

СОСТОЯНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОЖОГАМИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯМИ В УКРАИНЕ

Профессор Н.Е. ПОВСТЯНОЙ

Украинский ожоговый центр, Киев

Освещено состояние комбустиологической помощи в разных регионах Украины — эпидемиологические данные, организационные аспекты, методы лечения; представлен анализ летальности у взрослых и детей с ожогами. Указаны направления научных исследований в области ожоговой патологии.

Частота термических поражений в Украине в 70–80-е годы прошлого столетия постоянно возрастала и достигала в 1985 г. 34,2, в 1991 г. — 33,9 на 10 000 населения [1–3]. В последующие годы в стране ежегодно отмечается уменьшение количества обожженных [4]. С 1991 по 2002 г. она снизилась на 58,04% у взрослых и 60,09% у детей. Общая частота ожогов при этом уменьшилась до 15,2 на 10 000 населения. Значительное достоверное снижение частоты ожогов на 25% к 1999 г. отмечалось и в России [5]. В промышленно развитых странах (США, Япония) в середине 90-х годов термические поражения продолжали наблюдаться более чем у 30 человек на 10 000 населения [6; 7].

В последние 10 лет заметно изменился и контингент обожженных. Резко возросла доля обожженных детей младшей возрастной группы (до 60%) из числа пострадавших детей, постоянным стало поступление детей в возрасте до 1 года. Из числа взрослых обожженных в ожоговых отделениях преобладают лица без определенного места жительства, условно работающие, которые практически не работают последние 2–3 года, алкоголики, наркоманы, токсикоманы и лица, находящиеся на грани бедности. Резко сократилась частота производственных травм (с 30–32% до 2–3%). Травмы у пострадавших, как правило, тяжелые, а естественная резистентность и иммунологическая реактивность значительно снижены.

Как и в 80-е годы [1; 2], наиболее часто термические поражения отмечаются в промышленно развитых регионах Украины (Донецкая — 21,8; Луганская — 19,5; Днепропетровская — 17,4; Запорожская — 17,3 на 10 000 населения). Ранее в этих регионах частота ожогов достигала 44–45 на 10 000 населения [2; 3]. Подобным образом более чем в 1,8 раза реже на сегодня встречаются термические поражения в западных областях Украины (Хмельницкая — 12,3; Закарпатская — 11,2; Львовская — 10,2; Тернопольская — 9,9; Черновицкая — 7,1 на 10 000 населения).

Для лечения тяжело обожженных в настоящее время во всех областях имеются ожоговые отделения, а в Донецкой и Днепропетровской областях работают 4 межрайонных отделения (Краматорск, Кривой Рог, Мариуполь, Макеевка). В Киеве и Львове имеются специализированные детские ожоговые отделения. Таким образом, в Украине работают 32 ожоговых отделения и центра. Они имеют от 30 до 60 специализированных коек. Кроме того, в Севастополе на базе го-

родской больницы, в Днепропетровске и Полтаве на базе областных больниц выделено по 15 специализированных детских ожоговых коек. Как и в прежние годы, 70% ожоговых отделений требуют значительного улучшения материальной базы, создания условий, которые отвечали бы специфике лечения больных с термическими поражениями. В 4 центрах (Симферопольском, Винницком, Днепропетровском, Луганском) приходится менее 4,5 м² на 1 койку, невозможна изоляция тяжелых больных. Отмена приказа Минздрава Украины № 288 от 11.11.94, введение прежнего структурного штата отделений, нагрузка на врача, составляющая 15 обожженных, привели к систематической перегрузке медицинского персонала, что на фоне постоянной недостаточности обеспечения больных медикаментами, трансфузионными средами, перевязочным материалом усложнило лечение многих пострадавших от ожогов. Только в 8 отделениях и центрах сохранились свои реанимационные отделения или блоки интенсивной терапии (Винница, Днепропетровск, Донецк, Житомир, Киев, Одесса, Ривно, Симферополь), а в остальных отделениях после 16.00 помощь оказывают дежурные хирурги (травматологи).

Обеспеченность специализированными ожоговыми койками до 90-х годов в стране составляла 0,28 на 10 000 населения при норме в тот период 0,4 койки. В настоящее время обеспеченность такими койками составляет в среднем 0,26 на 10 000 населения, колеблясь от 0,16 до 0,44. Значительно ниже среднего уровня обеспеченность специализированными койками в Луганской (0,16), Одесской (0,16), Хмельницкой (0,21) и Харьковской (0,21) областях. Значительно выше среднего этот показатель в Сумской (0,31), Запорожской (0,31), Черниговской (0,32), Николаевской (0,32), Волынской (0,33), Ривненской (0,34), Львовской (0,35) и Черновицкой (0,44) областях.

