

Как мы уже сообщали (см. «МГ» № 81 от 25.10.2013), в Москве прошёл IV съезд комбустиологов. Он был организован общероссийской общественной организацией «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» совместно с Институтом хирургии им. А.В.Вишневского и Российской медицинской академией последипломного образования. Главным его вопросом стало обсуждение проекта общероссийских рекомендаций по оказанию медицинской помощи при ожогах.

Проект представлен

Первое пленарное заседание программным докладом «Проект национальных рекомендаций «Организация и оказание медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации» открыл президент объединения комбустиологов «Мир без ожогов», руководитель ожогового центра Института хирургии им. А.В.Вишневского, заведующий кафедрой термических поражений, ран и раневой инфекции Российской медицинской академии последипломного образования профессор **Андрей Алексеев**. Первая часть выступления была посвящена важнейшим вопросам и проблемам взаимодействия специалистов в ходе организации и оказания медицинской помощи обожжённым на всех её этапах. Было отмечено, что чаще всего внимание общественности, государственных и других органов к проблеме комбустиологии связано с какими-либо чрезвычайными ситуациями особо массового характера. Вместе с тем не следует забывать, что ежегодно в стране получают ожоги около 400 тыс. человек, при этом около 100 тыс. нуждаются в госпитализации. Далеко не во всех субъектах Российской Федерации созданы ожоговые отделения или центры, а значит, организовать своевременную и полноценную специализированную помощь для этих больных бывает непросто. Так называемые профильные ожоговые койки для тяжелообожжённых не спасают положение. Перевод таких больных в федеральные учреждения для оказания высокотехнологичной медицинской помощи не всегда возможен из-за тяжелого состояния пациентов. Кроме того, приходится констатировать, что ожоговые отделения в различных регионах страны имеют разные возможности. Это касается и материально-технического обеспечения, и медикаментов, и во многом зависит от медико-экономических стандартов и уровня их финансирования, которые почему-то также могут различаться.

Далее профессор привёл анализ основных статистических показателей работы российских ожоговых центров за 2009–2012 гг. Анализ был проведён по 38 ожоговым центрам и отделениям, представляющим основную часть регионов России. Их суммарный коечный фонд составляет 1509 специализированных коек для лечения пострадавших от ожогов. Из них 1238 коек для взрослого населения (82%) и 271 «детская» ожоговая койка (18%). Были приведены основные статистические показатели по лечению раздельно взрослых обожжённых и детей. В среднем за 4 года пролеченные больные с ожогами составили 83,8%, с холодовыми поражениями – 3,1%, с последствиями ожогов – 6,7%, с ранами различной этиологии – 2,7%, с трофическими язвами – 1,2%, с гнойно-хирургическими заболеваниями – 1,1%, с другой патологией – 1,2%.

– За 4-летний период отсутствует существенная динамика основных статистических показателей деятельности ожоговых стационаров, – сказал А.Алексеев. – Контингент госпитализирован-

ных по тяжести поражения, определяемой глубиной и площадью ожоговых ран, также не претерпел существенных изменений. Однако следует отметить, что для ожоговых центров крупных городов, особенно мегаполисов, статистические показатели в ряде случаев существенно отличаются от средних с тенденцией к утяжелению травмы у госпитализированных. Помимо негативных медицинских последствий активной урбанизации, в немалой степени это является следствием сохраняющейся практики переводов тяжелообожжённых из других лечебных учреждений в столичные клиники, что не вписывается в концепцию

Вслед за докладом началось обсуждение подготовленного к съезду проекта национальных рекомендаций. На трибуну поднимались руководители клиник и ведущие специалисты из разных федеральных округов страны.

Во второй части программно-го доклада были представлены принципы и методы современного лечения пострадавших от ожогов.

