

Общие принципы терапии и медикаментозные средства для лечения лучевых ожогов.

Выполнила студентка 351 группы
Воронович Алина Вадимовна.

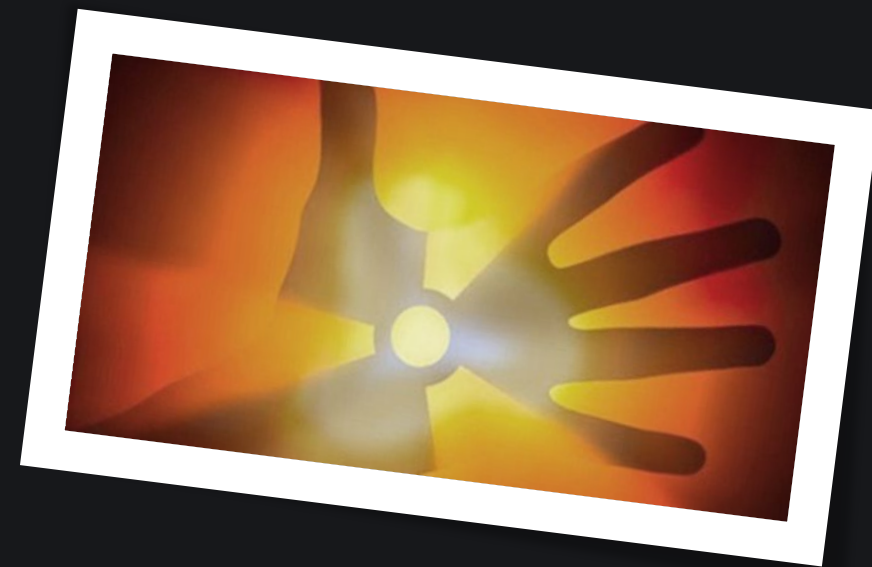
Лучевые ожоги

— это поражение кожных покровов или слизистых в результате воздействия на них ионизирующей радиации. Лучевые ожоги дают своеобразную клиническую картину и нуждаются в специальных методах лечения. При облучении живых тканей нарушаются межклеточные связи и образуются токсические вещества, что служит началом сложной цепной реакции, распространяющейся на все тканевые и внутриклеточные обменные процессы.



Историческая справка

- Исторически лучевые ожоги или местные лучевые поражения (МЛП) являются самым первым обнаруженным видом радиационных поражений человека. В 1895 г. В.К. Рентген обнаружил излучение с катодной трубки, способное проникать через различные объекты, в том числе и через биологические ткани. Спустя несколько месяцев после этого открытия в 1896 г. при дальнейшем изучении свойств рентгеновского излучения был описан первый ожог кистей рук.
- Начало применения ионизирующих излучений в медицине, в частности при рентгенодиагностике, привело к большому количеству лучевых ожогов как у больных, так и у врачей ее проводивших.
- Накопление знаний о поражающем действии ионизирующих излучений и совершенствование методов его применения в медицине и промышленности позволили добиться изменения структуры лучевых поражений – полного исчезновения хронических форм (хроническая лучевая болезнь и хронический лучевой дерматит), а с 2001 г. до настоящего времени в нашей стране отсутствуют случаи ОЛБ. При этом выявление острых местных лучевых поражений (МЛП) остается на прежнем уровне – 1–2 новых случаев в год.



ультрафиолетовое (солнце);

ионизирующее (альфа, бета и нейтронное);

электромагнитное – фотоны (бета- и рентген-лучи).

Виды лучевых ожогов в зависимости от причины



- В результате (ультрафиолетовое облучение). Этот вид встречается наиболее часто: после длительного пребывания на солнце человек обгорает. Если он склонен к повышенной реакции на ультрафиолет, обгорание может произойти из-за воздействия низкой интенсивности. Плохо переносят солнце люди с ослабленным иммунитетом, больные сахарным диабетом.
- Причиненные наземными и воздушными ядерными взрывами, лазерным оружием. Такие мощные источники мгновенно поражают все части тела. Часто сопровождаются поражением глазных яблок.
- От ионизирующего излучения. Они не затрагивают внутренние органы, поражая только поверхностные слои кожи. При лучевой болезни ожоги медленно заживают, процесс регенерации приостанавливается. Сосуды становятся ломкими и слабо питают поврежденные поверхности.
- Ожоги после лучевой терапии. Могут возникать вследствие радиотерапии (разными видами облучения) с целью вылечить заболевание, чаще всего – опухолевой онкологической природы (рака молочной железы, пищевода, гортани, шейки матки и др.)

