

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00375&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00375. Опікові травми

Автор: Editors

Редактор оригінального тексту: Martti Teikari

Дата останнього оновлення: 2017-05-09

## Основні положення

- Для обмеження глибини опікової травми необхідно мінімізувати тривалість контакту із травмівним чинником (полум'я, гаряча рідина або предмет, електричний струм, хімічна речовина).
- Перша допомога складається з охолодження обпеченої тканини шляхом занурення пошкодженої ділянки у воду кімнатної температури протягом 10–20 хвилин. Якщо причиною опіку є їдка корозійна речовина, уражену ділянку ретельно промивають великою кількістю води.
- Слід пам'ятати про можливість опіків дихальних шляхів та отруєння монооксидом вуглецю.
- Усі глибокі опіки слід лікувати в лікарні, так само, як і поверхневі опіки більше 20% поверхні тіла (у дітей 10%), а також менші поверхневі опіки обличчя, промежини, долоні або стопи.

## Перша допомога на місці події

- Полум'я слід залити водою або загасити. Якщо етіологічний чинник іншої природи, потрібно забрати пацієнта з його безпосередньої зони впливу.
- Гарячі тканини слід охолоджувати шляхом занурення пошкодженої ділянки у воду кімнатної температури на 10–20 хвилин.

- Якщо площа опіку перевищує 10% всієї площі поверхні тіла (відповідає поверхні однієї верхньої кінцівки), слід звернути увагу на температуру пацієнта після короткої фази охолодження.
- Якщо загорівся одяг, слід перевести постраждалого в положення лежачи, щоб запобігти висхідному поширенню вогню на обличчя та шию та розвитку опіків дихальних шляхів.
- Опіки слід накрити чистими пов'язками на час транспортування. Невеликі опіки можна накрити вологими пов'язками для полегшення болю, проте пов'язки для великих опіків мають бути сухими.
- Захищати пацієнта від гіпотермії.
- Заспокоїти пацієнта.
- У разі пошкоджень, викликаних полум'ям (особливо ураження обличчя), слід враховувати можливість пошкодження дихальних шляхів та бути готовими до заходів з підтримки дихання.
- Розглядати можливість отруєння монооксидом вуглецю [настанова 00933] [Отруєння чадним газом] (подати кисень). Пульсоксиметрія дає помилково високе значення при даному отруєнні.
- Хімічні агенти: ретельно зрошувати великою кількістю води. Пошкодження, викликане основою (лугом) є більш важким, ніж те, що викликане кислотою, оскільки, без своєчасного видалення, луг продовжує проникати в тканини.

## Оцінка ступеня опікової травми (правило 9%)

- Див. таблицю [табл. T1].

Таблиця T1. Оцінка ступеня опіків (правило 9%)

Ураження	Дорослий %	1-річна дитина %
Долоня	1	1
Голова	9	19
Верхня кінцівка	9	9,5
Верхня частина тіла	36	32
Нижня кінцівка	18	15

## Оцінка глибини опікової травми

- *Поверхневі опіки:* епідермальний (ступінь 1) та поверхневий дермальний (ступінь 2a)
  - Відчуття дотику збережене.
  - Капілярне наповнення збережене: уражена шкіра набуває білого кольору при натисканні та відновлює червоний колір відразу після припинення тиску.
  - Поверхня опіку волога (2a). Якщо пухирі виникають протягом 2 годин при опіках 2 ступеню, глибина зазвичай помірна (ступінь 2b) або досягає дерми (ступінь 2c). Якщо пухирі не виникають до 10–16 годин після ураження, опік, як правило, поверхневий.
- *Глибокі опіки:* глибоке ураження дерми (ступінь 2c) і ступінь 3.
  - Відчуття дотику завжди порушене.
  - Відсутність капілярного наповнення (див. вище)
  - Поверхня рани часто суха.
- Опіки продовжують поглиблюватися протягом приблизно 48–72 годин після ураження внаслідок набряку та тромбозу (кровоносних судин).
- Висихання опікової травми сприятиме поглибленню ураження, так само, як і поширенню інфекції.
- Травми, викликані полум'ям, і електричні опіки, викликані прямим контактом, завжди глибокі. Незважаючи на те, що шкіра може виглядати неушкодженою, м'язи можуть некротизуватися при електричних опіках. Травма, викликана дуговим розрядом, зазвичай, поверхнева, якщо не був підпалений одяг.
- Глибина опіку повинна бути переглянута через 48–72 години після інциденту для остаточної оцінки глибини.
- Поверхневий опік має загоїться протягом 2–3 тижнів. Після цього пацієнту слід повторно з'явитися для контролю.
- Якщо проблеми не виникають, то немає необхідності бачити пацієнта між остаточною оцінкою глибини і контролем через 2–3 тижні.
- Хворих з глибоким опіковим ураженням слід негайно направити на хірургічне лікування.

