

ВЫВОДЫ

1. При поступлении на этапы медицинской эвакуации раненых из зон боевых конфликтов, эндемичных по определенным нозологическим формам инфекционной патологии, особое внимание при установлении клинического диагноза необходимо уделять эпидемиологическому анамнезу и учитывать максимальные сроки инкубационного периода нозологических форм, характерных для данного региона.
2. Основным клиническим признаком, позволяющим заподозрить инфекционное заболевание, следует считать несоответствие между степенью тяжести ранения, характером местных изменений в ране и общими проявлениями интоксикации.
3. Ранения и травмы конечностей следует расценивать как безусловные факторы риска развития осложнений, утяжеления течения инфекционного заболевания. При этом тактика лечения раненого должна вырабатываться совместно хирургом, инфекционистом и реаниматологом-анестезиологом.
4. В хирургических и реанимационных отделениях при выявлении раненого с инфекционной патологией необходимо проведение комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возможных случаев заболеваний пациентов и медицинского персонала, подвергшихся риску заражения от данного раненого.

5. При развитии синдрома общей инфекционной интоксикации всем больным целесообразно проводить исследование крови на гемокультуру брюшного тифа, малярийный плазмодий, маркеры вирусов гепатита, серологические реакции на группу кишечных инфекций, выполнять УЗИ органов брюшной полости, по показаниям — эндоскопические исследования.
6. При пароксизмах лихорадки до проведения специфических методов исследования в комплекс антибактериальной терапии следует включать противомаларийные препараты (делагил, примахин).

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимкин В.Г. Эпидемиологические особенности нозокомиального сальмонеллеза, обусловленного *S. typhimurium*, в крупных многопрофильных стационарах для взрослых: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1998.
2. Братийчук А.Н. Боевые механо-инфекционные миксты (классификация, клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб, 1998.
3. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита: Практическое руководство. — М., 1999.
4. Николенко В.К., Брюсов П.Г., Дедушкин В.С. Огнестрельные ранения кисти. — М., 1999.
5. Руководство по инфекционным болезням /Под ред. Ю.В. Лобзина и А.П. Казанцева. — СПб, 1996.
6. Справочник госпитального эпидемиолога. — М., 1999.

© Коллектив авторов, 2003

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫМ. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ

В.А. Жегалов, Д.Г. Дмитриев, А.В. Воробьев, С.А. Вилков

Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Лечение обширных глубоких ожогов, несмотря на все достижения современной медицины, и сегодня представляет одну из сложнейших специфических проблем травматологии и пластической хирургии. Массивность поражения тканей, тяжесть шока и эндогенной интоксикации, частое и практически неизбежное развитие полиорганной дисфункции, местных и генерализованных инфекционных осложнений, высокий уровень летальности — все это резко отличает термическую травму от других повреждений.

Созданная в стране специализированная ожоговая служба (78 ожоговых отделений, 3450 коек со средним оборотом 12–14 и занятостью до 330–350 дней в году) не в состоянии принять на стационарное лечение всех обожженных, подлежащих госпитализации. Так, из 400 тыс. пострадавших от ожогов, ежегодно обращающихся в России за медицинской помощью, 100–110 тыс. нуждаются в стационарном лечении, но только 25–30% из них попадают в ожоговые отделения, а остальные (подчас и тяжелопострадавшие) получают квалифицированную медицинскую помощь в травматологических и хирургических отделениях городских и районных больниц [2, 4].

Нередко из-за отсутствия должного опыта и специальных условий госпитализация тяжелообожженных в такие отделения порождает ряд сложных проблем организационного, лечебно-диагностического и финансового характера, а также существенные ошибки и упущения, омрачающие прогноз исхода травмы. Так, в Российский ожоговый центр ежегодно госпитализируются 500–600 больных со свежими ожогами. Из них около 30% поступают на лечение из других лечебных учреждений спустя 2–4 нед после травмы, а 3–5% — в срок от одного до нескольких месяцев, нередко случаи перевода больных через 6–12 мес и более. При этом у большинства пациентов уже имеются тяжелые осложнения ожогов и ожоговой болезни: пневмония, сепсис, пролежни, ожоговое истощение, застарелые гранулирующие раны, миогенные и рубцовые контрактуры [11].