- В первое время после облучения отмечается резкое перевозбуждение нервных клеток, сменяющееся состоянием парабиоза.
- Через несколько минут в тканях, подвергнутых облучению, происходит расширение капилляров, а через несколько часов гибель и распад окончаний и стволов нервов.
- При этом кроме местных изменений, получивших название «лучевые ожоги», в организме пострадавшего развиваются специфические общие симптомы, характерные для лучевой болезни (тошнота, слабость, рвота, лейкопения, тромбоцитопения, анемия и пр.).

Степени тяжести:

1 степень

- самая легкая, проявляется только гиперемией и шелушением верхнего слоя эпителия.

2 степень

- происходит отслойка эпидермиса от дермы с образованием разной величины пузырей, возникает зуд, боль.

3 степень

- лопнувшие пузыри формируют эрозии, глубокие, долго не рубцующиеся язвы, развивается некроз всех слоев кожи вплоть до мышц.

4 степень

- тяжелая, возникает сразу после воздействия излучения и всегда сочетается с лучевой болезнью.

Стадии:

период
первичной
реакции;

скрытый
период;

некротические
изменения.

Подробная Характеристика Стадии

Периоды развития МЛП	I (легкая), 8-12 Гр	II (средняя), 12-20 Гр	III (тяжелая), 20-25 Гр	IV (крайне тяжелая), 26-30 Гр
Первичная реакция – первичная эритема	Продолжается несколько часов, может отсутствовать.	От нескольких часов до 2–3 сут.	Выражена у всех, длится от 3 до 4–6 сут.	Выражена у всех, не ослабевает к разгару.
Скрытый период (латентный)	До 15–20-х сут. после воздействия	До 10–15-х сут. после воздействия	До 7–14-х сут. после воздействия	Отсутствует
Период разгара	Вторичная эритема	Вторичная эритема, отек, пузыри	Вторичная эритема, отек, болевой синдром, пузыри, эрозии, первичные радиационные язвы, гнойная инфекция	Отек, болевой синдром, местные кровоизлияния, некроз
Исходы острого периода	Сухая десквамация к 25–30-м сут.	Влажная десквамация с появлением под отторгающимся слоем нового эпидермиса к концу 1–2-го мес.	Заживление язв замедленно, длится месяцы. Глубокие язвы или не заживают без оперативного лечения или заживают на короткий период	Процессы ограничения и отторжения замедленны. На 3–6-й нед. некроз с инфицированием и общей интоксикацией. Лишь своевременная и радикальная операция может спасти больного.
Последствия	Сухость кожи, пигментные нарушения	Возможны атрофия кожи, клетчатки, мышц, возможно образование поздних радиационных язв	Поздние лучевые язвы на фоне несовершенных рубцов и лучевого фиброза	Ампутационные дефекты, рецидивы язв, контрактуры, остеопороз.

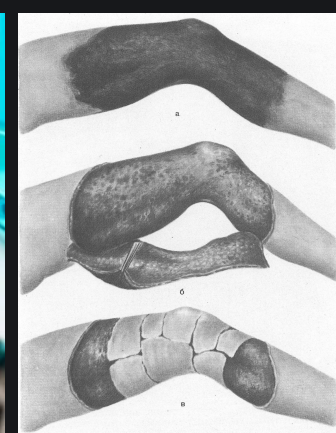
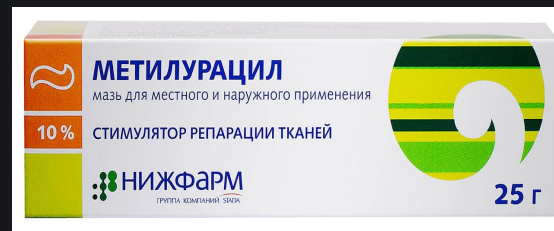
Местная
обработка
ожога

Поддержание
организма
(кровь,
функции
сердца,
детоксикация)