## Де лікувати?

1. Первинна допомога
  - Опіки, що є безсумнівно поверхневими і вражають до 10% (5% у дітей) поверхні тіла, за винятком обличчя.
2. Мала районна лікарня
  - Опіки, що є безсумнівно поверхневими і вражають до 20% (10% у дітей) поверхні тіла.
    - Адекватне знеболення та інфузійна терапія у разі необхідності
3. Велика районна лікарня
  - Глибокі опіки, що вражають менше, ніж 10% поверхні тіла у дорослих
4. Університетська клініка (або аналог)
  - Глибокі опіки, що вражають менше 20% (10% у дітей) поверхні тіла
5. Спеціалізоване опікове відділення
  - Глибокі опіки, що вражають більше 20% (10% у дітей) поверхні тіла
  - Глибокі опіки обличчя, рук, великих суглобів та області статевих органів
  - Опіки дихальних шляхів
  - Опіки, що супроводжуються іншими травмами.

## Лікування невеликих опіків [доказ D] [05688] [доказ C] [06212] [доказ B] [06218]

- Наявність капілярного наповнення та відчуття дотику, а також збереження кольору та вологості постраждалих ділянок використовуються для діагностування поверхневого опіку.
- Перша допомога передбачає охолодження шкіри на місці пригоди проточною прохолодною водою протягом 10–20 хвилин. Охолодження шкіри на більш пізньому етапі не перешкоджатиме поглибленню опіку.
- Некротизовані тканини, будь-яке сміття чи бруд повинні бути видалені з поверхні шкіри. Великі й роздуті пухирі мають бути дреновані та висічені. Невеликі та м'які пухирі можуть залишатися недоторканими та обробляються на більш пізній стадії за необхідністю.

- Опіки повинні бути покриті марлевою пов'язкою, просоченою парафіном, пов'язкою з маззю на силіконовій основі або засобом, що містить срібло. Пов'язка покривається товстою абсорбувальною вторинною пов'язкою (марлеві прокладки та абсорбуюча вата), оскільки рана буде виділяти велику кількість ексудату протягом наступних 48 годин.
- Просочені верхні шари вторинної пов'язки можуть бути змінені в домашніх умовах.
- На третій день пов'язки знімають (за необхідності — шляхом відмочування) і оцінюють остаточну глибину опіку. Такі пов'язки складні у використанні, тому в подальшому не рекомендуються. Будь-які пухирі, що луснули, та змертвіла шкіра видаляються. Якщо опік залишається поверхневим, продовжується консервативне лікування (ті ж пов'язки / місцево засоби, що містять срібло), поки рана не загоїться.
- Антибактеріальна профілактика не показана при лікуванні поверхневих опіків. Можливі інфекції лікуються засобами місцевого застосування.
- Подальші зміни пов'язок залежать від обраного засобу. При поверхневих опіках пов'язки змінюють рідше.
- Після епітелізації шкіри рекомендується застосування зволожуючої мазі, шкіра повинна бути захищена від сонячного світла. Можливі пігментні зміни зникають у частини пацієнтів протягом 2 років після травми.
- Анальгетики призначаються за потреби.