Проблемы организационные и финансовые

В своём докладе директор Нижегородского НИИ травматологии и ортопедии Минздрава России

с термической травмой: для пострадавших в Нижнем Новгороде – госпитализация исключительно в ожоговый центр, для пострадавших в районах области – в ЛПУ с обязательной передачей информации в ожоговый центр для своевременного информирования и получения необходимой квалифицированной помощи по телефону. В дальнейшем данные пациенты переводятся в институт специализированным транспортом. Если в 2011, 2012 гг. ежегодно в ожоговый центр института было госпитализировано около 800 пациентов, то после вступления в силу данного приказа – 590 пациентов с ожогами 5% поверх-

за, соответствующего реалиям современной жизни. Первым здоровым шагом в совершенствовании и упорядочивании нашей деятельности стало создание стандартов высокотехнологичной медицинской помощи по комбустиологии, регламентированных приказом № 569 от 21.07.2006. Но это, увы, не решило проблем оказания помощи «рядовыми обожжённым». Более того, ситуация усложнилась неадекватным толкованием содержания изданного приказа страховыми медицинскими организациями, принимающими его порой за документ, предназначенный для всего контингента больных с ожогами, и

Ориентиры

От беспорядка — к порядку!

Ведущие комбустиологи подготовили проект общероссийских рекомендаций по оказанию медицинской помощи при ожогах



Николай Карякин и его заместитель **Игорь Арефьев** рассказали о совершенствовании оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с термической травмой:

– Комбустиология является одной из самых затратных областей здравоохранения из-за длительного пребывания больного в стационаре, неоднократных оперативных вмешательств, высокой стоимости оборудования и его эксплуатации. Поэтому оказание своевременной этапной квалифицированной медицинской помощи пострадавшим с термической травмой приобретает в настоящее время особую актуальность. Однако ограниченная материальная база большинства ЛПУ, отсутствие подготовленных кадров не позволяют оказывать адекватный объём помощи, способствующий достижению приемлемых результатов. Исход заболевания в немалой степени зависит от уровня организации медицинской помощи на догоспитальном этапе, в первые сутки стационарного лечения и сроков поступления обожжённых в специализированное комбустиологическое отделение.

Одной из мер в решении данной проблемы может стать организация оказания дистанционного консультирования лечащих врачей ЛПУ специалистами ожоговых центров с последующим переводом больных на специализированные койки. В 2011–2012 гг. через ожоговый центр Нижегородского НИИ травматологии и ортопедии Минздрава России прошло более 1600 пациентов, при этом в больницах Нижегородской области за этот период было пролечено более 4500 тыс. пациентов, многие из них поступали в последующем в ожоговый центр в декомпенсированном состоянии. Учитывая данное обстоятельство, администрацией института совместно с Министерством здравоохранения Нижегородской области в конце 2012 г. был подписан совместный приказ о совершенствовании оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с термической травмой. На основании данного приказа чётко определены показания для госпитализации в институт пациентов

ности тела и более (за 8 месяцев 2013 г.).

Особую группу составляют пациенты детского возраста. Проблема оказания им квалифицированной помощи остро стоит во многих регионах России, в которых отсутствуют ожоговые центры. В связи с этим, учитывая сложившуюся высокую потребность в Российской Федерации в оказании медицинской помощи детскому населению по профилю «комбустиология», Министерством здравоохранения РФ 11 июня 2013 г. было направлено информационное письмо № 15-1/10/2-4135, адресованное руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ. Во исполнение письма в Нижегородском НИИ травматологии и ортопедии был организован ожоговый колл-центр для круглосуточного дистанционного консультирования лечащих врачей и реаниматологов с использованием сотовой связи, связь по Скайп или электронной почте. В некоторых случаях перевод пострадавших детей в ожоговый центр института обеспечивают силы МЧС России.

Первый опыт реализации вышеуказанного письма свидетельствует, что многие регионы своевременно воспользовались предоставленной возможностью (Ивановская, Владимирская, Архангельская, Калининградская, Пензенская области, Республика Карелия, Удмуртская Республика). В ожоговый центр института благодаря совместным действиям за 3 месяца переведено 16 детей с тяжёлыми ожогами из других регионов, в том числе 7 пациентов – самолётами МЧС России, дистанционно проконсультирован 21 ребёнок. Дальнейшая научная разработка данного вопроса позволит сформировать предложения по повышению качества оказания медицинской помощи пострадавшим с термической травмой.