Предупреждение ошибок начинается с правильной оценки глубины и площади ожогов. Однако в первые часы после травмы это не всегда возможно в связи с пролонгированным характером расстройств микроциркуляции в паранекротической зоне ожоговой раны. Поэтому важное значение имеет выяснение обстоятельств травмы. Высокотемпературные ожоги

пламенем, электрическим током в сотни и тысячи вольт, контакт с раскаленными металлическими предметами или расплавленным металлом, длительное, свыше нескольких минут, воздействие горячих (80–100°C) жидкостей при промокании всех слоев одежды, погружении в кипяток, как правило, приводят к поражениям не только кожи, но и глубоких анатомических структур — мышц, сосудов, нервных стволов, костей, суставов. Напротив, кратковременное ошпаривание кипятком или паром обнаженных частей тела, что чаще происходит в быту, обычно вызывает поверхностные ожоги II–IIIА степени.

Важно помнить, что пожары и взрывы в закрытых помещениях (домах, подвалах, квартирах, цехах, салонах транспортных средств), когда находившиеся там люди были вынуждены пусть даже короткое время вдыхать дымогазовую смесь, приводят не только к ожогам кожных покровов, но и к ингаляционному поражению дыхательных путей, паренхимы легких и отравлению организма высокотоксичными летучими продуктами горения (окисью и двуокисью углерода, газообразным хлором, цианистыми соединениями, дифосгеном, альдегидами, парами сильных кислот и др.). При этом истинный ожог трахеи и бронхов с поражением или некрозом слизистой оболочки встречается лишь у 4–8% пострадавших. У остальных пациентов тяжесть комбинированной травмы и синдрома взаимного отягощения обусловлены главным образом (или только) токсическим компонентом ингаляционного поражения, способного в ближайшие часы и сутки после травмы привести к опасным для жизни последствиям — ларинго- и бронхоспазму, сердечно-легочной недостаточности, отеку легких, двусторонней пневмонии [8, 10, 17]. Поэтому таких пациентов следует госпитализировать в отделения реанимации и интенсивной терапии, а к их лечению привлекать анестезиологов-реаниматологов, бронхологов, терапевтов-пульмонологов и других специалистов. Эти больные абсолютно нетранспортабельны как минимум в течение 2 нед, во всяком случае до стабилизации витальных функций, устранения угрозы пневмонии и сепсиса.

При глубоких ожогах на площади свыше 4–6%, а при поверхностных — свыше 10–15% поверхности тела ожоговый шок развивается с первых минут после получения травмы. От травматического он существенно отличается длительностью течения (измеряемой 2–3 сут), в том числе и эректиль-

ной фазы (несколько десятков минут), гемоконцентрацией, выраженностью гемореологических расстройств, степенью интоксикации и неизбежностью развития полиорганной, и в частности почечной, недостаточности. Патогенез ожогового шока представлен на схеме 1.

Принципиально отлична и оценка тяжести ожогового шока. Ее основу составляет учет не максимального уровня артериального давления (даже при тяжелой травме в течение первых 1–2 ч оно нередко остается близким к нормальному), а величины эмпирического индекса тяжести поражения (ИТП). При расчете ИТП принимается во внимание, что каждый 1% поверхности тела, занятый поверхностными ожогами (II–IIIА степени), соответствует 1 условной единице ИТП, а глубокими (ШБ–IV степени) — 3 ед. [14]. Сумма, полученная при определении площади тех и других ожогов, составляет фактическую величину ИТП и отражает степень тяжести ожогового шока (табл. 1).

