признаком для определения характера развития рубца и его реакции на лечение.

Если эритема не исчезает в течение 1 мес., риск развития гипертрофического рубца увеличивается.

Не существует единого подхода в методиках оценки результатов профилактики и лечения рубцов. Оценка характера и степени влияния метода лечения незрелых послеожоговых рубцов может проводиться с использованием Ванкуверской шкалы (Vancouver Scar Scale) [203] или ее аналогов (Приложение Г25).

Консервативная профилактика и лечение послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций:

1. Рекомендуется лечебная физкультура в течение не менее 1 года.
2. Рекомендуется увлажняющие и смягчающие средства для зажившей кожи.
3. Рекомендуется защита от ультрафиолетового облучения (инсоляции и др.) в течение не менее 1 года после заживления ожоговых ран с

помощью защитной одежды, солнцезащитных средств, а также образа жизни и поведения [204] (**Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств 2**).

4. Рекомендуются местные средства с противозудным действием (антигистаминные, противовоспалительные, гормонсодержащие препараты, протеолитические ферменты, местные анестетики) [206-208] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 3**), при сильном зуде – антигистаминные, противозудные (предпочтительно Габапентин) [209-213] и антидепрессантные препараты для системного применения. Эффективность различных противозудных препаратов не доказана [205].
5. Рекомендуется дистракционный метод (шинирование) при развитии рубцовых деформаций в течение 1-6 мес. после выписки.
6. Рекомендуется применение компрессионной терапии (ношение компрессионной одежды) в течение 6-12 мес. [214] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2**).
7. Рекомендуется применение силиконсодержащих пластин или гелей не менее 2 мес. [215] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2**).
8. Рекомендуются при ограниченных гипертрофических и особенно келоидных рубцах внутрирубцовые инъекции кортикостероидных препаратов (бетаметазон или триамцинолон) через 1-6 мес. после заживления ран [216, 217] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 3**).
9. Рекомендуется при гипертрофических рубцах электрофорез (фармафорез) с ферментными препаратами №7-10 и/или аппликация ферментосодержащего геля на рубцы в течение 1-2 мес. [218]. (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности**

- доказательств 3).** Более эффективно сочетанное применение ферментов (гиалуронидазы и коллагеназы) [219].
10. Эффективность массажа не доказана [220], однако массаж позволяет уменьшить контрактуры и кожный зуд [221] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5).**
 11. Не рекомендуется применение любых согревающих процедур в периоде «созревания» рубцов.
 12. Эффективность лазерной терапии (лазерных дермабразий) при «незрелых» рубцах требует доказательств, а при келоидных рубцах - не рекомендуется [222-224].
 13. Нет достоверных доказательств использования препаратов на основе экстракта лука (*extractum serae*), особенно в качестве монотерапии [225] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 3).**
 14. Рекомендуется для лечения келоидных рубцов, резистентных к другим методам лечения, применение лучевой терапии (рентгенотерапия, Букки-терапия), особенно в комбинации с хирургическим вмешательством. Наилучшие результаты отмечаются при использовании доз излучения 1500—2000 рад в течение 5-6 сеансов в раннем послеоперационном периоде [226, 227].
 15. Криотерапия эффективна только для лечения очень маленьких по размеру рубцов.
 16. Рекомендуется санаторно-курортное лечение, включая использование бальнеологических методов - сульфидные (сероводородные) орошения (для пациентов старше 2 лет) и\или общие ванны (для пациентов старше 4 лет), проводить через 1-6 мес. после выписки из стационара.

Комментарий: В связи с многообразием вариантов ожоговых поражений и их последствий программы реабилитации составляются с учетом индивидуального подхода. Крайне важно, чтобы врач знал о различных доступных методах и имел возможность индивидуализировать лечение, потому что некоторые пациенты могут не реагировать на какой-либо один метод лечения [228].

Рекомендуется построение долгосрочной программы профилактики и лечения, включающей последовательное использование различных методов:

сочетание препаратов с различным механизмом действия и путей их введения, комбинация их с физиотерапевтическими и хирургическими методами лечения.

Программы консервативной профилактики и лечения больных, перенесших ожоговую травму, включает: базовую программу, которая проводится всем пациентам с последствиями ожогов (пункты 1-3) и специальную индивидуальную программу (пункты 4-16).

Комбинированная противорубцовая терапия более эффективна, чем монотерапия.

