

УДК 616-001.17

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

© Д.Г. Тателадзе, В.П. Дору-Товт

Ключевые слова: термические поражения; комплексное лечение ожоговых больных; единая научно обоснованная система помощи пострадавшим.

В статье на основе анализа литературных источников и сложившейся ситуации рассмотрены причины термического травматизма, клинические аспекты диагностики, лечения и реабилитации пострадавших от ожогов, отморожений и их последствий. Указано на недостаточную изученность влияния организационных медицинских технологий на исходы термического травматизма, а также разработок, отражающих проблемы эффективности использования ресурсов комбустиологической службы. Показана необходимость серьезных исследований взаимодействия медицинских и социальных служб в оказании дифференцированной медико-социальной помощи социально незащищенным категориям больных и разработки системы оказания медицинской помощи пострадавшим на основе интеграции организационных технологий, обеспечивающих снижение заболеваемости и смертности от управляемых предотвратимых причин.

Накопление значительного количества наблюдений от Н.И. Пирогова до настоящего времени позволило создать систему оказания медицинской помощи пациентам с термическими поражениями [1]. Необходимость оказывать помощь раненым возможно скорее, лучше и радикальнее являлась руководящим принципом всей деятельности Н.И. Пирогова и дошла до наших дней.

Великий русский хирург писал: «...к достижению благих результатов в военно-полевых госпиталях необходимы не столько научная хирургия и врачебное искусство, сколько дельная и хорошо учрежденная администрация. От администрации, а не от медицины зависит то, чтобы всем раненым, без изъятия и как можно скорее, была подана первая помощь, не терпящая отлагательства» [2].

Вслед за Н.И. Пироговым ученые, практические врачи утверждают, что важной следует считать задачу создания и совершенствования единой доктрины по лечению больных с термическими поражениями. Особенно важна преемственность на всех этапах лечения [3]. При этом должны быть органически взаимосвязаны доврачебная помощь, первая врачебная помощь, сортировка и транспортировка пострадавших, использование комплекса современных профилактических и лечебных мероприятий в специализированных ожоговых отделениях [4].

Помощь пострадавшим на догоспитальном этапе – залог успеха всего дальнейшего лечения и представляет ответственную и нередко трудную задачу. В большинстве случаев первая помощь пострадавшему оказывается на месте происшествия. Это обычно самоили взаимопомощь. При этом зачастую допускаются непозволительные действия [5]. В нашей стране недостаточно уделяется внимания обучению населения приемам само- и взаимопомощи. В связи с этим необходима подготовка парамедиков из числа лиц, которые

первыми прибывают на место трагедии (сотрудники ГИБДД, полиции, пожарной охраны и др.), а также и населения. Это позволит не только сохранить жизнь пострадавшим, но и освободить медицинских работников от части работы, не требующей профессиональной подготовки.

В системе организации профилактических и лечебных мероприятий при термическом поражении стало уделяться все больше внимания скорой, неотложной, экстренной медицинской помощи, санитарной авиации, медицине катастроф [6]. В очагах стихийных бедствий, аварий и катастроф, как правило, складывается нестандартная обстановка, совершенно отличная от повседневных условий деятельности органов практического здравоохранения. Она определяется спецификой поражающих факторов и массовостью санитарных потерь и, как следствие, диспропорцией между потребностью населения в медицинской помощи и возможностью ее оказания в оптимальном объеме. Подобная ситуация требует организованности действия и использования особых форм и методов работы медицинского персонала [7].

В Российской Федерации лечение пострадавших от ожогов проводится в 78 ожоговых отделениях и центрах, в т. ч. в 8 детских, а также на ожоговых койках в хирургических и травматологических отделениях. Всего развернуто 3300 коек, из них 850 детских и 500 профилированных. Причем в 29 субъектах РФ нет ожоговых отделений, и пострадавшие от ожогов лечатся на профилированных койках [8].

За последнее десятилетие развитие ожоговой службы в РФ приобрело черты отрицательной динамики [9]. Снижается статус существующих ожоговых отделений и центров. Специализированная помощь пострадавшим с обширными глубокими ожогами может быть оказана только в специализированных стационарах, которые в регионах России существенно отличаются по потен-

циалу и методологии проведения медицинских мероприятий [10]. В малых городах и сельской местности проживает 50 % населения России, при ожогах медицинская помощь пострадавшим осуществляется в муниципальных учреждениях здравоохранения по месту проживания или в головных лечебных учреждениях регионов.