Некоторые авторы подразделяют ожоговый шок не на четыре, а на три степени, при этом к легкой степени относят травмы с ИТП от 10 до 70 ед. [10, 13]. Такой подход нам представляется неоправданным, особенно применительно к детям и пациентам пожилого и старческого возраста. В самом деле, когда, например, площадь глубокого ожога ШБ–IV степени составляет 20%, а II–IIIА степени — 10% поверхности тела, шок трудно назвать легким, хотя ИТП не превышает 70 ед. Подобная расширенная трактовка, несомненно, дезориентирует врача, не дает ему возможности правильно оценить тяжесть шока и начать адекватное лечение.

Выявленные нами параллели при оценке тяжести и клинического течения ожогового шока у детей и взрослых разного возраста позволили внести в пер-

Схема 1. Патогенез ожогового шока

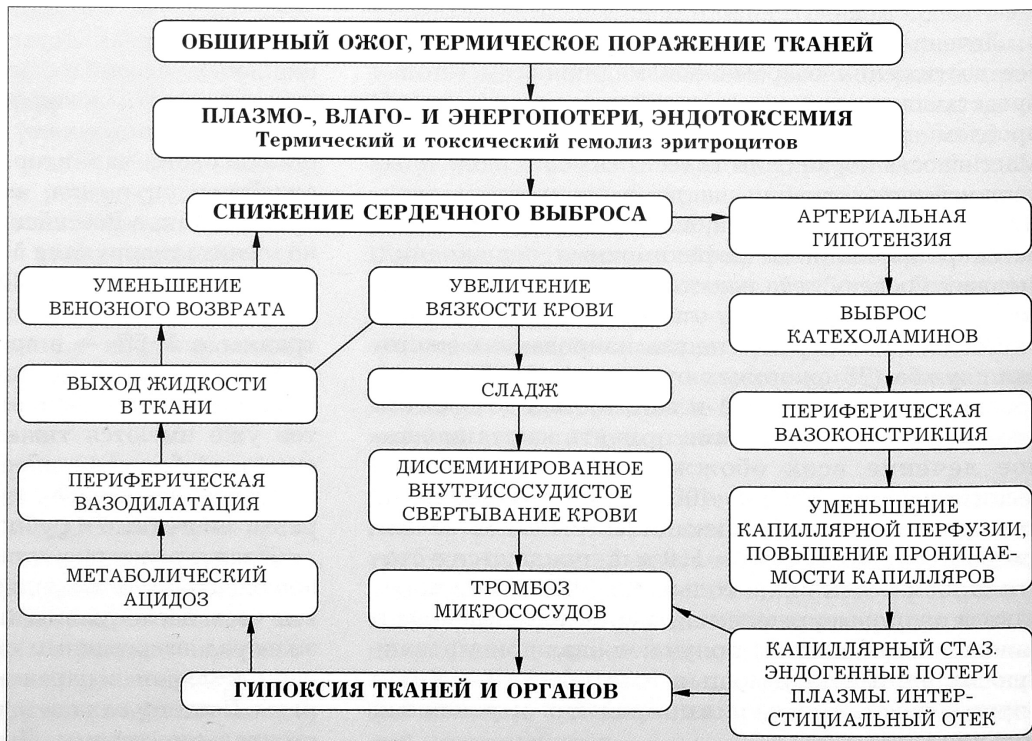


Табл. 1. Классификация ожогового шока по величине индекса тяжести поражения

Степень шока	Обозначение тяжести шока	ИТП, усл. ед.
I	Легкий	20–40
II	Средней тяжести	41–70
III	Тяжелый	71–130
IV	Крайне тяжелый	Более 130

вую таблицу некоторые дополнения, призванные улучшить диагностику шока (табл. 2.). Приведенные в этой таблице данные иллюстрируют своеобразное «коварство» незначительных, на первый взгляд, ожогов, способных, тем не менее, вызывать ожоговый шок у детей и стариков.

Для быстрой и вполне точной оценки площади обширных ожогов наиболее приемлемо «правило девяток» [18]. Согласно ему поверхность кожного покрова человека условно разделена на одиннадцать «девяток»: голова и шея — 9% поверхности тела, верхние конечности — по 9%, нижние конечности — по 18% ($9\% \times 2$) каждая, передняя и задняя поверхности туловища — также по 18% и 1% поверхности тела занимает промежность. При ограниченных ожогах удобнее пользоваться «правилом ладони», согласно которому площадь ладони каждого человека составляет 1% поверхности его тела.