Учитывая характер и частоту патологических процессов, которые подлежат лечению в ожоговых стационарах, следует считать, что потребность в специализированных койках в настоящее время составляет от 0,25 до 0,30 на 10 000 населения. Этот вопрос необходимо решать в каждой области и каждом регионе отдельно в зависимости от добавочной патологии, которая подлежит специализированной помощи в ожоговом отделении. Например, в Волынском областном ожоговом отделении на протяжении 15 лет оказывают специализированную помощь при травмах и гнойных заболеваниях кисти. Очевидно, что необходимо увеличить коечный фонд в Луганской и Одесской областях,

а в остальных регионах требуется укрепление материальной базы специализированных ожоговых отделений.

В последние 15 лет в стране постоянно возрастал удельный вес обожженных, получавших лечение в специализированных стационарах. В 1985 г. такое лечение получали 11% пострадавших, в 1997 г. — 15,4%, в 1999 г. — 17,1%, в 2002 г. — 19,3%. Однако если в Черновицкой, Николаевской, Львовской, Ивано-Франковской, Волынской областях специализированную помощь получают от 35,2 до 30,8% обожженных, то в Одесской — 15,7%, Хмельницкой, Полтавской, Донецкой, Киевской областях — от 13,8 до 13,1%. Требуется кардинального повышения частота оказания специализированной помощи в Луганской области, в которой она в 1977 г. оказывалась в 5,3% случаев, а в 2002 г. — в 8,7%. В этой области достаточно много больных с обширными ожогами, взрослых и детей, которые лечатся в общехирургических стационарах, что существенно сказывается на исходе их лечения.

Несмотря на социально-экономические трудности, в стране хорошо функционирует система этапного лечения. В среднем по Украине первично в ЦРБ, ЦГБ, МСЧ и других лечебных учреждениях 2-го этапа оказания медицинской помощи госпитализировалось от 41,86% (1997) до 48,3% (2002) зарегистрированных обожженных. В последующем более трети этих пострадавших были переведены в ожоговые стационары (соответственно 36,78 и 39,95%) и получали специализированную помощь.

В 1996–1997 гг. в стране была пересмотрена тактика полного выведения обожженных из шока в условиях ЦРБ, ЦГБ и перевода их на 4–5-е сутки в ожоговые стационары. Выведение больных из ожогового шока на 2-м этапе оказания медицинской помощи, как правило, неполное, защита ожоговых ран от инфекции осуществляется с использованием недостаточно эффективных средств местного лечения. Принятая тактика раннего (на протяжении первых, максимально — вторых суток) перевода больных с ожоговым шоком полностью себя оправдала. Если в 1997–1998 гг. такая тактика осуществлялась преимущественно в Житомирской, Ривненской, Волынской областях, то на сегодня во всех регионах страны до 80% переводов осуществляется в ранние сроки. При этом бригада реаниматологов областной станции экстренной медицинской помощи может и должна эвакуировать таких обожженных и обеспечивать в пути инфузионную терапию. Как показывает опыт, угроза транспортировки тяжело обожженных на расстоянии до 150 км в подобных условиях на протяжении конца 1-х — начала 2-х суток преувеличена. Пострадавшие в оптимальные сроки начинают получать специализированную помощь. Это предупреждает развитие тяжелых инфекционных осложнений, создает условия для раннего хирургического лечения глубоких ожогов.

За последние 5 лет коечный фонд ожоговых отделений после его сокращения в 1995–1996 гг. на 14,6% не изменился (1335 коек). Общее количество ежегодно получивших лечение в них больных колебалось от 19 279 в 1997 г. до 18 746 в 2002 г. и соответственно 92,70 и 90,14% к 1992–1993 гг. При этом в разные годы в ожоговых отделениях от 77,78 до 75,70% составля-

ли больные с ожогами, от 7,93 до 8,90% — больные с послеожоговыми контрактурами и деформациями, от 3,51 до 1,90% — с отморожениями, от 10,78 до 12,80% — пострадавшие с гибелью кожных покровов после травм и заболеваний. Всем этим пострадавшим были необходимы кожно-пластические операции.

