

## АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО ОЖОГОВОГО ЦЕНТРА ПОСЛЕ МОДЕРНИЗАЦИИ

**А.С. Ермолов, С.В. Смирнов, Н.А. Карасев, Б.Л. Курилин, Е.В. Кислухина, И.В. Киселевская-Бабинина, В.А. Васильев**

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Российская Федерация

### THE ANALYSIS OF THE MAIN WORK DATA IN THE MOSCOW CITY BURN CENTER AFTER REMODELING

**A.S. Yermolov, S.V. Smirnov, N.A. Karasev, B.L. Kurilin, E.V. Kislukhina, I.V. Kiselevskaya-Babinina, V.A. Vasilyev**

N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

#### РЕЗЮМЕ

В статье представлен анализ деятельности городского ожогового центра в составе НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Приведены сравнительные данные изменения структуры поступавших пациентов с ожоговой травмой за последние 20 лет с динамикой показателей клинических результатов лечения.

#### Ключевые слова:

ожоговый центр, модернизация.

#### ABSTRACT

The article reports the activity of the Burn Center of the N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine. We present comparative data on changes in the structure of patients with a burn injury for the past 20 years, and indicators of clinical outcomes over time.

#### Keywords:

burn center, remodeling.

В 2015 г. исполняется 40 лет со дня организации ожогового центра и 20 лет его работы в условиях новой структуры после реконструкции.

В преддверии этих юбилейных дат мы хотели бы подвести основные итоги его работы.

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ожоговое отделение было организовано в 1966 г.

В 1975 г. отделение получило статус городского ожогового центра, который состоял из госпитального отделения на 60 коек и приемного отделения.

Пациентов, требовавших интенсивной терапии, госпитализировали в отделение общей реанимации, располагавшееся в другом корпусе. Оперативные пособия выполняли в операционном блоке ожогового отделения.

В период 1993–1995 гг. работы в «старых условиях» ежегодно оказывалась помощь до 820 пациентам с термическими ожогами. Из них в среднем 660 человек поступали непосредственно в ожоговое отделение. Наиболее тяжелых пациентов госпитализировали в отделение общей реанимации. Их ежегодное число в среднем составляло более 150 человек, то есть 19% от всех пролеченных.

Показатели реанимационной летальности за эти 3 года достигали 32%, летальность в госпитальном отделении была 11%. Общая летальность у пациентов ожогового профиля составляла в этот период 25%.

В конце 1995 г., после проведения реконструкции корпуса № 3 — исторического здания, являющегося восточным флигелем Шереметевского ансамбля, ожоговый центр выехал из аварийного корпуса № 7 и начал работать в новых условиях.

С учетом архитектурных особенностей и площадей исторического здания и санитарных нормативов, в структуре ожогового центра были организованы: приемное отделение, отделение ожоговой реанимации и интенсивной терапии на 10 коек, госпитальное отделение на 40 коек, операционный блок.

С начала полноценной работы ожогового центра в новых условиях (1995) изменились организационные и технологические принципы оказания высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи при ожоговой травме.

Значительно увеличилось число пациентов, которых первично госпитализировали в ожоговое реанимационное отделение — максимальное количество — 479 пациентов — в 2000 г. В процентном отношении первичная госпитализация в реанимацию достигала 55,7% в 2000 г. и за последние 5 лет составила в среднем 43%.

Общее число пациентов с ожоговой травмой, несмотря на снижение коечного фонда госпитального отделения с 60 до 40 коек, практически не изменилось. В последние годы отмечается рост числа обслуженных амбулаторно до 1100 пациентов. При этом большинство пациентов доставлено по каналу СМП (скорая медицинская помощь).

Сложившееся практически случайно из-за ограниченных площадей исторического здания соотношение специализированных реанимационных и госпитальных коек в данном случае оказалось оптимальным.

Создание специализированной реанимации позволило не только значительно увеличить первичную реанимационную госпитализацию. Появились усло-

вия для повторной реанимационной госпитализации больных после обширных оперативных вмешательств. Если в период 1993–1995 гг. в общую реанимацию повторно госпитализировали всего одного пациента, то, начиная с 1996 г., число таких пациентов постоянно возрастало, достигнув в 2001 г. 429 человек, и за последние 5 лет составляет в среднем 300–350 человек. Так как при этом с учетом повторных реанимационных госпитализаций формально число пролеченных в ожоговой реанимации превышает общее число пролеченных в ожоговом центре, с 2005 г. при проведении статистического анализа мы применяем термин «число реанимационных госпитализаций».

Расширение возможностей использования реанимационных пособий позволило также увеличить число оперативных вмешательств — число экстренных вмешательств на ранних стадиях ожоговой болезни уже в 2005 г. достигло 42% (1994 г. — 20%) и в последние годы составляет в среднем 56%.

При анализе показателей летальности за представленный период следует отметить повышение реанимационной летальности в первые 3 года работы в новых условиях, которая затем начала снижаться и в итоге снизилась более чем в 2 раза. Показатели госпитальной летальности начали снижаться с 1996 г. и последние годы составляют 0–0,5%. Показатель общей летальности у больных ожогового профиля после незначительного повышения в 1996 г. последовательно уменьшался, снизившись почти в 2 раза.