Одной из проблем современной медицины является организация неотложной помощи и интенсивной терапии пострадавшим с термическими поражениями [11]. Число пострадавших от ожогов во всем мире, особенно в промышленно развитых странах, неуклонно растет, а результаты их лечения за последние годы существенно не изменились. Высокая смертность обожженных в состоянии шока или в ближайшее время после него требует дальнейшего совершенствования организации оказания помощи обожженным, интенсивной терапии и хирургического лечения этого контингента.

В связи с этим имеется необходимость изучения зависимости исходов термической травмы, требующей экстренных лечебных мероприятий, от времени прибытия врача к пострадавшему, от качества и объема оказанной им медицинской помощи на всех этапах эвакуации, правильно организованной транспортировки в стационар с оказанием помощи в пути следования. Несмотря на очевидные успехи стандартизации проведения лечения обожженных, часто происходит недооценка важности раннего проведения инфузионно-трансфузионной терапии, особенно врачами скорой помощи. Разработка и использование адекватных правил оказания медицинской помощи обожженным позволяет добиться преимущественности в лечении тяжелообожженных между этапами квалифицированной и специализированной медицинской помощи и улучшить результаты дальнейшего лечения пострадавших [12].

Проведение комплексного лечения тяжелообожженных с исполнением стандартов интенсивной терапии, при применении необходимого арсенала лекарственных средств и медицинского оборудования обеспечивает благоприятное течение и исход ожоговой болезни. Это полностью согласуется с тем, что оказание медицинской помощи обожженным в полном объеме и в кратчайшие сроки является зачастую решающим фактором для спасения жизни людей и обуславливает необходимость постоянной готовности ожогового центра (отделения) к оказанию медицинской помощи пострадавшим с ожогами.

В комбустиологии необходимо создать единые стандарты скорой, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, которые позволят определить не только круг лечебно-диагностических мероприятий, обеспечивающих адекватную медицинскую помощь пострадавшим от ожогов в Российской Федерации на любом этапе ее оказания, но и повысить ответственность медицинских работников за качество и своевременность этой помощи [13].

Эффективность оказания медицинской помощи пострадавшим при промышленных и транспортных катастрофах, террористических актах и в локальных военных действиях определяется уровнем подготовки и согласованностью взаимодействия подразделений медицины катастроф и медицинских учреждений системы здравоохранения, призванных оказывать квалифицированную и специализированную медицинскую помощь.

Ожоги являются неперенным компонентом массовых комбинированных поражений населения при возникновении природных и техногенных катастроф, локальных военных конфликтов [14].

В экстремальных ситуациях служба экстренной медицинской помощи организуется по территориальному принципу, с учетом промышленно-экономических, медико-географических и других местных особенностей региона, на базе существующих лечебно-профилактических учреждений территориального и ведомственного здравоохранения, клинических и других научно-исследовательских учреждений [15]. Считается, что только единая научно обоснованная система помощи пострадавшим, приближение лечебных мероприятий к месту происшествия может способствовать проведению в жизнь принципов специализированного лечения.

Главное требование к специализированной медицинской помощи – лечение должно начинаться на месте происшествия, продолжаться в пути и завершаться в ожоговом центре. Особенно большое значение имеет предэвакуационная подготовка больных [16]. Организационной основой помощи тяжело обожженным на догоспитальном этапе авторы считают устранение болевого синдрома, возбуждения, предохранение ожоговых ран от дополнительной травматизации, устранение всех источников раздражения (инородные тела, некротические ткани, гематомы, свободные костные отломки), применение по показаниям противошоковой медикаментозной и инфузионной терапии.

Задачами первой помощи больным с отморожениями (дореактивный период) являются восстановление температуры тканей, борьба с шоком, нормализация кровообращения, ликвидация тканевой гипоксии. Перед транспортировкой состояние больных должно быть прогностически оценено, а при групповых травмах – проведена сортировка. Транспортировка лиц, находящихся в состоянии шока, должна проводиться при соответствующем лечебно-эвакуационном обеспечении. Большое значение имеют специально разработанные комплексы и схемы терапии в пути [17].

Важным резервом повышения качества медицинской помощи при экстремальных состояниях является сокращение промежутка времени между доставкой больного и началом проведения специализированных лечебных мероприятий. Исходя из концепции «золотого часа», время начала оказания экстренной медицинской помощи наиболее значимо для жизни тяжело пострадавшего. Лишний этап, задержка доставки раненого в то учреждение, где ему должна быть оказана необходимая помощь, просчеты и дефекты в организации эвакуации по назначению часто ведут к непоправимым потерям.