С 70-х годов продолжается адекватный отбор пострадавших для госпитализации в специализированные ожоговые стационары. Об этом свидетельствует тот факт, что в отделениях ежегодно свыше 5300 больных с ожогами: 5398 — в 2001 г., 5648 — в 2002 г. (39,8%). Наиболее высокий уровень оперативности при ожогах (свыше 58% в последние 4 года) отмечается в Ривненской, Закарпатской, Волынской, Донецкой, Винницкой и Тернопольской областях, очень низкий уровень оперативной активности, на уровне межрайонных отделений, — в Харьковской и Сумской областях (22,3%). Наряду со свободной пересадкой сетчатых аутодермотрансплантатов, позволяющих в 2–3 раза увеличить площадь закрываемых ран, во всех отделениях при необходимости используются ранние кожно-жировые пластики при локальных ожогах IV ст. ротационными лоскутами (индийская пластика), или лоскутами на отдаленной питающей ножке (итальянская пластика), или лоскутами на сосудистой ножке (Киев, Донецк). Это позволяет реваскуляризовать обожженные оголенные структуры (сухожилия, связки, кости черепа, кисти, сустава), предупредить их гибель и во многих случаях сохранить их функцию.

С 1966 г. в стране начали отказываться от традиционной пластики гранулирующих ран, позволяющей проводить первую аутодермопластику на 22–25-е сутки, и стали широко внедрять ранние хирургические вмешательства, при которых в течение первых 10 дней после травмы иссекаются омертвевшие ткани и раны закрываются либо аутодермотрансплантатами, либо временно лиофилизированными ксенодермотрансплантатами. Подобные вмешательства в несколько этапов возможны на площади до 35–40% поверхности тела. Значительный опыт ранних хирургических вмешательств в Украинском ожоговом центре, Донецком, Тернопольском, Ривненском, Хмельницком и Винницком областных ожоговых центрах свидетельствует о том, что подобный подход является оправданным. Он дает лучшие функциональные и косметические результаты (в 15,3% случаев контрактуры и деформации I–II и II ст. против 39–40% II–III и IV ст. при пластике гранулирующих ран), позволяет в 1,7–1,8 раза уменьшить количество осложнений, сократить сроки лечения больных с глубокими ожогами (с 63 до 44 дней), существенно уменьшить явления эндотоксемии, расширить контингенты выздоравливающих обожженных [10; 11]. Однако ранние хирургические вмешательства требуют в течение 2 нед интенсивного, полного обеспечения трансфузионными средами, мощной антибактериальной терапии ожоговых ран с ежедневными перевязками (иодобак, бетадин и др.), изоляции пострадавшего, обеспечения вмешательства современным хирургическим инструментарием и аппаратами (ножи Гамби, электродерматомы, микрокоагуляторы), участия в операции от 3 до 5 хирургов, 1–2 операционных сестер, врача-анестезиолога, 2 сестер-анестезисток.

Большие сокращения штатов с нагрузкой 15 обожженных на 1 врача-комбустиолога не способствуют повышению качества оказания помощи. Необходимо пересмотреть штатное расписание ожоговых отделений. Даже первоначально, 36 лет назад (приказ Минздрава СССР № 657 от 1967 г.), когда интенсивность лечения была значительно ниже, нагрузка на комбустиолога составляла 12 обожженных.

Сегодня в Украине только в 3 областных ожоговых отделениях (Чернигов, Кировоград, Черновцы) не выполняются подобные ранние вмешательства. В среднем в 2002 г. в стране такие операции выполнялись у 38,7% больных с глубокими ожогами. При этом в ряде отделений и центров ранние вмешательства выполнялись более чем у половины обожженных (Винница, Луцк, Донецк, Ривно, Днепропетровск, Луганск, Киев — детское отделение, Тернополь). Явно недостаточно часто проводят ранние хирургические вмешательства в 7 областных отделениях (Киев — в 15,6% случаев, Одесса — в 11,0, Черкассы — в 13,8, Харьков — в 5,9, Херсон — в 7,7, Сумы — в 10,5, Кременчуг — в 9,9%). В 60–80-е гг. и в первой половине 90-х гг. в комбустиологии для временного закрытия ран применяли алло- или криоконсервированные свиные кожные лоскуты. Со второй половины 90-х годов в стране начали использовать лиофилизированные свиные дермотрансплантаты, методика заготовки и хранения которых была разработана в Тернопольской медицинской академии профессором В.В. Бигуняком [12]. Здесь же, при академии, был создан банк таких трансплантатов. Они могут храниться до 3 лет, легко транспортируются.