«К «порядкам» от беспорядка» – так назывался доклад вышедшего на трибуну главного врача Саратовского центра термических поражений и городской больницы № 7 профессора **Николая Островского**.

– Отсутствие понятия «комбустиология» в перечне номенклатуры специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским образованием повлекло за собой неоправданно равнодушное отношение к уникальному разделу хирургии, – сказал Н.Островский. – «Масло в огонь подливает» и отсутствие нового организующего прика-

неправомерно обкладываемыми профильными отделениями штрафами, подрывающими и без того небогатый бюджет ЛПУ.

Сегодня у нас в руках должны быть стандарты медицинских услуг, включающие обязательный перечень лечебно-диагностических процедур и лекарств с минимальными требованиями к условиям оказания медпомощи. Необходимо, чтобы стандарты предусматривали регламенты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи по комбустиологии с учётом глубины, локализации и тяжести поражения основного контингента ожоговых отделений. По меньшей мере нелепо выглядит необходимость выполнения задания в виде плана койко-дней по термической травме, несмотря на её спорадичность и малую предсказуемость, хотя и при очевидной сезонности.

Целесообразно расширить возможности ЛПУ по включению в локальный Формуляр лекарственных препаратов, используемых для лечения сопутствующей патологии, для чего они должны быть оговорены в стандартах оказания специализированной медицинской помощи. В реальной провинциальной жизни мы успешно оказываем помощь больным, формально укладываемым в стандарт высокотехнологичной помощи, довольствуясь крохами финансирования в рамках стандартных тарифов ОМС. По факту они явно не являются медико-экономическими. Попытки лицензировать оказание высокотехнологичной помощи натываются на несоответствие имеющихся, зачастую приспособленных, а не построенных специально для ожоговых отделений помещений, требованиям современных СанПиН. То же касается и табеля оснащения отделений.

Наличие перечня медицинских услуг и лекарственных средств, представленных в стандартах, позволит рассчитать затраты на ведение больного с определённой нозологической формой и установить соответствующий тариф по ОМС. Дополнительная медицинская помощь и повышенный уровень комфортности её получения могут быть оплачены пациентом. Не секрет, что сегодня реальная стоимость лечения больного далека от достоящихся ему средств. В Саратовском центре термических поражений дефицит тарифа по ОМС составляет 48,6%. Вопреки расчётной стоимости койко-дня – 3589,44 руб., реальная стоимость составляет 1821,76 руб. в соответствии с Тарифным соглашением, а утверждённый по нему тариф –

32 263,40. Расчётная стоимость законченного случая, исходя из средней длительности лечения 17,4 суток в соответствии с федеральным нормативом, должна составлять 62 456,31 руб. Поступающие из областного бюджета субсидии на финансовое обеспечение выполнения муниципального задания позиционируются как средства, выделяемые на лечение пациентов, не имеющих полиса. Согласно муниципальному заданию, больными, не имеющими страхового медицинского полиса, в стационар должен быть проведён 661 койко-день при стоимости одного койко-дня – 1136,16 руб. Между тем только за 6 месяцев 2013 г. это уже 1571 койко-день, что почти в 2,4 раза больше муниципального задания, причём исключительно за счёт средств больницы, получаемых за пролеченных по ОМС больных. В такой ситуации при одноканальном финансировании мы серьёзно озабочены обеспечением качественной помощи пациентам, соблюдением норм питания и необходимостью ежемесячно повышать заработную плату. О плановом приобретении оборудования, текущих и тем более капитальных ремонтах просто не может быть речи.

Главный врач уфимской городской клинической больницы № 18 **Азат Мухаметзянов** рассказал об организации медицинской помощи больным с термической травмой в Республике Башкортостан. Ожоговая травма составляет там 4,5-5,4% от всех видов травм и отравлений, у детей 3,5-5,4%. Наблюдается тенденция к увеличению числа пострадавших с обширными и глубокими ожогами, детей до 3 лет и лиц пожилого и старческого возраста.