Все пациенты с послеожоговыми гипертрофическими и келоидными рубцами должны получать компрессионную терапию и препараты силикона в качестве первой линии лечения [37, 229, 230] (**Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2**). Для достижения максимального эффекта рекомендуется поддерживать в месте поражения уровень давления 20-32 мм рт. ст. в течение 6-12 мес [231]. Комплаентность пациентов в данном случае является ключевым фактором, поскольку эффективность напрямую зависит от длительности лечения [232-234]. Рекомендовано применение терапии на основе силикона (гель или пластины) начинать через 2 недели после заживления раны [235]. Рекомендуется использовать силиконовые пластины на рубцах в течение 20-23 ч в сутки (снимать только для гигиены и увлажнения) или любой силиконовый гель наносить два раза в день.

Проведение инъекций стероидов в область рубца - терапия второй линии в тяжелых случаях, трудно поддающихся лечению.

Хирургическая реабилитация пациентов с последствиями ожоговой травмы:

- Сроки реконструктивно-восстановительных операций зависят от общего состояния пациента и характер рубцового поражения.
- Наиболее целесообразно их выполнение через 1-2 года после ожоговой травмы по мере стабилизации состояния пациента и созревания рубцовой ткани [236] (**Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств 5**).

- При рубцовых поражениях, относительно быстро ведущих к тяжелым осложнениям (резкий выворот век с нарушением зрения, стенозирование естественных отверстий (микростомия, стеноз анального канала), тяжелые контрактуры 1-2 суставов, шеи, изменение роста костей у детей из-за рубцовых деформаций и др.), а также когда есть возможность полностью ликвидировать рубцовый массив (локальные рубцы) с одномоментной пластикой раны здоровыми тканями смежных или отдаленных областей, при условии хорошего состояния пациента, сроки оперативных вмешательств могут быть более ранними, через несколько месяцев.
- После реконструктивных операций вновь проводят комплекс консервативных мероприятий с целью профилактики роста рубцов.

10. ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ

Пациентов, выписавшихся из стационара, нужно разделить на несколько групп:

- не нуждающихся в каком-либо лечении;
- нуждающихся только в консервативном лечении;
- нуждающихся в относительно срочных операциях в связи с быстро прогрессирующими патологическими изменениями;
- больных, требующих длительного и систематического консервативного и оперативного лечения в связи с большим объемом последствий ожоговой травмы.
- Диспансерное наблюдение за больными с последствиями термической травмы после их выписки из стационара рекомендовано проводить в ожоговые отделения/центрах, специалисты которых разрабатывают схемы профилактики и лечения послеожоговых рубцов, проводят динамическое наблюдение, определяют показания и сроки проведения реконструктивно-восстановительных операций.

- Основные лечебно-профилактические мероприятия по реабилитации пострадавших от ожогов осуществляются в амбулаторных условиях в поликлиниках по месту жительства пациентов.

Комментарий: После выписки пациента, пострадавшего от ожога, из стационара чрезвычайно важно четко организовать и продолжить проведение реабилитации, осуществляемой с применением различных лечебных и профилактических методов, направленных на максимально возможное физическое и психосоциальное восстановление пациентов. В этой работе должны принимать участие различные специалисты - комбустиологи, пластические хирурги, терапевты, невропатологи, методисты лечебной физкультуры, психологи и т.д., что требует четкой согласованности, знания специфики современных средств реабилитации, соблюдения принципов непрерывности и преемственности.

- **Эффективность реабилитации пострадавших от ожогов определяется:**
 - своевременностью начала и настойчивостью проведения всего комплекса профилактических и лечебных мероприятий;
 - квалификацией и опытом медперсонала;
 - упорством и дисциплинированностью самих пациентов.

Комментарий: Только использование всего комплекса методов медикаментозного, хирургического и физиотерапевтического лечения, а также психосоматической и социальной реабилитации, способно улучшить результаты оказания помощи пациентам, перенесшим ожоговую травму. Конечным итогом реабилитации является социально-трудовая и бытовая адаптация пострадавших от ожогов в обществе, предусматривающая адекватное трудоустройство, при необходимости обучение, получение новой профессии, изменение условий труда и быта.