Ввиду повышения показателей реанимационной летальности с началом эксплуатации специализированной ожоговой реанимации был проведен дополнительный анализ, который показал следующее.

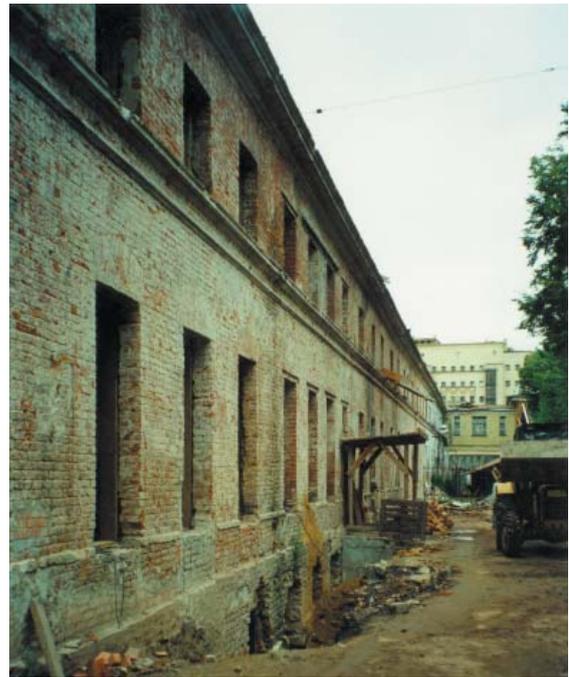
С начала работы в 1996 г. новой структуры ожогового центра изменился контингент поступающих по тяжести ожоговой травмы, причем не только за счет ее увеличения средней площади и глубины, но и за счет увеличения количества поступающих с ингаляционной, сочетанной и комбинированной травмой.

В период 1991–1995 гг. доля поступивших с площадью ожоговой поверхности до 10% составляла 52%, от 20 до 30% — 10%, а с ингаляционной ожоговой травмой — 2% от числа госпитализированных. Уже в 1996 г., что и обусловило повышение реанимационной летальности, доля пациентов с площадью ожоговой травмы до 10% снизилось в 2,5 раза, при этом в 3 раза увеличилось поступление больных с площадью ожоговой поверхности 20–30%. В этом же году количество госпитализированных с ингаляционной травмой возросло в 3,5 раза.

В 2014 г. в ожоговый центр в поступили пациенты:

1. С изолированными ожогами:
  - 10% поверхности тела — 263 человека;
  - 20–30% поверхности тела — 357 человек;
  - 50% поверхности тела и выше — 41 человек;
2. С ингаляционной травмой — 135 человек;
3. С комбинированной и сочетанной травмой — 100 человек.

Таким образом, создание специализированного ожогового центра и результаты его работы свидетельствуют об эффективности его структуры. При этом в наших условиях соотношение реанимационного и госпитального коечного фонда — 1:4 является оптимальным и эффективным, что позволило, несмотря на возрастание доли тяжелого госпитализируемого контингента, обеспечить значительное улучшение



Здание ожогового центра в период реконструкции



Здание ожогового центра после реконструкции



После обновления

качества оказания неотложной помощи при ожоговой травме и значительно увеличить частоту благоприятных исходов.

Вместе с тем, улучшение основных показателей работы ожогового центра в новых реалиях нельзя полностью объяснить только комфортными условиями и насыщением современным оборудованием. Во многом этому способствовали новые медицинские технологии, внедренные в течение последних 20 лет работы. Остановимся на наиболее значимых из них.

Известно, что одним из часто встречаемых осложнений ожоговой болезни являются стрессовые язвы желудочно-кишечного тракта, нередко сопровождающиеся кровотечениями и перфорациями. Целенаправленное изучение этой проблемы позволило создать схему профилактики этих осложнений, включающих раннее энтеральное зондовое питание и использование блокаторов протонной помпы.

Ингаляционная травма, или ожог дыхательных путей, часто в сочетании с ожогами кожных покровов

в структуре летальности ожогового центра занимает одно из первых мест. Разработанный алгоритм лечения этих больных, включающий раннюю респираторную поддержку и использование в качестве местного лечения эрозий трахеи аппликаций коллагенового геля, позволил значительно улучшить качество лечения данных больных.

Местное лечение ожоговых ран, особенно при обширных поверхностных ожогах (IIIa степени) по-прежнему остается большой проблемой. Разработанные в последние годы в центре методы клеточной терапии, включающие повязки с фибробластами и коллагеном человека I типа, позволили в 3 раза сократить сроки эпителизации.

Закономерным итогом последних 15 лет научной работы центра стала защита его сотрудниками 4 кандидатских и одной докторской диссертации.

---

Поступила 16.10.2015

*Контактная информация:*

**Карасев Николай Александрович,**  
заведующий отделом организации диагностики  
и лечения неотложных состояний  
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы  
e-mail: sklifos@inbox.ru