

УДК 616-001.17-02-085

АНАЛІЗ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ОПІКОВИХ ТРАВМ

Глущенко О.М., Хоменко Р.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. Лікування опікової травми є однією з найбільш актуальних проблем у сучасній медицині. У всьому світі відзначають велику кількість випадків отримання опікової травми. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, опікова травма посідає третє місце серед усіх інших травм. У світі щороку на кожний мільйон жителів припадає 300 осіб, які потребують лікування з приводу опіків або їх ускладнень. В Україні опікова травма становить 10 випадків на 10 000 населення, з показником летальності серед дорослого населення – 28%. Пацієнти, які перенесли опікову травму, змушені проходити відновне лікування протягом тривалого періоду часу, середня тривалість лікування серед дорослих пацієнтів становить 15 днів у стаціонарному відділенні [3,5]. Реабілітація може тривати декілька місяців, або й років.

Мета дослідження. Проаналізувати причини виникнення та основні принципи лікування опікових хвороб.

Методи дослідження. Систематизація та аналіз літературних даних.

Основні результати. Опіками називають групу ушкоджень організму, спричинених термічними, хімічними, електричними, променевими та світловими факторами. Тяжкість опіку визначається площею, глибиною ушкодження шкіри і підлеглих тканин та ураженням дихальних шляхів [1].

Заслуговує на увагу класифікація глибини термічних уражень Е.Я. Фістала та ін., прийнята на XX з'їзді хірургів України в 2002 році:

I ступінь – епідермальний опік (біль, гіперемія, пухирі, наповнені серозною рідиною янтарного кольору, ушкодження епідермісу до росткового шару).

II ступінь – дермальний поверхневий опік (як правило, шкіра без епідермісу, або він розташований на рані у вигляді шматків, які легко видаляються). Больова чутливість знижена. В подальшому на ранах формується сухий або вологий струп. Пошкодження дерми до придатків шкіри (пітні і сальні залози, волосяні фолікули та їх протоки).

III ступінь – дермальний глибокий опік (тотальний некроз шкіри до підшкірно-жирової клітковини).

IV ступінь – субфасціальний опік (некроз шкіри, підшкірно-жирової клітковини, поверхневої фасції, м'язів, кісток).

За особливостями лікування та загоєння опікових ран виділяють поверхневі та глибокі опіки. До перших належать опіки I–II ст., оскільки вони здатні загоюватися самостійно за рахунок епітелізації з придатків шкіри та їх протоків. Опіки III–IV ступенів називають глибокими, їх загоєння можливе лише шляхом пересадки повношарових шкірно-жирових трансплантатів на живильній ніжці або вільних розщеплених аутодермотрансплантатів на гранулюючі рани. При певній мінімальній площі та глибині ураження розвивається опікова хвороба, тяжкість якої наростає пропорційно збільшенню площі та глибини опіку [1,4]. Основними принципами першої допомоги є ліквідація причини опіку та

зниження температури травми. Лікування залежить від тяжкості. Найчастіше для цього використовують лікарські засоби з групи опіоїдів, бензодіазепінів, антидепресантів та антиконвульсантів, для місцевого лікування застосовують сполуки або солі срібла (наприклад, аргентум сульфодіазин).

Першим етапом лікування опіків є усунення болю. Залежно від тяжкості на цьому етапі використовують холодну воду чи холодну вологу пов'язку в поєднанні з анальгетиками з ОТС-групи, лікувальні креми для опіків третього та четвертого ступенів. Важкі опіки, що пошкоджують шкіру, м'язи та м'які тканини нерідко потребують реконструктивної хірургії.

Лікування опіків першого ступеня не представляє складнощів. Як правило, через 1-3 дні повністю стихає запальна реакція, зникають набряк і гіперемія. Наслідком таких уражень може бути незначно виражене лущення і в рідкісних випадках нетривала за часом гіперпігментація. При лікуванні опіків першого ступеня добре допомагають мазі і креми, що містять антиоксиданти (зокрема – супероксиддисмутазу), вони швидко зменшують біль і набряк.

