

менять влажно-высыхающие повязки, обладающие антисептическим и дегидратирующим действием (10% раствор хлористого натрия, фурацилин, левомиколь).

Лечение открытым методом требует использования специальных камер или каркасов, позволяющих создавать «микроклимат» для зон ожога с помощью УФО-облучения и ламп солюкса, а также боксов с ламинарным потоком стерильного подогретого воздуха.

В отношении лечения глубоких ожогов существует 2 основные хирургические тактики: I – ведение раны для спонтанного отторжения некротических тканей, II – ранняя некрэктомия и закрытие ожоговой раны.

В первые дни лечение осуществляется по принципам, используемым в гнойной хирургии ран на стадии их гидратации, а затем для ускорения отторжения некротических тканей применяются протеолитические ферменты (трипсин, хемопсин, хемотрипсин, ацербин). Некрэктомия выполняется по следующим показаниям:

1. при глубоких ожогах, захватывающих 10-20% поверхности тела (устранение интоксикации);
2. при глубоких ожоги, заживление которых вызовет контрактуру (кисти, суставы);
3. при пожилом возрасте пациента (возможность ранней активации);

Противопоказанием к ранней некрэктомии являются: 1) шок; 2) тяжелые поражения ЦНС, печени и почек; 3) ожоговые поражения верхних дыхательных путей.

Раннее иссечение ожоговых некрозов проводится хирургом в 1-3 сутки при одномоментном иссечении тканей не более 25% поверхности тела.

III. Купирование интоксикации и плазмопотери.

При лечении ожоговой токсемии и септикотоксемии необходимо учитывать возникающую неизбежно потерю плазмы и вторичную анемию. Плазморрея продолжается до 36-40 часов от момента ожога, но основная ее потеря приходится на первые 12 часов.

При проведении дезинтоксикационной терапии следует помнить, что введение физиологического раствора приводит к вымыванию из организма плазменного белка. Количество теряемой жидкости является максимальной к концу вторых суток, после чего достигается равновесие между утерянной жидкостью и возвращенной в кровеносное русло из межтканевых пространств.

IV. Лечение сопутствующих нарушений.

Наиболее часто при ожогах страдает функция почек, что обусловлено ацидозом и миоглобулинурией. Поэтому в первые 48-72 часа важно вызвать алкализацию мочи введением в организм соды. Нормализация функции почек достигается введением маннитола и лазикса, а в тяжелых случаях - 20% раствора сорбитола. Для борьбы с калиевым токсикозом и уремией показано внутривенное введение глюконата кальция.

Термические поражения верхних дыхательных путей встречаются в клинической практике в последние годы гораздо чаще. Все пострадавшие с ожоговой травмой верхней половины тела должны быть обследованы на возможное