Чтобы предотвратить инвалидность и гибель лиц с тяжелыми ожогами, оказываемая им специализированная помощь должна соответствовать тяжести повреждения. Различаются три уровня такой помощи: в неспециализированных лечебных учреждениях, в ожоговых отделениях и в ожоговых центрах. Неспециализированные лечебные учреждения предусматривают помощь людям с ожогами средней тяжести. Ее оказывают в больницах, не располагающих специальным оборудованием для лечения ожогов, но все же имеющих в штате одного или нескольких опытных врачей, занимающихся этой проблемой. У 60 % госпитализируемых по

поводу ожогов повреждения относятся к умеренным, и лечат их именно в таких больницах. При ожогах средней тяжести можно рассчитывать на 100 % выживаемости. С увеличением тяжести ожогов вероятность выживания уменьшается, и необходима более специализированная помощь.

Ожоговые отделения предназначены для оказания помощи пострадавшим от тяжелых ожогов. Они оснащены необходимым оборудованием, руководят подобными отделениями обычно обладающие специальной подготовкой врачи, а средний медицинский персонал имеет опыт ухода за пострадавшими от ожогов. Примерно у 30 % больных, госпитализируемых по поводу ожогов, повреждения оказываются тяжелыми, и они должны получать помощь именно в ожоговых отделениях.

Ожоговые центры обеспечивают наиболее интенсивное лечение пострадавших от ожогов. Располагая самыми полными возможностями, специальным оборудованием и высококвалифицированным персоналом, они предназначены для лечения больных с массивными ожогами. Кроме того, ожоговые центры осуществляют поддержку всех противоожоговых служб региона и оказывают консультативную помощь. Эффективная работа по лечению и реабилитации пострадавших в ожоговом центре практически исключает необходимость выполнения дорогостоящих видов лечения тяжело обожженных в других лечебных учреждениях, а также значительно снижает расходы на реабилитацию пациентов и восстановительное лечение.

Большинство больных с небольшими по площади термическими поражениями лечатся амбулаторно. В амбулаторных условиях проводится долечивание реконвалесцентов после глубоких обширных ожогов и отморожений, требующих длительного врачебного наблюдения и соответствующего консервативного и хирургического лечения [18].

В 1980–1990-е гг. в России и ряде зарубежных стран (Англия, Германия, США) наиболее перспективным направлением перестройки системы медицинского обеспечения на догоспитальном этапе признано формирование дневных стационаров, стационаров на дому, травмпунктов, центров амбулаторной хирургии, позволяющих расширить объем медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях [19].

В Санкт-Петербурге наряду с общехирургическими функционируют специализированные многопрофильные дневные хирургические стационары (ДХС) со специалистами нескольких категорий хирургического профиля. Опыт работы дневных стационаров, стационаров на дому, центров амбулаторной хирургии, ДХС, травмпунктов доказывает, что при соответствующей организации работы, достаточной обеспеченности помещениями и оснащением, наличии опытного медицинского персонала оперативное вмешательство по поводу ряда заболеваний может быть с успехом проведено в условиях поликлиники. При этом необходимо индивидуально подходить к отбору больных для выполнения операций, обычно проводимых в стационаре [20]. В целях определения формы лечения больных с термическими поражениями во многих ожоговых центрах изучается качество жизни, социальное положение больного [21].

Авторы подчеркивают, что в условиях современного отечественного здравоохранения в амбулаторных условиях могут быть оперированы пациенты, неотягощенные сопутствующей патологией, с устойчивой нервной системой, высоким интеллектом. У этих больных должны быть хорошие бытовые условия, нормальный психологический климат в семье, а у родственников – возможность ухода за оперированными больными. В амбулаторном лечении отказываются от одинокого гражданам, несмотря на осуществляемое на дому ежедневное врачебное наблюдение пациентов в послеоперационном периоде. Не оперируют в амбулаторных условиях больных, которым необходима специальная предоперационная подготовка. Опыт использования стационарозамещающих технологий доказал их медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

В то же время внедрение высокоэффективных, экономически оправданных стационарозамещающих технологий в практику отечественных ожоговых центров идет медленно и с большим трудом. В результате ограничены или вовсе отсутствуют возможности амбулаторной реабилитации пациентов, их диспансерного наблюдения. Большинство специалистов называют одну из главных причин медленного внедрения стационарозамещающих технологий – отсутствие мотивации хирургического отделения на работу в новых условиях. Оплата труда медицинского персонала должна соответствовать его конечному результату с учетом стационарных надбавок. Это позволит стимулировать хирургов на расширение оперативной активности в поликлиниках, создание дневных стационаров и стационаров на дому. Лечить в поликлинике должно быть выгодно и врачам, и пациентам, и государству [22].