В обсуждении проекта национальных рекомендаций приняли участие заведующий отделением термических поражений Амурской областной клинической больницы кандидат медицинских наук Андрей Брегадзе, заведующий ожоговым отделением Рязанской областной клинической больницы Артём Введенский и другие.

О шоке и ранах

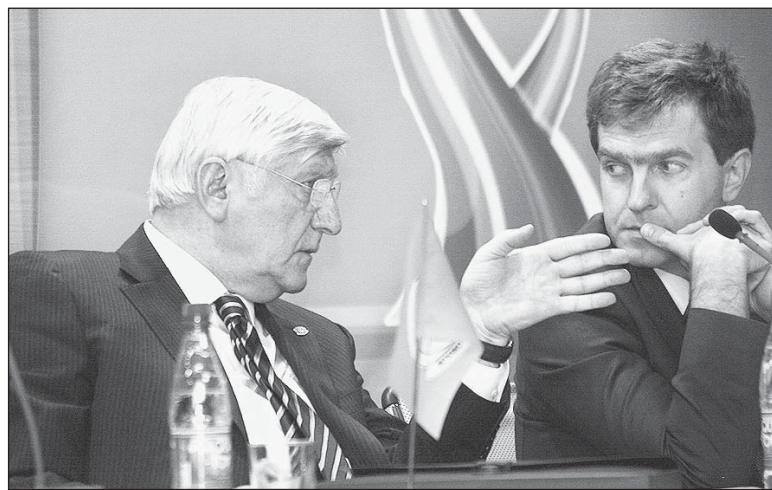
Второе пленарное заседание открылось выступлением докторов медицинских наук **Михаила Крутикова** (Институт хирургии им. А.В.Вишневского) и **Ирины Шлык** (1-й С.-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова), представившим проект клинических рекомендаций «Диагностика и лечение ожогового шока». Оно также сопровождалось всесторонним обсуждением и с рядом поправок вошло в проект национальных рекомендаций.

И ещё один проект клинических рекомендаций был обсуждён на съезде – «Местное консервативное лечение ожогов на этапах медицинской эвакуации». Его представил доктор медицинских наук **Александр Бобровников** (кафедра термических поражений, ран и раневой инфекции РМАПО).

О доступности инновационных технологий лечения ран говорил также руководитель ожогового центра Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского кандидат медицинских наук **Сергей Богданов**. Современные раневые покрытия в комбустиологии должны отвечать ряду требований: создавать в ране влажную среду, не прилипать к ране, обладать обезболивающими, антибактериальными и стимулирующими эпителизацию свойствами. Внедрение в клиническую практику современных инновационных технологий лечения ран позволяет более эффективно оказывать помощь пострадавшим от ожогов на всех этапах их лечения. В Краснодарском крае к 2013 г. развёрнуто 45 специали-

зированных ожоговых коек. Поэтому особенно актуален вопрос более раннего перевода больных на специализированные койки и внедрение инновационных методов лечения. С 2009 г. центр перешёл на активное использование раневых покрытий для всех пострадавших. Внедрены в практику работы ранняя некрэктомия и дермобразия с использованием раневых покрытий с последующей самостоятельной эпителизацией пограничных ожогов.

– Основными направлениями работы в крае мы считаем также ранний учёт, ранний перевод, раннее лечение и раннюю реа-



билитацию, – сказал С.Богданов. – Для реализации этого в ожоговом центре создано консультационное отделение, способствующее взаимодействию и преемственности в оказании помощи пострадавшим от ожогов. Оказание медицинской помощи пострадавшим от ожогов на основе применения инновационных технологий и правильной организации взаимодействия регионального ожогового центра с хирургическими и травматологическими отделениями районов позволяет существенно улучшить результаты лечения ожоженных.