Клиническая манифестация ожогового шока (вялость, адинамия пациента, похолодание, мраморная бледность кожных покровов и т.п.) не всегда происходит в первые минуты и даже часы после травмы, чему способствует и длительность эректильной фазы. Показанием к превентивному лечению шока служит заключение о величине ИТП с учетом обстоятельств травмы, возраста, преморбидного фона пациента, времени, прошедшего после травмы, условий транспортировки, лечения на предыдущем этапе и т.п.

Эффективность противошоковой терапии зависит от неукоснительного соблюдения принципов ее организации. К ним мы относим:

- немедленное начало и непрерывное проведение интенсивной противошоковой терапии под регулярным врачебным и лабораторным контролем;
- запрет на выполнение во время шока перевязок, первичного туалета ожоговых ран и других шокогенных манипуляций; исключением являются меры по остановке наружного или внутреннего кровоте-

чения, выполнение декомпрессивной некротомии или фасциотомии при циркулярном струпe или выраженном отеке сегментов конечностей, угрожающем необратимой ишемией тканей;

- размещение больного в реанимационной палате на кровати с сетчатым ложем с интенсивным подсушиванием ожоговых поверхностей инфракрасными излучателями и фенами, поддержанием температуры в палате на уровне 28–30°C;

- подробное и тщательное описание в истории болезни и карте интенсивной терапии проведенных лечебных мероприятий, динамики лабораторных показателей, что на протяжении нескольких суток борьбы с шоком обеспечит преемственность в лечении больного сменным медицинским персоналом;

- запрещение немедленной эвакуации больного на следующий этап, независимо от аргументов, ее обосновывающих (отсутствие должного опыта, условий, медикаментов и пр.); отступление от этого принципа возможно, а порой и оправданно только при соблюдении ряда обязательных условий:

- получение разрешения на транспортировку больного от руководства следующего этапа (ожогового центра) после согласования всех лечебно-тактических и организационных вопросов;

- проведение перед транспортировкой и во время нее инфузионно-медикаментозной противошоковой терапии;

- обеспечение условий бережной эвакуации в обогреваемом салоне санитарного автомобиля, самолета или вертолета, желательно в течение не более чем 2 ч.

Тем не менее, тяжелое состояние больного, особенно при комбинированной термоингаляционной или скелетной травме с синдромом взаимного отягчения и нарушением витальных функций, служит абсолютным противопоказанием к переводу его в другое лечебное учреждение.

Основными направлениями инфузионно-медикаментозной терапии ожогового шока, независимо от места и условий ее проведения, являются:

- 1) борьба с болевым синдромом, обеспечение больного условий физического и психического покоя, перевод пациента в состояние седации и медикаментозного сна;
- 2) устранение гиповолемии, расстройств микроциркуляции, гемореологии, нарушений водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса;
- 3) борьба с синдромом гиперкоагуляции, профилактика синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания;

Табл. 2. Определение тяжести ожогового шока с учетом возраста больных и индекса тяжести поражения

Группы больных	Возраст пациентов	Степень тяжести ожогового шока по величине ИТП в усл. ед.			
		легкий	средней тяжести	тяжелый	крайне тяжелый
I	Дети до 3 лет Пациенты старше 65 лет	5–10	11–30	31–40	41–70
II	Дети 3–14 лет Пациенты 50–65 лет	11–30	31–40	41–70	71–130
III	Подростки и взрослые 15–49 лет	31–40	41–70	71–130	131–170

4) поддержание и стимуляция мочевыделительной функции почек;

5) защита и стабилизация клеточных мембран, устранение вентиляционной, циркуляторной и транспортной гипоксии и гипоксемии;

6) коррекция расстройств энергетического гомеостаза;

7) по показаниям — антибактериальная и иммунозамещающая терапия.