Лечение тяжелых ожогов продолжает оставаться одной из проблем клинической медицины и здравоохранения, далеких от разрешения. Увеличение количества методов лечения, новой аппаратуры, приборов и инструментов, применяемых при лечении обожженных, обуславливают необходимость регулярного повышения квалификации на циклах сертификационного и тематического усовершенствования. Эффективное лечение больных невозможно без современного оснащения ожоговых отделений (центров) высокотехнологичным оборудованием. В настоящее время организация оказания медицинской помощи в Российской Федерации определяется приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 633 от 13 октября 2005 г.

Согласно «Положению об организации медицинской помощи», лечебно-профилактические учреждения разного уровня подчинения могут оказывать: первичную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь, специализированную медицинскую помощь и «высокотехнологичную (дорогостоящую) медицинскую помощь». В соответствии с этим Положением хирургическая и травматологическая специализированная медицинская помощь пострадавшим от ожогов может быть организована только в ожоговых отделениях, расположенных на базе ЛПУ в субъектах РФ, а высокотехнологичная медицинская помощь может оказываться федеральными специализированными лечебно-профилактическими учреждениями, обладающими соответствующими лицензиями.

Существующие в настоящее время областные ожоговые центры, расположенные на базе городских больниц, должны быть фактически ориентированы на оказание скорой медицинской помощи, но в объеме «первичной» специализированной. В связи с этим необходимо обсуждение и утверждение на уровне Минздрава предлагаемой системы оказания медицинской помощи пострадавшим от ожогов, включая «Положение об ожоговых центрах (отделениях)», их целях, задачах, структуре, штатах и ресурсном обеспечении, и закрепление за каждым ожоговым центром зоны курации. Такое решение будет способствовать улучшению организации помощи пострадавшим от ожогов, четкому определению этапов и объемов ее проведения, взаимодействию ожоговых отделений и центров, в т. ч. при ЧС, а также сосредоточению материально-технических средств в ведущих ожоговых центрах страны для обеспечения лечебно-диагностического процесса на современном специализированном и высокотехнологичном уровне.

Сложной остается проблема штатно-организационной структуры ожоговых отделений. Недостаточное финансирование лечебно-диагностического процесса, кадровый дефицит, связанный с низкой заработной платой, тяжелыми и вредными условиями труда в ожоговых отделениях, могут привести к значительному ухудшению результатов лечения пострадавших от ожогов. Особенно кадровая проблема остается напряженной в регионах.

Отсутствуют надежные и простые методики прогнозирования исходов ожоговой травмы. Из этого следует, что анализ и прогноз результатов оказания медицинской помощи обожженным позволит наметить пути оптимизации ее организационной и лечебной составляющих при возникновении подобных ситуаций в будущем. В последние годы появились новые возможности для включения элементов высокотехнологичных видов помощи в деятельность головных лечебных учреждений регионов. Поскольку пациенты с ограниченными по площади поражениями представляют собой не только многочисленную, но и крайне неоднородную по характеру и тяжести травмы группу больных, решение сформулированной выше проблемы, на наш взгляд, должно быть комплексным, в равной степени охватывающим все основные звенья и этапы лечебного процесса.

Комплексное лечение тяжелообожженных по оценке ряда зарубежных ожоговых центров с экономической точки зрения высокочрезмерно. Так, в США один день пребывания пациента в ожоговом центре обходится страховым компаниям в 3000 долл., в Португалии – 3000 долл., в Аргентине – 1500 долл., а в Индии – 250 долл. По данным отдельных отечественных авторов, стоимость одного койко-дня в ожоговых стационарах России не превышает 100 долл. По опыту Нижегородского НИИТО фактическая стоимость лечения больных с ожогами свыше 30 % составляет от 50 до 700 тыс. рублей, больных с последствиями ожогов – от 30 до 80 тыс. рублей.