Доклад **Валерия Филиппенко**, **Тимура Сухова** и **Юрия Тюрникова** (ожоговый центр ГКБ № 36 Москвы и кафедра термических поражений, ран и раневой инфекции РМАПО) был посвящён технологии лечения ран с использованием управляемого отрицательного давления, показанием к применению её в комбустиологии. Методика лечения ран с помощью отрицательного давления используется в различных разделах хирургии более 20 лет. Одна из современных методик, применяемых в хирургии, носит название обозначаемое аббревиатурой CNP – controlled negative pressure, или – управляемое отрицательное давление. Практика свидетельствует об эффективности применения этой технологии при комплексном лечении глубоких контактных и электроожогов, а сама технология и соответствующее оборудование должны входить в перечень оснащения современного ожогового центра.

Как ускорить репарацию?

В рамках съезда прошёл симпозиум с международным участием «Вопросы регенеративной медицины в комбустиологии». Докладом «Регенеративная медицина в комбустиологии: состояние, проблемы и перспективы» его открыл профессор А.Алексеев. Он рассказал о методах лечения ожоженных на основе применения культивированных клеток кожи, а также об использовании различных биоэквивалентов кожи человека.

В последнее время появилось ещё одно интересное направление – трансплантация аутологичных некультивированных клеток кожи человека, так называемая технология ReCell. Однако использование данной технологии в комбустиологии ограничено в основном локальными глубоко-

ми ожогами, а также высокой стоимостью специального одно-разового набора инструментов для сбора аутогенных клеток. Появляется всё больше и больше публикаций, посвящённых созданию искусственной кожи для лечения ожоженных. В то же время термин «искусственная кожа» чисто рекламный. Более правильные термины – «заменитель кожи» или «биоэквивалент кожи», то есть созданный человеком материал – раневое, в том числе биологическое, покрытие, имитирующее кожу человека, которое может временно или постоянно заменить утрачен-



ный кожный покров и создать условия для заживления ран. Проведённые исследования показывают, что многие современные бесклеточные биополимерные раневые покрытия эффективны только в комплексе с хирургическим лечением («очищением») пограничных ожогов II степени и «мозаичных» ожогов II-III степени, а при глубоких ожогах III степени – только после хирургической некрэктомии с последующей отсроченной аутодермопластикой. Однако на сегодняшний день следует отметить, что клинические результаты использования таких многослойных покрытий при лечении глубоких ожогов показали более высокую частоту лизиса



по сравнению с традиционной аутодермопластикой, хотя косметические результаты в случаях их приживления исследователями были оценены несколько лучше.

Заманчивой возможностью, открывшейся с началом использования клеточных продуктов, стала индукция регенерации аллогенными трансплантатами. Имеются отдельные сообщения об использовании клеточно-биополимерных покрытий, так называемого «живого эквивалента кожи», содержащих культивированные аллогенные кератиноциты или фибробласты, а также их комбинацию. В литературе приводятся как положительные, так и критические отзывы, описывающие клинический опыт применения таких технологий.

В результате проведённых исследований подтверждена эффективность применения культивированных аллофибробластов (КАФ) на специальной подложке или в геле для лечения обширных пограничных ожогов, а также глубоких ожогов в комбинации с

«экономной» аутодермопластикой (например, комбинированная аутодермопластика с трансплантацией КАФ).

Определённый интерес представляет использование стимуляторов регенерации и репарации кожных покровов. Для этих целей используется множество различных лекарственных препаратов, относящихся к различным группам: нестероидные анаболические средства, био-генные стимуляторы, витамины, неспецифические стимуляторы регенерации растительного и животного происхождения, препараты гиалуроновой кислоты, иммуномодуляторы, гормоны, тканеспецифические факторы роста, цитокины и т.д. В то же время эффективность многих из них требует доказательств.