## Перша допомога при важких опіках [доказ 04590 | D] [доказ 05656 | D]

- Підтримувати дихальні шляхи відкритими (кисень, інтубація).
- Контролювати серцеву діяльність (аритмії поширені серед електричних травм).
- Запобігання шоку: інфузійна терапія рекомендована, якщо опік покриває більше 15% поверхні тіла у дорослої людини та 5–10% у дитини. Інфузії починають з фізіологічного розчину. Альбумін не рекомендується [доказ 061179 | B].

- Якщо площа опіків складає більше 20% поверхні тіла, а відстань транспортування є довгою, важливо запобігти дегідратації, почавши інфузію розчину Рінгера. Якщо подорож триватиме менше 2 годин, відповідна швидкість інфузії для дорослої людини становить 1000 мл/год.

*Коментар експерта.* Розчин Рінгера - торговельна назва комбінованого лікарського засобу, до складу якого входить натрію хлорид, калію хлорид та кальцію хлорид

- У важких випадках інформувати працівників лікарні заздалегідь.
- Заспокоїти пацієнта.
- Анальгетики за потреби: опіоїди, наприклад 4–6 мг морфіну в/в або п/ш.
- Профілактика гіпотермії.
- Будь-який матеріал, що приклеївся, (наприклад, асфальт) слід залишити.

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00294\] Burn injuries – Related ...](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 00294\] Burn injuries – Related ...](#)
- Література [\[пов'язані 00294\] Burn injuries – Related ...](#)

## Настанови

- [Настанова 00933](#). Отруєння чадним газом.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05688](#). Topical negative pressure (TNP) for partial thickness burns.  
Дата оновлення: 2010-11-02  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is no evidence of the effect of topical negative pressure (TNP) for the treatment of thermal burns.
- [Доказовий огляд 06212](#). Dressings for superficial and partial thickness burns.  
Дата оновлення: 2017-07-16  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Hydrogels, silicon coated dressings, biosynthetic dressings and antimicrobial dressings may all be effective in the treatment of superficial and partial thickness burn injuries and provide more rapid wound healing than silver sulphadiazine or chlorhexidine impregnated gauze dressings.

- [Доказовий огляд 06218](#). Honey as a topical treatment for wounds.  
Дата оновлення: 2015-10-16  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Honey appears to heal partial thickness burns more quickly than conventional dressings (polyurethane film, paraffin gauze, soframycin-impregnated gauze, sterile linen and leaving the burns exposed).
- [Доказовий огляд 04590](#). Hyperbaric oxygen therapy for thermal burns.  
Дата оновлення: 2010-03-11  
Рівень доказовості: D  
Резюме: The evidence is insufficient to support or refute the effectiveness of hyperbaric oxygen therapy for the management of thermal burns.
- [Доказовий огляд 05656](#). Lidocaine for pain relief in burn injured patients.  
Дата оновлення: 2012-09-04  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence on intravenous lidocaine for pain relief in burn injured patients.
- [Доказовий огляд 01179](#). Albumin for resuscitation and volume expansion in critically ill patients.  
Дата оновлення: 2012-06-01  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Albumin administration appears not to reduce mortality in patients with hypovolaemia or in critically ill patients with burns and hypoalbuminaemia.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00375    Ключ сортування: 018.040    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-05-09

---

Автор(и): Editors    Автор(и) попередніх версій статті: Anthony Papp    Редактор(и): Martti Teikari  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Surgery    Traumatology    Plastic surgery

---

Ключові слова індексу  
mesh: first-degree burn    mesh: flame burns    mesh: burn treatment    mesh: burned area    mesh: Infection  
mesh: Fluid Therapy    mesh: Child    mesh: Burns, Inhalation    mesh: Burns    mesh: Blister    mesh: second-degree burn  
mesh: infected burn    mesh: First Aid    mesh: Morphine    mesh: Carbon Monoxide Poisoning    mesh: Analgesics  
mesh: capillary refill    mesh: medium-depth burn    mesh: burn, superficial    mesh: wound care    mesh: third-degree burn  
mesh: contact burn    mesh: deep burn    mesh: Burns, Chemical    mesh: Burns, Electric    speciality: Plastic surgery  
icpc-2: S14    speciality: Surgery    speciality: Traumatology