Недостаточное финансирование лечебно-диагностического процесса в ожоговых центрах является одной из причин остающейся высокой летальности среди тяжелообожженных. Не вызывает сомнения, что нормы и объемы финансирования данной категории больных

из местных бюджетов, ФОМС, страховых компаний должны быть пересмотрены и адекватны затратам из федерального бюджета согласно утвержденным стандартам лечения. Отдельные исследователи считают, что выход в создавшейся ситуации представляется в организации стационара дневного типа при ожоговом центре, предполагающего качественные изменения при сохранении преимуществ амбулаторной помощи. Основные проблемы, которые предстоит решить комбустнологической службе РФ, – это организационные, к которым можно отнести оснащение ожоговых отделений, и в первую очередь, ПИТ современной диагностической и следящей аппаратурой, повышение профессионального уровня молодых специалистов комбустнологов путем проведения узко тематических семинаров, регулярных клинично-анатомических конференций с детальным разбором вопросов диагностики и адекватности осуществлявшегося лечения конкретного пациента, организации систематической работы узких специалистов в ожоговых отделениях. Результаты исследований отдельных авторов показали, что 40 % среди госпитализированных с термическими травмами составляют дети, причем в 85 % случаев термические ожоги получают дети до 5 лет. Более 30–40 % детей, получивших ожоги, в дальнейшем нуждаются в восстановительных и реконструктивных операциях.

Необходимость и своевременность выполнения реконструктивных операций диктуется ранним развитием у детей с рубцовыми контрактурами вторичных костных изменений лица, позвоночника, конечностей, приводящих к увечью и инвалидности. Даже небольшое стяжение рубцами оказывает влияние на рост и развитие поврежденной зоны, поэтому хирургическое вмешательство должно быть выполнено в ранние сроки и полностью ликвидировать контрактуру. Тем не менее, детям, перенесшим ожоговую травму, в недостаточной степени уделяется внимание участковыми педиатрами и хирургами, особенно в сельской местности, что приводит к наличию большого количества детей с тяжелыми формами контрактур, нуждающихся в реконструктивных операциях. Поэтому очевидна необходимость раннего выявления таких детей и своевременное проведение их реабилитации.

Хирургическое лечение больных с локальными глубокими ожогами представляет собой серьезную медико-социальную проблему, значение которой с каждым годом неуклонно возрастает. Так, удельный вес рассматриваемой категории пострадавших увеличился в течение последних 30 лет вдвое и достиг уровня 50–60 % от общего числа пациентов, находящихся на стационарном лечении. В этот же период времени непосредственные и отдаленные результаты их лечения, в т. ч. уровень летальности, частота выявления рубцовых деформаций и контрактур, существенной положительной динамики не претерпели. Как и четверть века тому назад, около 40–50 % обожженных нуждаются в последующей хирургической реабилитации.

Актуальным остается вопрос оказания психотерапевтической помощи обожженным больным. При проведении реабилитации перенесших ожоги важно учитывать, что у многих пациентов имеются психические отклонения, связанные с сознанием своей неполноценности. Данное обстоятельство требует особого подхода и часто необходимости медикаментозной коррекции.

Для профилактики и своевременной диагностики осложнений ожоговой болезни необходим постоянный многокомпонентный мониторинг со своевременным подключением к лечению специалистов смежных направлений (общие хирурги, эндоскописты, функциональные диагносты, терапевты, кардиохирурги и сосудистые хирурги, психиатры, невропатологи, диетологи и др.), что обеспечит успешные исходы. Кроме развития рубцов и деформаций, у пациентов, перенесших тяжелую ожоговую болезнь, могут иметься различные нарушения функций внутренних органов, требующие привлечения к обследованию и лечению соответствующих специалистов.

Обучение хирургов поликлиник особенностям лечения и реабилитации пострадавших от ожогов с привлечением специалистов ожоговых отделений может являться одним из путей решения этой задачи. Больше внимание должно уделяться также совершенствованию врачебно-трудовой экспертизы лиц, перенесших ожоги, и их трудоустройству.

Анализ ошибок и недостатков в лечении пострадавших с ожогами на всех этапах лечения от оказания первой помощи до конечного исхода показывает, что в большинстве случаев они являлись следствием недостаточной компетентности врачей скорой помощи, хирургов, травматологов, анестезиологов-реаниматологов в вопросах современных технологий лечения ожогов, профилактики деформаций и контрактур, консервативных и хирургических методов реабилитации. Поэтому систематическое последипломное повышение квалификации врачей комбустиологов-хирургов и подготовка врачей различного профиля, имеющих отношение в той или иной степени к лечению ожогов и их последствий, является необходимым и важным звеном в комплексном решении проблемы улучшения оказания медицинской помощи пострадавшим от ожоговой травмы.

Перед современной комбустиологией стоит задача оценки выживаемости больных, которая должна включать оценку возможности возвращения к прежнему образу и качеству жизни. Таким образом, совершенствование системы оказания медицинской помощи пострадавшим от ожогов является актуальной задачей. Наряду с организацией лечебно-диагностического процесса, необходимо определить окружные и межтерриториальные ожоговые центры по оказанию высокотехнологичной и специализированной помощи тяжело-обожженным, а также пути взаимодействия ожоговых центров и отделений, в т. ч. при чрезвычайных ситуациях. Несмотря на очевидную значимость проблемы организации и содержания медицинской помощи обожженным, до настоящего времени недостаточно обоснованы и остаются дискуссионными вопросы сортировки, оказания медицинской помощи обожженным на этапах медицинской эвакуации, сроков и очередности эвакуации с места происшествия, главным образом при массовых поражениях.