О лечении сложных ран у тяжёлобольных детей рассказал заведующий кафедрой детской хирургии Университетского госпиталя Хирон Хуан Карлос Лопес Гутьеррес (Мадрид, Испания), об условиях моделирования раневого процесса у пострадавших с обширной термической травмой – заведующий кафедрой комбустиологии и пластической хирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л.Шупика Георгий Козинец (Киев, Украина), о раннем энтеральном питании при лечении ожогов – доктор Афина Лаврентьева (Университет Аристотеля, Салоники, Греция), о регенеративных возможностях глубокой ожоговой раны при использовании некоторых современных повязок – профессор Ритис Римдейка (Каунас, Литва), о выборе антисептических препаратов с низкой цитотоксичностью для ускорения лечения ожогов – Андреас Арндт (Люцерн, Швейцария). Клинические замечания при лечении сложных больных высказал Ахмет Чинар Ясти (Анкара, Турция), об оказании помощи пострадавшим от ожогов во Вьетнаме говорил Ле Нам (Ханой), выступили также специалисты из Граца (Австрия), Майнца (Гер-



мания), Пекина (Китай), Кракова (Польша). Симпозиум закончился полезной дискуссией.

Они не должны остаться на бумаге

Заседания последнего из трёх дней съезда были посвящены хирургическому лечению ожогов и их последствий. Запомнилось выступление доктора медицинских наук **Константина Афоничева** совместно с директором Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И.Турнера членом-корреспондентом РАМН **Алексеем Баиндурашвили** «Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых деформаций у детей». В клинике пластической и реконструктивной хирургии этого петербургского учреждения за последние 3 года было пролечено 230 детей с послеожоговыми рубцовыми деформациями различных локализаций. В результате обследования отличные и хорошие результаты

(отсутствие контрактур суставов или их крайне незначительная выраженность) отмечены в 87% наблюдений. Соответственно удовлетворительные результаты составили 13% наблюдений. Таковые определялись при наличии малоподвижного рубцового массива или выраженных укороченных рубцовых складок, ставших причиной развития рубцовой деформации, но не тяжелее контрактур 2-й степени. При оценке результатов учитывались не только правильность восстановленных анатомических соотношений в поражённом сегменте, функции и косметика с точки зрения хирурга, но в значительной степени – мнение вылеченного ребёнка и его родителей.

В результате работы съезда был выработан проект общероссийских рекомендаций по организации и оказанию медицинской помощи при ожогах (минимальный уровень оказания медицинской помощи при ожогах в Российской Федерации), в котором подробно расписаны порядок оказания помощи, включая положение об ожоговом отделении и ожоговом центре, рекомендации по штатному расписанию, структуре и стандарту оснащения, клинические рекомендации по лечению больных во все периоды ожоговой болезни, общему и местному лечению ожоженных, ингаляционной травме, реабилитации.

– Съезд был очень важен в научно-практическом плане, – сказал корреспонденту «МГ» президент объединения комбустиологов «Мир без ожогов» профессор А.Алексеев. – Мы много времени посвятили организации и принципам оказания помощи ожоговым больным, были рассмотрены дополнительные рекомендации по лечению ожогового шока, местному консервативному лечению ран. Это самые актуальные проблемы, с которыми сталкивается любой медицинский работник, начиная с догоспитального этапа. Эти проблемы остаются важными при оказании специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Всё это и вошло в проект общероссийских рекомендаций по оказанию медицинской помощи при ожогах. Наша задача, чтобы во всех регионах страны работали по одному протоколу. Сейчас этого нет. Ожоговая служба должна быть предельно чёткой, ведь от того, как будет оказана помощь в первые часы после травмы, зависят результаты лечения.

Съезд обратился к Министерству здравоохранения РФ с просьбой ускорить рассмотрение и утверждение порядка оказания медицинской помощи по профилю «комбустиология», без которого клинические рекомендации, разработанные специалистами комбустиологами, останутся на бумаге. Обращено также внимание профильного министерства на необходимость восстановления должности главного внештатного специалиста по комбустиологии во всех регионах нашей страны: комбустиология – это отдельное медицинское направление, требующее взаимодействия многих специалистов, не только хирургического профиля. Для того чтобы решать эти трудные проблемы, необходима соответствующая координация усилий.

Альберт ХИСАМОВ, Александр ХУДАСОВ (фото), специальные корреспонденты «МГ».

НА СНИМКАХ: с основным докладом выступает профессор А.Алексеев; в президиуме конгресса член-корреспондент РАМН А.Баиндурашвили (слева) и директор Нижегородского НИИ травматологии и ортопедии Н.Карякин; в зале заседаний.