В настоящее время шок перестал быть основной причиной гибели тяжелообожженных, как это было 30–40 лет назад. Ведущее место в структуре причин смерти от ожоговой болезни теперь занимают ее инфекционные осложнения — пневмония и сепсис [9]. Тем не менее, в некоторых ожоговых отделениях, не говоря уже о хирургических и травматологических, летальность от шока достигает 20–25%, что подтверждает непреходящую актуальность проблемы совершенствования его диагностики и лечения.

Наиболее частыми ошибками при лечении шока являются:

- неспешное, спустя 1–2 ч после госпитализации пострадавших, начало терапии;
- проведение ее без консультации со специалистами ожогового центра;
- неадекватный тяжести травмы суточный объем инфузионной терапии (с исходом в гипо-, а чаще — в гиперволемию);
- неполноценность комплекса медикаментозных и инфузионных препаратов, необходимых для реализации всех указанных выше направлений терапии шока;
- нарушение принципа непрерывности терапии и лабораторного контроля гомеостаза в течение всего периода шока;
- выполнение туалета и перевязок ран в фазе декомпенсации шока и, напротив, невыполнение по показаниям декомпрессивной некротомии или фасциотомии;
- неоправданно частая катетеризация центральных вен, мочевого пузыря, передержка катетеров, нарушение правил асептики и антисептики при уходе за ними;
- транспортировка больных в тяжелом шоке на следующий этап без согласования с его руководством и без проведения терапии до и во время эвакуации.

В периодах ожоговой токсемии и септикотоксемии, когда продолжается интенсивная терапия и начинается местное и хирургическое лечение ожоговых ран, типичными ошибками являются:

- длительное применение наркотических анальгетиков и седативных препаратов;
- недооценка роли и значения энергичной и целенаправленной борьбы с эндотоксемией (с помощью энтеросорбентов, энтеродеза, дезинтоксикационной и эфферентной терапии), раннего лечения ожоговой анемии (трансфузий свежих или размороженных отмытых эритроцитов, применения антианемических препаратов, витаминов), профилактики алиментарного и ожогового истощения (зондовой или оральной гипералиментации, анаболических гормонов, парентерального питания);

- назначение антибиотиков и других антибактериальных препаратов без бактериологического контроля за динамикой микробиологического пейзажа ожоговых ран, крови, мокроты и т.п., чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам;

- укладывание больного на матрац с клеенкой под теплые одеяла с получением «эффекта парника» и обильного нагноения ожоговых ран;

- неприменение физических методов профилактики синегнойной инфекции обширных ожоговых ран — открытого способа лечения на кроватях-сетках под установками инфракрасного излучения и тепловентиляторами;

- пассивное выжидание спонтанного отторжения ожогового струпа, редкие, один-два раза в неделю, перевязки с использованием в фазе острого гнойного воспаления жиросодержащих мазей и многослойных повязок и, напротив, водорастворимых антибактериальных кремов и гипертонических растворов в фазе репаративной регенерации;

- длительная, в течение 6–8 нед, подготовка ран к первой аутодермопластике, большие (15–20 дней) промежутки времени между операциями кожной пластики;

- использование архаичных, неэффективных и косметически порочных методов кожной пластики по Тиршу, Яновичу—Чаинскому, Моулем—Джексоу.

Эти ошибки и упущения неминуемо приводят к развитию ожогового истощения, анемии, гипо- и диспротеинемии, агрессивных аутоиммунных реакций, инфекционных и других осложнений, полиорганной недостаточности, вторичному углублению ожогов. Состояние больных прогрессивно ухудшается, и создается своеобразный «порочный круг», когда длительное существование обширных вяло гранулирующих ран не позволяет прервать тяжелое течение ожоговой болезни, а все попытки закрыть раны с помощью кожной пластики кончаются неудачей из-за резко сниженных репаративных способностей тканей и лизиса дерматомных лоскутов [12, 15, 16].