Хирургические
методы

История терапии лучевых ожогов

Эволюция методов лечения острых Местных Лучевых Поражений и их последствий в течение прошедших многих десятилетий шла от мазевых повязок, начала применения антибиотиков, обезболивающих средств, некрэктомий и ампутаций в 1950-е гг., применения постоянно увлажненных повязок с антисептиками, средств, стимулирующих регенерацию (метилурацил, ДНК и др.), начала аутотрансплантаций многослойного лоскута в 1970-е гг., применения лиоксазоля, протеолитических ферментов, средств, улучшающих внутритканевую гемодинамику и оксигенацию тканей, коллагеновых пленок и покрытий, использование асептического режима в 1980-е гг., к применению неприлипающих восковых и гелевых повязок и аутотрансплантантов на сосудистой ножке (микрохирургическая техника) в 1990-е гг. и в настоящее время.



Необходимо:

- удалить радиоактивные вещества с поверхности кожи путем смыва струей воды или специальными растворителями;
- дать радиозащитные средства (радиопротектор — цистамин);
- на пораженную поверхность наложить асептическую повязку;
- обезболивание наркотическими или ненаркотическими анальгетиками в зависимости от выраженности болевого синдрома.
- пострадавшего в кратчайшие сроки доставить в лечебное учреждение.

Лечение

- Обработку кожного покрова требуется проводить 2–3 раза в день, используя ранозаживляющие аэрозоли, мази и кремы, например: Пантенол; бальзам Спасатель; Олазоль; Бепантен.
- Терапия зависит от глубины поражения ткани. Если на теле присутствуют волдыри, сильная отечность и краснота, больное место промывают перекисью и высушивают. Затем кожу смазывают ранозаживляющей мазью. Сверху накладывают стерильную повязку.
- Если в очаг поражения проникла инфекция, и началось нагноение, назначают антибиотики. Длительность курса и дозировку определяет врач. Для устранения инфекции обычно применяют Левомеколь, линимент Вишневского, Тетрациклиновую и Эритромициновую мази.
- Чтобы снять отечность, помогают антигистаминные препараты Диазолин, Супрастин. Успокоить жжение и боль можно анальгетиками.
- Следует придерживаться диетического питания. Исключить из рациона жирные, острые блюда, ограничить употребление сахара и соли. Важно поддерживать питьевой режим, включающий не меньше 2 литров воды в день. В качестве дополнительных напитков полезны настой шиповника, липовый чай, отвар облепихи.



при 3–4 степени тяжести ожога



назначается стационарное лечение, в задачи которого входит:

- Восполнение потери плазмы и белка — переливание плазмы, препаратов крови, раствора альбумина.
- Приведение в норму показателей гемодинамики — инфузия растворов Полиглюкина, Реополиглюкина.
- Поддержание работы сердечно-сосудистой системы — сердечные гликозиды, Допамин.
- Дезинтоксикация — вливание растворов Гемодеза, Неокомпесана.
- Лечение лучевой болезни — стимуляторы кроветворения, анаболические гормоны. В особо тяжелых случаях проводят пересадку костного мозга, процедуру плазмафереза или гемосорбции.

Основные группы используемых лекарств

- Антисептические
- Антибактериальные
- Анальгетические
- Противовоспалительные
- Детоксицирующие
- Десенсибилизирующие
- Стимулирующие процессы репарации тканей

Хирургические методы

Характер оперативного вмешательства обусловлен временем, которое прошло от момента получения лучевого ожога, локализации травмы и тяжести состояния больного.

Методом выбора при тяжелых и крайне тяжелых поражениях в остром периоде и при рецидивирующих поздних лучевых язвах в отдаленном периоде являются оперативные вмешательства. При МЛП крайне тяжелой степени хирургическое лечение является основным методом. Консервативное лечение является вспомогательным.

Разработаны следующие виды операции:

- Некротомия — рассечение плотного слоя некротизированной ткани, которая сдавливает подлежащие ткани, приводя к нарушению кровообращения.
- Некрэктомия — иссечение и удаление некротизированных участков обожженной кожи до жизнеспособной ткани.
- Дерматопластика — закрывание кожного дефекта или собственным, или донорским трансплантатом.





Конец 😊

Спасибо за Внимание!