супроводжується вираженим больовим синдромом і повільним розвитком кальцифікації, екзокринної та ендокринної недостатності. 13. Кистозний фіброз (муковісцидоз) - це аутосомно-рецесивне захворювання, яке є найбільш частою спадковою патологією підшлункової залози.

Петрюк Б.В.

ПЕРША ДОПОМОГА ТА МІСЦЕВЕ ЛІКУВАННЯ ТЕРМІЧНИХ ОПІКІВ

Кафедра загальної хірургії
Буковинський державний медичний університет

На даний час опіки залишаються досить поширеним видом побутового травматизму. Так, у 2018 р. в Україні зареєстровано понад 54 тис. випадків опіків серед дорослого населення та понад 10 тис. серед дітей. Термічні опіки складають понад 90% від загальної кількості потерпілих, тому вони становлять найбільшу медико-соціальну проблему. Стаціонарному лікуванню підлягають потерпілі з поверхневими ураженнями від 5% поверхні тіла, глибокими опіками будь-якої площі, а також пацієнти з ознаками ОДШ (опіку дихальних шляхів). Останні зазвичай потребують шпиталізації у реанімаційне відділення.

Відразу після поступлення на тлі знеболюючих засобів проводять первинний туалет опікових поверхонь. При цьому видаляють обривки епідермісу, сторонні тіла. Великі міхурі слід надсікти у основи та випустити їх вміст, не видаляючи відшарованого епідермісу (у подальшому він слугує біологічною пов'язкою). Дрібні міхурі можна не чіпати. Ранову поверхню ретельно промивають антисептиками та висушують стерильними серветками. Далі визначаються з методом місцевого лікування. Туалет опікової поверхні завершується накладанням пов'язки з антисептиками (бетадин, декасан, хлоргексидину біглюконат) - закритий метод або обробкою тонким шаром пінкоутворюючого аерозолю (олазоль, гіпозоль, пантенол, оксициклозоль) із подальшим висушуванням уражених ділянок за допомогою фенів, тепловентиляторів, інфрачервоних випромінювачів, аеротерапевтичних установок - відкритий метод. Останній застосовують при опіках обличчя, шиї, промежини та при поширених ураженнях. При цьому формується сухий струп, котрий попереджує плазмовтрату та інфікування опікових ран внутрішньошпитальною мікрофлорою. Таким чином епідермальні опіки епітелізуються під струпом за 10-14 діб. Недоліком даного методу є поглиблення опікових ран. Сухий струп в ділянці суглобів може тріскати та кровоточити.

Якщо в рані розпочалися демаркаційно-очисні процеси, переходять до закритого методу лікування.

У випадку епідермальних опіків одним із кращих методів слід вважати використання ліофілізованих ксенотрансплантатів шкіри свині. Вони слугують біологічною пов'язкою, під якою відбувається спонтанна епітелізація, терміни якої скорочуються щонайменше на 3-4 доби, особливо у порівнянні з відкритим методом.

При глибоких циркулярних опіках полум'ям (рідше внаслідок впливу окропу) у перші 6-8 год після травми потрібно виконати декомпресійну некротомію у вигляді лампасних розрізів вздовж осі кінцівок чи тулуба. Таким чином зменшується внутрітканинний тиск, що попереджує загибель підлеглих тканин внаслідок порушення в них кровообігу. У випадку глибоких дермальних і субфасціальних опіків для прискорення очищення ран від некрозу та підготовки до подальшої аутодермопластики проводять ранню (через 3-5 діб) некректомію із одномоментною або ж відтермінованою аутодермопластикою. Дана лікувальна тактика дозволяє абортувати перебіг опікової хвороби, однак вимагає хорошого забезпечення розчинами, компонентами крові, перев'язувальним матеріалом.

Таким чином, тактика місцевого лікування термічних опіків визначається глибиною пошкодження та фазою ранового процесу.