

МЕСТНЫЕ ЛУЧЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Местные лучевые поражения – это поражения, возникающие в результате локального или неравномерного внешнего радиационного воздействия

МЕСТНЫЕ ЛУЧЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ

Одной из наиболее распространенных форм местных радиационных поражений при внешнем облучении являются лучевые дерматиты. Они развиваются в результате: - неравномерного радиационного воздействия при взрывах ядерных боеприпасов при авариях на атомных энергетических установках. в повседневных условиях могут быть следствием: рентгено- или гамма-терапии опухолей и неопухолевых заболеваний.

**Наиболее частой
локализацией местных
лучевых поражений кожи
являются: кожа лица, кисти
рук (пальцы) , передняя
поверхность бедер.**

**Лучевые дерматиты могут
быть: - ранними
- поздними**

Ранние лучевые дерматиты –
это лучевые ожоги кожи,
проявляются в первые несколько
суток после облучения в виде так
называемой первичной эритемы,
сменяющейся после латентного
периода сухим, влажным
(буллезным) или язвенно-
некротическим дерматитом.

Поздние лучевые дерматиты

- развиваются спустя несколько месяцев после облучения как следствие поражения сосудов кожи и соединительной ткани. Для них наиболее характерно нарушение трофики кожи, дермофиброз, язвенно-некротические процессы, симптомы атрофического или гипертрофического дерматита

Говоря о факторах, влияющих на степень тяжести местного лучевого поражения, следует отметить, что лучевой ожог протекает тем тяжелее, чем выше поглощенная доза и ее мощность, чем больше площадь и глубина облученных тканей.

В соответствии с современной
классификацией

лучевые ожоги кожи

подразделяются на 4 степени
тяжести.

I степень

происходит поверхностное поражение верхних слоев эпидермиса, заживление ожогов данной степени происходит без образования рубцов
гиперемия (*покраснение*), отек, боль, нарушение функций пораженного участка









При ожоге II степени

происходит частичная гибель эпидермиса, который отслаивается с образованием тонкостенных пузырей, содержащих прозрачный желтоватый экссудат.







При ожоге IIIA степени погибает не только эпидермис, но, частично, и дерма. Эпителизация обеспечивается, главным образом, дериватами кожи (волосяные фолликулы, сальные и потовые железы), сохранившими жизнеспособность в глубоких слоях дермы. На месте заживших ожогов могут сформироваться рубцы, в том числе — келоидные.







Ожог III степени приводит к гибели всех слоев кожи, а нередко и подкожно-жировой клетчатки. Возможно самостоятельное заживление лишь небольших ожогов за счет рубцевания и краевой эпителизации.





ожог IV степени вызывает некроз не только кожи, но и анатомических образований, расположенных глубже собственной фасции — мышц, сухожилий, костей, суставов. Самостоятельное заживление таких ожогов невозможно.





Ожоги I, II и IIIA степени являются поверхностными и обычно заживают самостоятельно при консервативном лечении.

Ожоги IIIB и IV степени относятся к глубоким и требуют оперативного восстановления кожного покрова.

В клиническом течении
местных лучевых поражений
прослеживается
определенная фазность,
позволяющая выделить
следующие стадии поражения:

- первичная эритема,
- скрытый период,
- период разгара,
- период разрешения процесса,
- период последствий ожога.

Наибольшей радиочувствительностью среди слизистых оболочек отличаются неороговевающая эпителий мягкого неба и небных дужек. Его радиационное поражение получило специальное наименование — лучевой орофарингеальный синдром.

Он проявляется в виде гиперемии, отека, очагового и сливного эпителиита, нарушений слюноотделения, болей при глотании и прохождении пищи по пищеводу, а при облучении гортани — явлений ларингита.

особенности местных
поражений кожи
радионуклидами

При ядерных взрывах и авариях (разрушениях) на объектах атомной энергетики происходит радиоактивное загрязнение местности

По мере выпадения радиоактивных частиц на местность нарастает дистанционное воздействие γ -излучения на личный состав, находящийся на загрязненной территории. В этом случае источник излучения имеет как бы объемный характер и излучение воздействует на человека со всех сторон относительно равномерно.

В случае скопления радиоактивной пыли у воротника, поясного ремня, в сапогах за счет р. частиц высокой энергии (до 2-5 МэВ) могут поражаться и кожные покровы под обмундированием.

В связи с этим, одной из отличительных особенностей лучевых ожогов кожи является весьма пестрая топография поражений, обусловленная неравномерностью загрязнения поверхности тела радионуклидами.

В случае невозможности укрытия
в фортификационных
сооружениях, блиндажах, технике
и т. п. для предотвращения
наружного радиоактивного
заражения необходимо
использовать средства защиты
кожи фильтрующего или
изолирующего типа.

Весьма эффективной мерой профилактики лучевых поражений, вызванных аппликацией радиоактивных веществ, является проведение частичной или полной санитарной обработки.

В случае формирования
местных радиационных
поражений необходимо
проведение комплекса
лечебных мероприятий,
включающих применение
средств и методов,
направленных на ограничение
некротического процесса,

ослабление воспалительной реакции, улучшение кровообращения и микроциркуляции в пораженных тканях, профилактику и лечение раневой инфекции, борьбу с болевым синдромом, дезинтоксикационную терапию, стимуляции процессов эпителизации, профилактику фиброзирования тканей.