Единственный выход из этой, в сущности безнадежной, ситуации — использование активной хирургической тактики [6, 7]. В современном понимании ее основными постулатами являются:

- превентивное хирургическое (на площади 5–10% поверхности тела) или некротическое (на площади 5–7% — с помощью 40% мази салициловой кислоты) удаление мумифицированного ожогового струпа в сроки от 2 до 10 сут после травмы, до развития подструпного нагноения ран и при условии стабилизации витальных функций организма;

- проведение первой операции аутодермопластики на гранулирующие раны не позднее 18–21-го дня после травмы, а при выполнении ранней хирургической некрэтомии — на свежееиссеченные раны, не дожидаясь развития грануляций (такая пластика может производиться сразу или через 1–2 дня после некрэтомии, если у хирурга остались сомнения в полноте иссечения нежизнеспособных тканей);

- выполнение кожно-пластических операций на первых освобождаемых от струпа ожоговых ранах, несмотря на расположение рядом с ними участков, еще не готовых к оперативному лечению (ожидая-

ние тотального освобождения от струпов и готовности всей площади ожоговых ран к пластике резко затягивает сроки лечения и повышает риск развития сепсиса, пневмонии и других тяжелых осложнений ожоговой болезни);

- сокращение до 4–6 суток (независимо от выходных и праздничных дней) промежутков времени между этапными операциями кожной пластики;

- расширение по возможности масштабов первых двух операций аутодермопластики с одномоментным закрытием трансплантатами 1000–1500 см² поверхности ожоговых ран, в первую очередь функционально активных и косметически важных областей — лица, шеи, крупных суставов, кистей, стоп, промежности; такая тактика позволяет уже после одной—двух операций «уйти от площади ран», быстро улучшить состояние большинства больных и завершить лечение в короткие сроки.

Скрупное следование указанным принципам активной хирургической тактики на фоне энергичного проведения системной поддерживающей и корригирующей терапии позволяет восстановить утраченный кожный покров до развития осложнений ожоговой болезни. Так, срок стационарного лечения больных с глубокими ожогами в специализированных ожоговых отделениях России в 1997–2001 гг. составил в среднем $36,7 \pm 2,4$ дня ($39,3 \pm 3,2$ дня у взрослых и $32,2 \pm 1,8$ дня у детей), тогда как 30 лет назад, до эры широкого внедрения этой тактики, он был в 2–3 раза больше.

Распространенной ошибкой является забвение или игнорирование методов ранней реабилитации обожженных. Все внимание медицинского персонала в течение первых недель и месяцев после травмы устремлено только на спасение жизни пострадавших и борьбу с осложнениями ожоговой болезни. Между тем сегодня общепризнанным критерием оценки результатов лечения, помимо спасения жизни больных, является их способность вернуться к прежнему образу и качеству жизни, к прежней социальной роли в семье и обществе. Социальная и медицинская значимость такого подхода очевидна, и это заставляет уделять особое внимание мероприятиям, призванным в максимальной степени предупредить или устранить последствия ожогов.

Планомерным изучением научно-методических и организационных аспектов проблемы реабилитации обожженных Нижегородский НИИТО занимается более 40 лет, что позволило разработать систему

медицинской реабилитации, состоящую из трех этапов и последовательно осуществляемую во все периоды ожоговой болезни [3].

Первый этап (*превентивной реабилитации*) начинается в остром периоде травмы и охватывает весь период восстановления утраченного кожного покрова. Так как этот этап длится от 1 до 2 мес, то уже на нем начинаются процессы рубцевания ожоговых ран, а неподвижное положение больных может способствовать возникновению мио- и нейрогенных ограничений движений. Поэтому тяжесть состояния, а порой и протесты больных не должны препятствовать осуществлению мер, направленных на восстановление и поддержание объема движений в суставах.