Опыт Тернопольского, Хмельницкого, Ривненского, детского Львовского, Винницкого и Украинского ожоговых центров показывает, что лиофилизированные трансплантаты превосходят по своим качествам криоконсервированные. Вместе с тем они приближаются по своим качествам к основным зарубежным временным покрытиям ран (биограм, дермодресс и др.), хотя по стоимости в 15–20 раз дешевле. Лиофилизированные трансплантаты хорошо приживаются на 2–4-й нед, защищают раны от инфекции, уменьшают потери воды, белков, электролитов из ран, усиливают эпителизацию ожоговых и донорских ран, уменьшают сроки стационарного лечения. Использование этих лоскутов эффективно и при лечении поверхностных обширных ожогов IIIA ст. у взрослых и детей, когда выполняются ранние секвенциальные некрэктомии. Такая методика способствует улучшению течения ожоговой болезни и уменьшению сроков заживления ожоговых ран.

В последние 5 лет отмечается постоянное увеличение количества использованных лиофилизированных трансплантатов при лечении поверхностных и глубоких ожогов. Так, в 2000 г. было применено 806 000 см² таких лоскутов, в 2001 г. — 959 000 см², в 2002 г. — 1 253 000 см². Наиболее часто эти трансплантаты в 2002 г. использовались в Винницкой, Хмельницкой, Тернопольской, Николаевской, Донецкой и Днепропетровской областях (в каждой из них использовано от 94 000 до 160 000 см² подобных лоскутов), совсем не применяли такую пластику в этом

году в Сумском и Кировоградском отделениях. Крайне мало проводили ее в Киевском (5000 см²), Черкасском (9 000 см²), Полтавском и Черниговском (10 000 см²) областных ожоговых отделениях.

Стабильно высокой, как во второй половине 70–80-х и первой половине 90-х гг., оставалась общая оперативная активность. Более того, в последние два года она постепенно повышалась и достигла 47,9%. Это повышение было обусловлено как оперативным лечением поверхностных ожогов IIIA и глубоких ожогов IIIB и IV ст., так и благодаря вмешательствам у больных с послеожоговыми контрактурами и деформациями (1086 человек), дефектами кожных покровов после механических травм, гнойных заболеваний, трофических язв (1823 больных) и отморожений (404 больных). Всем этим пациентам требовалось восстановление либо утраченного кожного покрова, либо функций крупных суставов, шеи, кистей, стоп, а также устранение алопеции. При этом в отделениях широко используются свободная пересадка кожи, пластика местными тканями, комбинированная кожная пластика, реже — кожно-жировая и кожно-фасциальная пластики, а также постепенное устранение контрактур путем аппаратной дистракции и последующей аппаратной иммобилизации. Применяется и криотерапия при устранении патологических рубцов.

В Харькове, Киеве, Луцке, Донецке при устранении последствий ожогов и механических травм широко используется дерматензия, которая дает возможность получать добавочные ресурсы кожно-жировых тканей, идентичных по текстуре имеющимся вблизи деформациям в области свода черепа, шеи, груди, живота, плечевого, локтевого, тазобедренного и коленного суставов, а также позволяет устранять алопецию больших площадей. К сожалению, фирмы «Виалатекс» (Харьков), «Ника» (Москва) в последний год значительно повысили стоимость эспандеров (до 50–60 у.е.), что резко ограничивает возможность их приобретения пациентами и проведения необходимых вмешательств с применением дерматензии.

Очевидно, что большинство ожоговых отделений стали центрами пластической хирургии, в них выполняется широкий круг пластических операций при различной патологии. Внедрение новых методов пластической хирургии, новые подходы к оперативному лечению глубоких ожогов, микрососудистая хирургия, временное закрытие обширных глубоких ожогов, борьба с ожоговой инфекцией, повышение общей оперативной активности должны постоянно быть в центре внимания главных хирургов областных управлений здравоохранения и руководителей ожоговых отделений.

В последние 6 лет в ожоговых отделениях широко использовались методы интенсивной терапии, направленные на снижение интоксикации, компенсацию нарушений гомеостаза (трансфузионная терапия, УФОК, сорбенты). Существенно возрастает частота применения плазмафереза. Так, в 2002 г. он проводился в 19 областных ожоговых отделениях: в Киеве — 92 раза, в Днепропетровске и Запорожье — по 80 раз, Донецке — 54 раза.