Список литературы

1. Welch G.W. et al. The use of steroids in inhalation injury // *Surgery, gynecology & obstetrics*. – 1977. – Т. 145. – №. 4. – P. 539-544.
2. Goh S. H. et al. Disaster preparedness: experience from a smoke inhalation mass casualty incident // *European Journal of Emergency Medicine*. – 2006. – Т. 13. – №. 6. – P. 330-334.
3. Cannon J. et al. Joint Trauma System Clinical Practice Guideline (JTS CPG) Inhalation Injury and Toxic Industrial Chemical Exposure (CPG ID: 25) // *US Army Institute of Surgical Research*. – 2008. – 8 p.
4. Андреева Т.М. Травматизм в Российской Федерации на основе данных статистики. // *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»* (<http://vestnik.mednet.ru/content/view/234/30/lang,ru/>). - 2010. - №4 (16).
5. Алексеев А.А. Организация медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации // *Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов России*. — Саратов, 2010. — С. 15–16.
6. Шлык И.В. Диагностика поражений дыхательных путей и прогнозирование исхода комбинированной термической травмы: Автореф. дис.канд. мед. наук. - СПб., 2000. - 23 с.
7. Cha S.I. et al. Isolated smoke inhalation injuries: acute respiratory dysfunction, clinical outcomes, and short-term evolution of pulmonary functions with the effects of steroids // *Burns*. – 2007. – Т. 33. – №. 2. – P 200-208.
8. Darling G.E. et al. Pulmonary complications in inhalation injuries with associated cutaneous burn // *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. – 1996. – Т. 40. – №. 1. – P. 83-89.
9. Head J.M. Inhalation injury in burns // *The American Journal of Surgery*. – 1980. – Т. 139. – №. 4. – P. 508-512.
10. Raff T., Germann G., Hartmann B. The value of early enteral nutrition in the prophylaxis of stress ulceration in the severely burned patient // *Burns*. – 1997. – Т. 23. – №. 4. – P. 313-318.
11. Voeltz P. Inhalation trauma // *Der Unfallchirurg*. – 1995. – Т. 98. – №. 4. – P. 187-192.
12. Garra G. et al. The Wong-Baker pain FACES scale measures pain, not fear // *Pediatric emergency care*. – 2013. – Т. 29. – №. 1. – P. 17-20.
13. Manworren R.C.B., Hynan L.S. Clinical validation of FLACC: preverbal patient pain scale // *Pediatric nursing*. – 2003. – Т. 29. – №. 2. – P. 140-146.
14. Боечко С.К., Полищук С.А., Розин В.И. Поражение дыхательных путей у обожженных. – Киев: Здоровье, 1990. – 132 с.
15. Климов А.Г. Диагностика и лечение термических поражений дыхательных путей у тяжелообожжённых // *Анестезиология и реаниматология*. – № 2 – 1998. – С. 21-26.
16. Шлык И.В. Диагностика поражений дыхательных путей и прогнозирование исхода комбинированной термической травмы: Автореф. дис.канд. мед. наук.

-СПб., 2000. - 23 с.

17. Курбанов Ш.И. Ранняя бронхоскопическая и морфологическая диагностика с прогнозом при термоингаляционной травме // Бюл. эксперим. биологии и медицины. – 1997. – Т. 124. – N 8. – С.221-225.

18. Курбанов Ш.И., Стрекаловский В.П., Мороз В.Ю., Алексеев А.А., Устинова Т.С., Лавров В.А., Каем Р.И., Коимшиди О.А. Локализация и характер термоингаляционных поражений органов дыхания // Военно-медицинский журнал. – 1995. – N 2. – С.38-41.

19. Voeltz P. Inhalation trauma // Der Unfallchirurg. – 1995. – Т. 98. – №. 4. – P. 187-192.

20. Pallua N., Warbanon K., Noach E., Macheus W.G., Poets C., Bernard W., Berger A. Intrabronchial surfactant application in cases of inhalation injury: first results from patients with severe burns and ARDS // Burns (Oxford) - 1998. – Vol. 24. – N 3. – P.197-206.

21. Синев Ю.В., Скрипаль А.Ю., Герасимова Л.И., Логинов Л.П., Прохоров А.Ю. Фибробронхоскопия при термоингаляционных поражениях дыхательных путей // Хирургия. – 1988. – N 8. – С.100-104.

22. Masanès M.-J. Fiberoptic bronchoscopy for the early diagnosis of subglottal inhalation injury: comparative value in the assessment of prognosis // Journ. trauma. – 1994. – Vol. 36. – N 1. – P.59-67.

23. Cecconi M. et al. Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine // Intensive care medicine. – 2014. – Т. 40. – №12. – P. 1795-1815.

24. Hudspith J., Rayatt S. First aid and treatment of minor burns //BMJ. - 2004. -V. 328. -P. 1487-1489. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7454.1487>.

25. Venter T.H., Karpelowsky J.S., Rode H. Cooling of the burn wound: the ideal temperature of the coolant. //Burns. – 2007. - 33(7). –P. 917-922.

26. Stratta R.J., Saffle J.R., Kravitz M., Warden G.D. Management of tar and asphalt injuries. //Am J Surg. -1983. -146. –P.766-769.