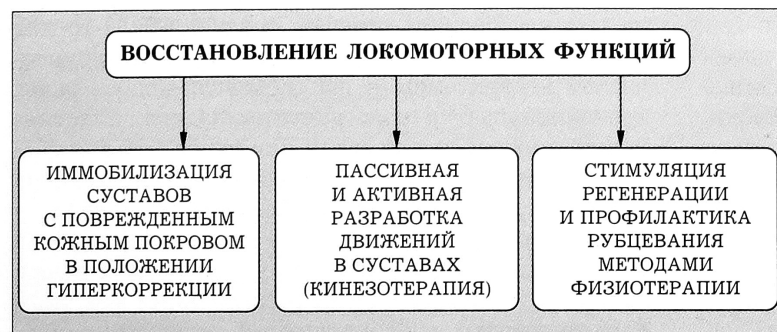
Простые и доступные способы ранней реабилитации заключаются в сочетании двух не исключающих друг друга методов — иммобилизации пораженных суставов съемными гипсовыми лонгетами или ортезами в положении гиперкоррекции, препятствующем развитию предполагаемой контрактуры, и регулярного, 2–3 раза в день, настойчивого проведения сеансов кинезотерапии — пассивных и активных движений с целью разработки сустава. Иммобилизирующая конструкция снимается лишь на время занятий лечебной гимнастикой. В комплекс мероприятий по мере заживления ожоговых ран включается и физиотерапевтическое лечение (схема 2).

Плечевой сустав при ожогах подмышечной области и переднебоковой поверхности груди фиксируют в положении максимального отведения, локтевой — разгибания при ожоге его сгибательной поверхности, лучезапястный сустав и кисть — с учетом повреждения тыльной или ладонной поверхности. Так, при ожоге тыльной поверхности кисти пальцам придают положение сгибания, а при ожоге ладонной поверхности — разгибания. Нижние конечности фиксируют в положении отведения в тазобедренных, почти полного разгибания или сгибания в коленных суставах — в зависимости от локализации ожога. Стопе придают положение нейтральной позиции прямого угла в голеностопном суставе. При ожогах шеи, обычно локализующихся на передней и боковых поверхностях, больным грозит приводящая контрактура шеи, в связи с чем их следует укладывать на спину без подушки, с валиком под плечами и запрокинутой головой. Положение фиксируют с помощью специальных шин, ортезов или толстых ватно-марлевых либо гипсовых повязок типа «воротника» с опорой на надплечья и верхнюю часть груди [3].

Эти правила справедливы не только для пациентов с глубокими ожогами. Рубцовые контрактуры и деформации образуются и при спонтанном заживлении ожогов IIIA степени, особенно когда не удалось предотвратить нагноение ожоговых ран и их эпителизация затянулась на срок свыше 3–4 нед. Чаще всего в этом плане страдают дети [5].

На втором этапе (*комплексной консервативной реабилитации*), несмотря на за-

Схема 2. Основные мероприятия ранней реабилитации



крытие ран, процесс активного формирования рубцов и контрактур продолжается, так как под неодермой из приживших трансплантатов происходит постепенное перерождение грануляционной ткани в рубцовую, объем и размеры которой заметно меньше. Возникшая на этой почве вторичная ретракция неодермы тем значительнее, чем тоньше были трансплантаты, чем подвижнее под ними воспринимающее ложе и чем сильнее мышечная тяга. Одновременно происходит образование рубцов по периметру приживших трансплантатов. Поэтому иммобилизация конечностей в положении гиперкоррекции, а также энергичная кинезо- и физиотерапия, растяжение и уплощение формирующихся рубцов методом distraction с наложением специальных шин и аппаратов и компрессионных повязок (или эластичной лечебной одежды) необходимы и на данном этапе. Процесс окончательного формирования или созревания послеожоговых рубцов длится обычно 10–18 мес, что определяет продолжительность реабилитации.