Использование современных методов благотворно влияет на течение ожоговой болезни, давая возмож-

ность быстрее выполнять кожную пластику, расширить контингенты выздоравливающих обожженных. В настоящее время возможно выздоровление большинства взрослых и детей с глубокими ожогами до 40–45% поверхности тела и общей площадью поражения до 60% поверхности тела. Однако в действительности этого не наблюдается. Летальность в ожоговых отделениях колеблется от 2,5 до 7–8% среди всех обожженных взрослых и детей, находившихся в стационаре в 1997–2002 гг. При этом у детей в 1998–2000 гг. летальность была на уровне 1990–1991 гг. и составляла в целом по Украине 0,79–0,8%, в 2001 г. — 0,73%, а в 2002 г. — 0,49%. Если в 1998–2001 гг. погибал один ребенок из 133–136 зарегистрированных обожженных детей, то в 2002 г. — один из 204. Постоянно при лечении детей получают хорошие результаты в Киеве, Донецкой, Ривненской, Львовской, Хмельницкой, Одесской областях, в которых один летальный исход приходится на 300–600 зарегистрированных обожженных детей. В то же время в последние 3 года в Киевской, Харьковской, Черновицкой, Кировоградской областях погибает один ребенок из 57–80 зарегистрированных обожженных детей.

Что касается летальности у взрослых обожженных, то на протяжении последних 11 лет она постепенно повышалась с 0,59% в 1991 г., составив в 2001–2002 гг. 1,77%, т. е. возросла в 3 раза. В последние 2 года в стране погибает один взрослый обожженный из 55–56 зарегистрированных. Однако если в Ривненской, Волынской, Тернопольской, Донецкой областях погибает один взрослый обожженный из 82–140 зарегистрированных обожженных, то в Запорожской, Черновицкой, Львовской, Кировоградской, Луганской, Николаевской областях, АР Крым взрослые погибают в 2–2,5 раза чаще — один из 34–45 зарегистрированных обожженных.

Одной из причин резкого повышения летальности у взрослых является уменьшение возможностей адекватного лечения тяжело обожженных в связи со значительным ухудшением материального обеспечения лечебных учреждений, в том числе и ожоговых отделений. Другой причиной является изменение состава пострадавших, о чем шла речь выше. Однако значительное различие результатов, уровней летальности говорит и о качестве оказания помощи в тех или других регионах.

Для повышения уровня медицинской, социальной и трудовой реабилитации больных при термических поражениях все отделения по заживлению ожоговых ран проводят консервативную реабилитацию, направленную на ускорение созревания рубцов, стабилизацию прижившихся кожных лоскутов, улучшение функций опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Реабилитация осуществляется как в амбулаторно-поликлинических условиях, ожоговых отделений, так и централизованно на базе детского и взрослого отделений реабилитации в санатории «Авангард» Укрпрофздравницы в г. Немирове Винницкой области, местных учреждений Днепропетровской, Тернопольской и Кировоградской областей, где используются углекисло-радоновые и сероводородные ванны. Ранняя консервативная реабилитация позво-

ляет более чем у 40% реконвалесцентов восстановить функции суставов, снизить объем предстоящих оперативных вмешательств, сократить сроки созревания рубцов.

В повышении уровня оказания помощи обожженным существенная роль принадлежит ученым страны, которые постоянно изучают патогенез, разрабатывают методы диагностики и лечения ожоговой болезни и ее последствий. Комбустиологами Киева, Донецка, Тернополя, Харькова и других городов в последнее время сделан немалый вклад в раскрытие патогенеза ожоговой токсемии, раннюю диагностику и раннее хирургическое лечение глубоких ожогов; реваскуляризацию обнаженных глубоких структур, компенсацию нарушений гомеостаза при ранних обширных вмешательствах; разработаны методы восстановления утраченных кожных покровов кожно-жировыми тканями путем дерматензии, методы лиофилизации, хранения свиных кожных лоскутов и применения их при лечении поверхностных и глубоких ожогов, создан банк подобных трансплантатов, совершенствуется система реабилитации ожоговых реконвалесцентов.

В 2002 г. большой группе ученых и практических врачей-комбустиологов страны была присуждена Государственная премия в области науки и техники. Несмотря на социально-экономические сложности в последние 10 лет в стране продолжается активная разработка проблем ожоговой патологии. Об этом свидетельствуют заседания секций комбустиологов на съездах хирургов Украины во Львове (1994 г.), Донецке (1998 г.), Харькове (2000 г.), Тернополе (2002 г.), а также проводимые между съездами ежегодные семинары заведующих ожоговыми отделениями.