Разработка и внедрение в клиническую практику федеральных стандартов по лечению обожженных на этапах медицинской эвакуации имеет важное значение в комплексе мероприятий, направленных на улучшение качества медицинской помощи населению.

Важнейшей составляющей лечения и реабилитации больных с термическими поражениями является ане-

стезиологическое обеспечение ожоговых отделений всех уровней. Хорошо продуманная борьба с болью на всех стадиях болезни является необходимым условием лечения больных с термическими поражениями [23]. Россия является той страной, в которой впервые в истории военно-полевой хирургии Н.И. Пироговым в полевых условиях было применено обезбоживание. Обезбоживание – это далеко не «гуманитарное дополнение» к оперативному вмешательству. У детей страх перед болью нередко приводит к нервно-психическим расстройствам, вплоть до олигофрении. Потребность в общем обезбоживании в ожоговых отделениях в 3–4 раза выше, чем в общехирургическом стационаре.

Использование рациональной диеты во многом предупреждает опасные послеоперационные осложнения. Учеными НИИ им. Н.В. Склифосовского теоретически обоснованы и разработаны показания и противопоказания к назначению искусственного парентерального и энтерального питания, оптимальные схемы их применения, методы контроля за лечебной эффективностью у больных с тяжелыми ожогами. Особое значение в исходе лечения термических повреждений врачи придают физиотерапии, лечебной физкультуре, массажу. Основными принципами их проведения являются регулярность, комплексность и дозированность.

Для лечения пострадавших, спасения их жизни очень важны структура и кадровое обеспечение специализированных ожоговых центров, отделений термического поражения. На основании приобретенного опыта МЗ РСФСР 3 апреля 1991 г. был издан приказ № 54 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию медицинской помощи пострадавшим от ожогов в РСФСР», в котором значительное место уделено структуре и штатам ожоговых центров. Однако до сих пор укомплектованность ожоговых центров основными врачебными специальностями – комбустиологами и анестезиологами – не превышает 66–68 %. В настоящее время существующие социально-экономические условия диктуют необходимость введения в штат ожоговых центров постоянных сотрудников: врача-психиатра-нарколога, врача по ФТЛ и ЛФК, реабилитолога, специалиста по социальной работе. Жизнь и практика доказывают настоятельную необходимость введения в номенклатуру врачебных должностей единой специальности – «специалист по термическим поражениям».

Ожоговые отделения должны нести функции организационно-методического характера: являться базами для специальной подготовки врачей, средних медицинских работников и студентов высших и средних учебных заведений; готовить информационные материалы по лечению ожогов и отморожений для сельских больниц, здравпунктов предприятий, отделений общей хирургии; вести работу по профилактике термических поражений среди населения, используя в этих целях средства массовой информации.

Содержание больных в технически оснащенных ожоговых центрах требует больших материальных затрат. Львиную долю здесь составляет стоимость оборудования, медикаментов, реанимационных мероприятий, ухода. В то же время в отличие от периода 15–20-летней давности финансирование ожоговой службы осуществляется в минимальном объеме. В последние 10 лет многие ожоговые центры были закрыты или

реорганизованы, что, по мнению участников заседания проблемной комиссии ученого совета МЗ РФ «Термические поражения», остается тревожной тенденцией [24]. Функционирующие в стране ожоговые центры в состоянии пролечить лишь 23 % больных с термическими поражениями, нуждающихся в госпитализации. Остальные 77 % лечатся в хирургических, травматологических отделениях общебольничной сети, где нет необходимых условий, оборудования, специалистов-комбустиологов. Это приводит к тяжелым осложнениям, ведет к увеличению инвалидности и смертности пациентов.

Разрушена существовавшая ранее, хорошо отлаженная система реабилитации пострадавших. По мнению участников Первого съезда комбустиологов России, международной конференции, посвященной 60-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург), одним из главных препятствий на пути оказания действенной помощи больным с последствиями термического поражения является отсутствие в стране специализированных реабилитационных центров, а при их наличии в некоторых регионах – высокая стоимость курса лечения, которое не могут себе позволить большинство реконвалесцентов [25].