Наиболее тяжелым течением характеризуются термические и электротермические ожоги IV степени с поражением глубоких анатомических структур. При их некачественном лечении нередко применяется порочная тактика выжидания спонтанной секвестрации обнажившихся участков костей, сухожилий или элементов суставов. На фоне традиционного закрытия постепенно гранулирующих ран окружающими мягкими тканями свободными кожными трансплантатами некробиотические изменения со стороны глубоких структур прогрессируют, что неминуемо приводит к последующим ампутациям конечностей или их сегментов, необратимым нейротрофическим расстройствам и нарушениям функции суставов. В конечном итоге 60,3% таких пострадавших, по нашим данным, становятся тяжелыми инвалидами. Между тем своевременно выполненные первичные реконструктивные операции с закрытием глубоких анатомических структур хорошо кровоснабжаемыми лоскутами с осевым кровообращением или на микрососудистых анастомозах позволяют более чем в половине подобных случаев восстановить функцию конечности и предотвратить инвалидность [1].

Третий этап (*хирургической реабилитации*) осуществляется тогда, когда не удалось устранить рубцовые деформации и контрактуры на предыдущих этапах [1]. Реконструктивно-восстановительные операции, выполняемые у таких пациентов, отличаются большой сложностью, показания, противопоказания к ним, оперативная техника требуют освещения в отдельном сообщении.

Все изложенное выше должно привести врача-хирурга или травматолога-ортопеда к основному выводу о том, что самостоятельное, и тем более длитель-

ное, стационарное или амбулаторное лечение больных с глубокими ожогами без консультации со специалистами ожогового центра является главной стратегической ошибкой на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи этим пациентам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азолов В.В., Дмитриев Г.И. Хирургическое лечение последствий ожогов. — Н. Новгород, 1995.
2. Азолов В.В., Жегалов В.А., Перетягин С.П. //Материалы VII Всерос. науч.-практ. конф. по проблеме термических поражений. — Челябинск, 1999. — С. 3–6.
3. Азолов В.В., Пономарева Н.А., Дмитриев Г.И. и др. Система реабилитации обожженных во всех периодах ожоговой болезни: Метод. указания. — Н. Новгород, 2001.
4. Азолов В.В., Жегалов В.А., Пономарева Н.А. //Актуальные проблемы термической травмы: Материалы междунар. конф., посвященной 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 55-летию ожогового центра. — СПб, 2002. — С. 28–30.
5. Аминев В.А. Комплексное лечение и реадaptация детей с обширными ожогами: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Н. Новгород, 2000.
6. Атясов Н.И. Система активного хирургического лечения тяжелообожженных. — Горький, 1972.
7. Атясов Н.И. //Вестн. хир. — 2002. — Т. 161, N 3. — С. 53–58.
8. Боечко С.К., Полищук С.А., Родин В.И. Поражения дыхательных путей у обожженных. — Киев, 1990.
9. Вазина И.Р., Бугров С.Н. //Актуальные проблемы термической травмы: Материалы междунар. конф., посвященной 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 55-летию ожогового центра. — СПб, 2002. — С. 40–41.
10. Герасимова Л.И., Жижин В.Н., Кижаяев Е.В., Путинцев А.Н. Термические и радиационные ожоги. Система информационной поддержки действий по диагностике и лечению /Под ред. Г.И. Назаренко. — М, 1996.
11. Жегалов В.А., Перетягин С.П., Дмитриев Д.Г., Вилков С.А. //Междунар. конгресс «Комбустиология на рубеже веков». — М., 2000. — С. 73.
12. Короблев С.Б., Пахомов С.П., Матусис З.Е. и др. Способ повышения эффективности аутопластики кожи: Метод. рекомендации. — Горький, 1986.
13. Кузин М.И., Сологуб В.К., Юденич В.В. Ожоговая болезнь. — М, 1982.
14. Мурадян Р.И., Панченков Н.Р. Экстренная помощь при ожогах. — М, 1983.
15. Пахомов С.П. Активное хирургическое лечение обширных глубоких ожогов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1971.
16. Пахомов С.П. //Казан. мед. журн. — 1987. — Т. 68, N 6. — С. 436–438.
17. Шлык И.В. Диагностика поражения дыхательных путей у пострадавших с комбинированной термической травмой и прогнозирование ее исхода: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2000.
18. Wallace A.B. //Lancet. — 1951. — Vol. 1. — P. 501–504.