Опіки другого ступеня характеризуються наявністю пухирів на поверхні шкіри. Залежно від розмірів і стану бульбашок лікування може бути різним. При наявності зруйнованих або напружених міхурів – видаляється епідерміс, подальше лікування проводиться під пов'язками. В даний час відомі три основні підходи до лікування бульбашок: збереження цілісності бульбашок до остаточного завершення епітелізації (рідина всередині поступово загусає, перетворюючись на гелеподібну масу); проколювання стерильною голкою чи надрізання міхура (після відповідної обробки їх поверхні розчинами антисептиків або спиртом) і випускання його вмісту назовні; видалення відшарованого епідермісу, подальше лікування під пов'язками. Також для лікування таких видів опіків використовується широкий спектр антисептичних розчинів. Хороші результати досягаються при використанні багатокомпонентних мазей на водорозчинній основі, а також на гідрофільно-емульсійній основі, лініменти, аерозолі [1,2].

Для опіків третього ступеня характерна наявність поверхневого шару омертвілих тканин, виражені порушення мікроциркуляції, а також весь комплекс біохімічних і клітинних змін. Одним з підходів є лікування, спрямоване на зменшення патологічного процесу, якнайшвидше відновлення мікроциркуляції і стимуляцію репаративних процесів. Можна застосовувати антиоксиданти, препарати, що запобігають тромбоутворенню (гепаринова мазь) тощо. Можна також застосовувати пов'язки з нейлону просочені сріблом, після аплікації яких на рани можливо наносити антимікробну речовину. У зв'язку з наявністю вираженого набряку тканин і порушеного кровообігу в ураженій зоні доцільно використовувати лікарські форми, що сприяють відтоку надлишкової рідини, наприклад, розчини (ізотонічні і гіпертонічні) і мазі на гідрофільній основі.

Лікування опіків четвертого ступеня повинно бути спрямоване на швидке очищення від омертвілих тканин і на підготовку ран до пластичного закриття. У ранні терміни після отримання травми доцільно домагатися висушування опікового струпа усіма доступними методами. Існує й інший шлях – оперативне видалення омертвілих тканин. Наступним етапом може бути хімічна некректомія

за допомогою аплікації на рани 40% мазі саліцилової та бензойної кислот. Після відторгнення струпа можливо використовувати ферментні препарати для остаточного очищення ран від залишків відмерлих тканин або застосування різного роду сорбентів. Після цього здійснюється підготовка ран до дермопластики. У цей період не слід використовувати мазі на жировій основі. Найкраще здійснювати щоденні перев'язки з розчинами антисептиків або накладати пов'язки з мазями на водорозчинній основі. У разі надлишкових (гіпертрофічних) водянистих грануляцій застосовують мазі, що містять глюкокортикостероїди або здійснюють опромінення ран ультрафіолетом [3,4].

Пацієнтам з нещодавно загоєною шкірою необхідні регулярні фізичні вправи для розтягнення шкіри та відновлення роботи ушкоджених м'язів та суглобів. На додаток до фізичних вправ пацієнтам може бути необхідна психологічна терапія, щоб впоратися з травмою серйозних ушкоджень або навчитися жити з інвалідністю [1,2].

Висновок. Проблеми лікування опікових ран залишається актуальною у сучасній медицині. Разом з традиційними, розвиваються методи лікування, направлені на оптимізацію репараційних процесів в шкірі: в практику впроваджені нові лікарські засоби, перев'язувальні матеріали, засоби та покриття як природного так і синтетичного походження.

Список літератури

1. Rizwan Ali Masood, Zafeer Naeem Wain, Rehan Tariq1, Muhammad Asis ullah, Irfan Bashir. Burn Cases, Their Management and Complications: A Review. Masood et al., International Current Pharmaceutical Journal, November 2016, 5(12): 103-105.
2. Cuttle L & Kimble RM. First aid treatment of burn injuries. Wound Practice and Research. Volume 18 Number 1 – February 2010.
3. Нагайчук В.І. Сучасні підходи до надання допомоги хворим з опіками // Ліки України.— 2010.— № 5.— С. 25—27.
4. Резанцева М. Особливості використання засобів фізичної реабілітації в лікуванні пацієнтів з опіковою травмою / М. Резанцева, О. Бас // Молода спортивна наука України. 2015. Т.3. С. 131-137.
5. Козинец Г. Этиопатогенез и лечение острой стадии ожоговой болезни / Г.П. Козинец, С.В. Слесаренко, С.А. Карпиловская // Український медичний вісник. – 2007. – №5 (15).