27. Tierman E., Harris A. Butter in the initial treatment of hot tar burns. //Burns. - 1993. -19. –P.437-438.

28. Frye K.E., Izenberg S.D., Williams M.D., Luterman A. Simulated biologic intelligence used to predict length of stay and survival of burns. //J Burn Care Rehabil. -1996. -17. –P.540-546.

29. Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка».

30. Jamshidi R., Sato T.T. Initial assessment and management of thermal burn injuries in children. //Pediatr Review. -2013. -34. –P.395-404.

31. Dunham M.C. et al. Guidelines for emergency tracheal intubation immediately after traumatic injury // Journal of Trauma and Acute Care Surgery. – 2003. – Т. 55. – №. 1. – P. 162-179.

32. Guidelines for Treatment of Inhalation Injury. British Burn Association 32nd Annual Meeting // Journal Burn Care Rehabilitation. – 1998. – 19: 210 – 2.

33. Madnani D.D., Steele N.P., de Vries E. Factors that predict the need for intubation in patients with smoke inhalation injury // *Ear, nose, & throat journal*. – 2006. – Т. 85. – №. 4. – P. 278-280.
34. Management of airway burns and inhalation injury PAEDIATRIC // *Care of burns in Scotland*. – 2009. – 7 p.
35. Terragni P., Antonelli M., Fumagalli R. et al. Early versus late tracheotomy for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adult ICU patients: a randomized controlled trial. // *JAMA*. -2010. -303. –P. 1483–1489.
36. Scales D. et al. The effect of tracheostomy timing during critical illness on long-term survival. // *Crit Care Med*. -2008. – 36. –P. 2547–2557.
37. ISBI Practice Guidelines for Burn Care // *Burns*. -2016. –V.42. – I.5. –P. 953–1021 (DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>)
38. Slutsky A.S. Mechanical ventilation. American College of Chest Physicians' Consensus Conference // *CHEST Journal*. – 1993. – Т. 104. – №. 6. – P. 1833-1859.
39. Mlcak R.P., Suman O.E., Herndon D.N. Respiratory management of inhalation injury // *Burns*. – 2007. – Т. 33. – №. 1. – P. 2-13.
40. Mueller B.A. et al. Randomized controlled trial of ionization and photoelectric smoke alarm functionality // *Injury prevention*. – 2008. – Т. 14. – №. 2. – P. 80-86.
41. Slutsky A.S. Mechanical ventilation. American College of Chest Physicians' Consensus Conference // *CHEST Journal*. – 1993. – Т. 104. – №. 6. – P. 1833-1859.
42. Cancio L.C., Kramer G.C., Hoskins S.L. [Gastrointestinal fluid](#) resuscitation of thermally injured patients. // *J Burn Care Res*. -2006. -27. P.561-9.
43. Michell M.W., Oliveira H.M., Kinsky M.P., Vaid S.U., Herndon D.N., Kramer G.C. Enteral resuscitation of burn shock using [World Health Organization oral rehydration solution: a](#) potential solution for mass casualty care. // *J Burn Care Res*. -2006. -27. –P.819-25.
44. Jeng J., Gibran N., Peck M. Burn care in disaster and other austere settings. // *Surg Clin North Am*. -2014. -94. P.893-907.
45. El-Sonbaty M. Oral rehydration therapy in moderately burned children. // *Ann MBC*.-1991. -4. –P.29-32.
46. Hoste E.A. et al. Four phases of intravenous fluid therapy: a conceptual model // *British journal of anaesthesia*. – 2014. – Т. 113. – №. 5. – P. 740-747.
47. Лекманов А.У., Азовский Д.К., Пилютик С.Ф. Пути снижения нагрузки у детей с обширными ожогами в первые 24 часа после повреждения // *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. – 2016. – №4. – С. 30-36.
48. Pham T.N., Cancio L.C., Gibran N.S. American Burn Association practice guidelines burn shock resuscitation // *Journal of burn care & research*. – 2008. – Т. 29. – №. 1. – P. 257-266.
49. Министерство здравоохранения РФ ПН№011337/01 от 09.08.16 «Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Волювен».
50. Алексеев А.А., Лавров В.А., Дутиков В.Н. Ожоговый шок: патогенез, клиника, лечение // *Вестник интенсивной терапии*. – 1995. – №2. – С. 31-36.
51. Спиридонова Т.Г., Жиркова Е.А., Борисов И.Г. Алгоритм расчета объема

послешоковой инфузионной терапии. // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Термические поражения и их последствия», Ялта. – 2016