Социально-экономические потрясения в нашей стране в последнее десятилетие XX в. привели к изменению социального состава пациентов. Ожоговые центры из медицинских превратились в медико-социальные [26]. Многообразный характер термических поражений, социальный состав пациентов, длительность пребывания реконвалесцентов на дорогостоящей больничной койке требуют дифференцированных организационных мероприятий. В этих целях в Кемеровской области ожоговый центр, отделения термического поражения взаимодействуют с больницами восстановительного лечения и сестринского ухода, наркологическими и психиатрическими диспансерами, службами социальной защиты населения, правоохранительными органами, религиозными конфессиями, этнообщественными объединениями.

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» позволила значительно укрепить амбулаторно-поликлиническую службу, поднять на более высокий уровень первичную медико-санитарную помощь больным с термическими поражениями, дать новый импульс дальнейшему развитию стационарзамещающих технологий травматологического профиля. В целях реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи населению Российской Федерации Минздравсоцразвития России определены виды высокотехнологичной комбустиологической помощи, оказываемой за счет средств Федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях страны. От знаний, опыта, профессионализма, умения четко определять приоритеты, быстро принятия решений руководителями здравоохранения, клиницистами всех уровней и специальностей, работниками профилактических служб зависит сохранение жизни и здоровья населения России [27–28].

Изучение литературных источников показало, что стремительный рост травматизма в мире, в т. ч. обусловленного термическими факторами, зависит от гео-

графических, экологических, производственно экономических, социально-гигиенических и медико-социальных условий.

В литературе глубоко и разносторонне исследованы причины термического травматизма, клинические аспекты диагностики, лечения и реабилитации пострадавших от ожогов, отморожений и их последствий.

В то же время недостаточно изучено влияние организационных медицинских технологий на исход травмы. Мало разработок, отражающих проблемы эффективности использования ресурсов комбустиологической службы. Требуют серьезных исследований вопросы взаимодействия медицинских учреждений и социальных служб в оказании дифференцированной медико-социальной помощи социально незащищенным категориям больных. Нуждается в разработке система оказания медицинской помощи пострадавшим на основе интеграции организационных медицинских и социальных технологий, обеспечивающих снижение заболеваемости и смертности от управляемых, предотвратимых причин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джанелидзе Ю.Ю., Постников Б.Н. Ожоги // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М., 1951. Т. 1. С. 332–362.
2. Пирогов Н.И. Собрание сочинений: в 8 т. М.: Медгиз, 1959. Т. 6. Начало военно-полевой хирургии. 467 с.
3. Алексанян И.В., Кнопов М.Ш. Страницы истории отечественной военно-полевой хирургии // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1995. № 2. С. 61–62.
4. Вишневский А.А., Еланский Н.Н., Петровский В.Б. Физиологические основы современной хирургии (Предоперационный, операционный и послеоперационный периоды) // Труды 26 съезда хирургов М., 1956. С. 16–18.
5. Арьев Т.Я. О радикальных преобразованиях, произошедших в учении об ожоговых ранах и ожоговой болезни // Вопросы ожоговой патологии: материалы 1 мордовской республиканской научно-практической конференции по проблеме «Ожоги». Саранск, 1974. С. 49.
6. Виноградова О.И., Королев Л.Ф., Свешников А.И. [и др.] Актуальные вопросы организации лечебной помощи в Московском городском ожоговом центре // Вопросы ожоговой патологии: материалы 1 мордовской республиканской научно-практической конференции по проблеме «Ожоги». Саранск, 1974. С. 19–20.
7. Агаджанян В.В., Родионов Е.П. Межгоспитальная транспортировка больных с полигравмой: новые подходы оказания специализированной помощи // Многопрофильная больница: проблемы и решения: материалы Всероссийской научно-практической конференции (Ленинск-Кузнецкий, 4–5 сентября 2003 г.). Новосибирск, 2003. С. 37–46.
8. Алексеев А.А., Лавров В.А. Актуальные вопросы организации и состояния медицинской помощи пострадавшим от ожогов // Комбустиология. 2008. № 35.
9. Хунафин С.Н., Ялалова Г.И., Хунафина Д.Х. Местнопластические операции в реабилитации обожженных детей // Комбустиология. 2007. № 30.
10. Подойницына В.И. К вопросу оказания специализированной медицинской помощи больным с термическими поражениями в субъектах РФ // Сборник научных трудов 2 съезда комбустиологов России. М., 2008. С. 38–39.
11. Крылов К.М., Козулин Д.А. Опыт оперативного лечения обширных глубоких ожогов // Материалы 7 Всероссийской научно-практической конференции по проблеме термических поражений. Челябинск, 1999. С. 181–182.
12. Адыкин А.Л., Титов А.С., Самарев А.В. Проблемы проведения инфузионно-трансфузионной терапии в системе комплексного лечения пострадавших в состоянии ожогового шока и некоторые варианты их решения // Сборник научных трудов 2 съезда комбустиологов России. М., 2008. С. 98–99.
13. Алексеев А.А., Крутиков М.Г. Современные стандарты и технологии лечения обожженных // Сборник научных трудов 2 съезда комбустиологов России. М., 2008. С. 60–61.