В период с 1991 г. ученые страны систематически выступали на международных конгрессах и съездах. Ими издано 6 монографий, опубликовано большое число работ в журналах, сборниках. Это, естественно, положительно сказывалось на качестве работы отделений. Тем не менее, необходимо значительно усилить работу по подготовке кадров высшей квалификации. За этот период в стране защищено 8 докторских и 26 кандидатских диссертаций по ожоговой патологии, выполняются 2 докторских и 6 кандидатских. Необходимо существенно активизировать диссертационные исследования по ожоговой патологии в Днепропетровской медицинской академии, Львовском и Одесском медицинских университетах. При этом научным коллективам следует не столько расширять круг изучаемых вопросов, сколько направлять свои усилия на более глубокое раскрытие механизмов развития отдельных звеньев и всей ожоговой болезни в целом, механизмов течения раневого процесса. На этой основе должны разрабатываться патогенетически направленные методы коррекции нарушений гомеостаза, методы повышения неспецифической резистентности и коррекции развития иммунодефицитных и аутоиммунных процессов, способы борьбы с инфекцией, усиления репаративной регенерации, методы ранней компенсации утраченных кожных покровов и др.

Приведенная информация свидетельствует о том, что, несмотря на социально-экономические трудности, комбустиологи страны выполняют большой объем

работы, разрабатывают и внедряют новые подходы в организации, лечении и реабилитации больных с утратой кожных покровов после ожогов, механических травм, отморожений и их последствий. Вместе с тем в каждой области, регионе имеется достаточно организационных, лечебных и других вопросов, решение которых будет способствовать повышению уровня оказания помощи больным, нуждающимся в кожно-пластических операциях. Этому также будет способствовать начавшийся экономический подъем в стране.

Литература

1. *Вороненко Ю.В.* Социально-гигиенические основы профилактики и организации этапного лечения ожогов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— К., 1991.— 37 с.
2. *Козлюк В.М., Повстяной Н.Е., Перехрестенко П.М.* Состояние и перспективы развития комбустиологии на Украине // *Клин. хирургия.*— 1985.— № 3.— С. 1–5.
3. *Повстяной Н.Е.* Состояние, эффективность и повышение качества оказания помощи пострадавшим с ожогами // *Там же.*— 1992.— № 3.— С. 2–6.
4. *Повстяной Н.Е.* Состояние и пути улучшения оказания помощи при ожогах // *II Конгресс хирургов Украины: 36. науч. праць.*— К.; Донецьк: Клін. хірург., 1998.— С. 477–478.
5. *Азолов В.В., Жегалов В.А., Перетягин С.П.* Российская ожоговая служба на современном этапе — проблемы и возможности их решения // *Матер. VII Всерос. науч.-практ. конф. по проблеме термических поражений.*— Челябинск, 1999.— С. 3–6.
6. 7-th International congress European Burns Association (Abstract book).— Leuven, Belgium, 1997.— 279 p.
7. European burns association 8-th Congress (Abstract book).— Marathon-Attica, 1999.— 227 p.
8. *Тонковид О.Б.* Соціально-гігієнічна характеристика опіків у дітей та організація етапної стаціонарної допомоги потерпілим: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— К., 1992.— 18 с.
9. *Повстяний М.Ю.* Опікова служба України на сучасному етапі — проблеми і можливості їх вирішення // *Шпит. хірургія.*— 1999.— № 4.— С. 8–12.
10. *Таран В.М.* Обґрунтування доцільності проведення, методика виконання та ефективність раннього хірургічного лікування хворих з опіками: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— Тернопіль, 2001.— 19 с.
11. *Коваленко О.М.* Вплив раннього хірургічного лікування на перебіг і наслідки опікової хвороби у дорослих: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— К., 2002.— 20 с.
12. *Бигуняк В.В.* Консервированные ауто- и ксенотрансплантаты при восстановлении утраченного кожного покрова у обожженных: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1995.— 32 с.

Поступила 04.06.2003

THE STATE OF AID TO THE PATIENTS WITH BURNS AND THEIR CONSEQUENCES IN UKRAINE

N.E. Povstianoy

Summary

The author features the state of combustiology in different regions of Ukraine - epidemiology data, organization aspects, methods of treatment. Mortality in adults and children is analyzed. The directions of scientific research in the area of burn pathology are shown.