14. *Ревской А.К., Судумов М.А., Клипак В.М.* Организация оказания медицинской помощи пострадавшим от ожогов при террористических актах и проведении контртеррористических операций // Военно-медицинский журнал. 2007. Т. 328. № 4. С. 72.
15. Актуальные вопросы службы скорой медицинской помощи: материалы научно-практической конференции, посвященной 70-летию городской клинической станции скорой мед. помощи г. Кемерово // Медицина в Кузбассе. 2004. Спец. вып. № 8.
16. *Вишневский А.А., Вилявин Г.Д., Шрайбер М.И.* Термические ожоги // Труды 27 Всесоюзного съезда хирургов (23–28 мая 1960 г.). М., 1962. С. 13-19.
17. *Бурденко Н.Н.* Лечение огнестрельных ранений на фронте в период Великой Отечественной войны // Труды 25 Всесоюзного съезда хирургов. М., 1948. С. 32-33.
18. *Древина А.И.* Лечение больных с ожогами в условиях амбулатории. Л.: Медицина, 1956. 178 с.
19. *Данюков А.* Станут ли реальностью стационарозамещающие технологии // Медицинский вестник. 2002. № 25. С. 5.
20. *Алиханов М.А., Любов Е.Б.* Стационар на дому как альтернатива госпитализации // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. № 2. С. 103-106.
21. *Виноградов А.З., Доцинин Ю.П.* Методические подходы социально-гигиенического исследования вынужденных мигрантов // Общественное здоровье и организация медицинской помощи на рубеже веков. Томск, 2000. С. 37-41.
22. *Модестов А.А., Архитов А.И., Мельников Г.Я.* К вопросу об организации амбулаторной хирургической помощи в условиях обязательного медицинского страхования // Социально-гигиенические аспекты развития отечественного здравоохранения. Кемерово, 1999. С. 40-43.
23. *Арьев Т.Я.* Ожоги. Л.: Медицина, 1975. 32 с.
24. *Алексеев Н.А., Якушев А.М.* Структурная перестройка стационаров в условиях крупного города // Здравоохранение Российской Федерации. 2000. № 1. С. 10-11.
25. Материалы заседания проблемной комиссии ученого совета МЗ РФ «Термические поражения» // Комбустиология. 2002. № 6. С. 3-9.
26. *Азолов В.В., Жегалов В.А.* Итоги работы ожоговых центров России за последнее десятилетие: достижения, трудности и нерешенные проблемы: материалы заседания проблемной комиссии ученого совета МЗ РФ «Термические поражения» // Комбустиология. 2001. № 6. С. 20-28.
27. *Герасимова Л.И.* Проблема ожогов на пороге XXI века // Комбустиология. 2000. № 2. С. 36-42.
28. *Баженов В.Г., Белявский А.Р.* Проблемы здравоохранения, гигиены и медицины // Научные труды I Международной конференции (1–5 июня 2005 г.). М., 2005. С. 9-14.

Поступила в редакцию 13 июля 2012 г.

Tateladze D.G., Doru-Tovt V.P. PROBLEMS AND THE PROSPECT OF ORGANIZING THE MEDICAL AID TO PATIENT WITH THERMAL DEFEATS

In the article on the basis of the analysis of literary sources and prevailing situation are deeply and many sidedly investigated the reasons for thermal traumatism, the clinical aspects of diagnostics, treatment and rehabilitation of victim from the burns, the freezings and their consequences. In also the time it is indicated to the insufficiency of the mastery of the influence of organizational medical technologies on the outcome of traumatism and developments, which reflect the problems of the effectiveness of the use of resources of combustiologia service. In the article is shown the need for serious studies of questions of interaction of medical and social services in the rendering of the differentiated medico- social aid to the socially unprotected categories by patient and the development of the system of rendering to the medical aid to victim on the basis of the integration of the organizational technologies, which ensure reduction in the morbidity and mortality from those controlled reasons.

Key words: thermal defeats; the complex treatment of burn patients; united scientifically substantiated system of aid to victim.