

6. Владимирова, О. В. Комплексный подход к первичной и вторичной профилактике посттравматических рубцов: дис. ... канд. мед. наук / Владимирова Оксана Владимировна. — Ставрополь, 2011. — 135 с.
7. Dirk M. Elston, MD, Chairman, Department of Dermatology, Brooke Army-Wilford Hall Medical Center, Dermatology, Brooke Army Medical Centre Medicine Journal, 2001;11(2)
8. Опыт использования МЕЕК-методики оперативного восстановления кожного покрова у пострадавших от ожоговой травмы впервые в России / С. Г. Шаповалов, А. С. Плешков, А. В. Панов // Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. — Санкт-Петербург, 2013. — Т.8, —№ 1. — С. 538-539.
9. K. Chanprapaph, S. Tanrattanakorn, P. Wattanakrai and co-authors. Effectiveness of Onion Extract Gel on Surgical Scars in Asians. Dermatology Research and Practice. 2012;2012
10. J. Singer and R. A. F. Clark. Cutaneous wound healing. New England Journal of Medicine. 1999;341(10): 738–746
11. J. M. Zurada, D. Kriegel, and I. C. Davis. Topical treatments for hypertrophic scars. Journal of the American Academy of Dermatology. 2006; 55(6):1024–31
12. F. B. Niessen, P. H. M. Spauwen, J. Schalkwijk, and M. Kon. On the nature of hypertrophic scars and keloids: a review. Plastic and Reconstructive Surgery. 1999; 5 (104):1435–58
13. J. J. Shaffer, S. C. Taylor, and F. Cook-Bolden. Keloidal scars: a review with a critical look at therapeutic options. Journal of the American Academy of Dermatology, 2002; 2 (46):63–97
14. R. S. English and P. D. Shenefelt. Keloids and hypertrophic scars. Dermatologic Surgery 1999;8 (25):631–638
15. G. G. Gauglitz, H. C. Korting, T. Pavicic, T. Ruzicka, and M. G. Jeschke. Hypertrophic scarring and keloids: pathomechanisms and current and emerging treatment strategies. Molecular Medicine. 2011;1-2(17):113–125
16. Alster T. Laser scar revision: comparison study of 585-nm pulsed laser with and without intralesion corticosteroids. Dermatologic surgery. 2003;29(1):25-29.
17. K. T. Augusti. Therapeutic values of onion (*Allium cepa* L.) and garlic (*Allium sativum* L.). Indian Journal of Experimental Biology. 1996; 34(7):634–640

.....

СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

УДК 615.281-001.17

Е.Ю. Кукарская¹, И.Р. Губайдуллин¹, Д.В. Сучков², Н.П. Шень^{1;2}, С.Ю. Мухачева¹

¹Тюменский государственный медицинский университет;

²Областная клиническая больница № 1, г. Тюмень, Российская Федерация

Ретроспективный когортный анализ стартовой антибактериальной терапии у 41 пациента с тяжелой термической травмой показал, что в сравнении между ампициллином-сульбактамом и амоксициллином клавуланатом более эффективным является ингибитор-защищенный пенициллин ампициллин-сульбактам, что проявилось в его большей эффективности в отношении профилактики и лечения внутрибольничной инфекции, сокращении числа курсов антибактериальной терапии и более благоприятной микробиологической картине после окончания курса. Одним из диагностических критериев генерализации инфекции (сепсиса и пневмонии), наряду с температурной реакцией, лейкоцитозом и другими признаками, может являться гипергликемия.

Ключевые слова: тяжелая термическая травма, стартовая антибактериальная терапия, амписид, гипергликемия, сепсис, пневмония.

INITIAL ANTIBACTERIAL THERAPY IN PATIENTS WITH THE SEVERE BURN

E.Yu. Kukarskaya¹, I.R. Gubaydullin¹, D.V. Suchkov², N.P. Shen^{1;2}, S.Yu. Muhacheva¹

Tyumen state medical university; Regional hospital No. 1, Tyumen, Russian Federation

The retrospective cohort analysis of initial antibacterial therapy in 41 patient with the severe burn showed more effective appears inhibitor- protected penicillin ampicillin-sulbaktam, which appeared in its larger effectiveness with respect to of preventive maintenance and treatment of intra-hospital infection, reduction of the number of courses of antibacterial therapy and more favorable microbiological picture after the end of course. One of the diagnostic criteria of the generalization of infection (sepsis and pneumonia), together with the temperature reaction, by leukocytosis and other acknowledged, can be hyperglycemia.

Keywords: severe burns, Initial antibacterial therapy, ampicillin, hyperglycemia, sepsis, pneumonia.

Введение

Тяжелые ожоги являются серьезной проблемой здравоохранения во всем мире и поражают чаще всего молодых здоровых взрослых и детей. Инфекционные осложнения у ожоговых больных являются серьезной и едва ли не основной проблемой; сообщения о случаях внутрибольничных инфекций варьируются в 63—240 случаях на 100 пациентов и 53—93 случаях на 1000 койко-дней. Инфекционные осложнения термической травмы независимо ассоциированы с неблагоприятными исходами и смертностью [1; 2; 3]. Тяжелая термическая травма создает благоприятные условия для развития раневой инфекции. Ожоговую рану нередко называют первично инфицированной. Обильная секреция с ее поверхности способствует росту микрофлоры, именно поэтому большинство пациентов с ожогами нуждаются в проведении антибиотикотерапии.

В современной литературе сегодня достигнут консенсус в отношении антибиотикопрофилактики: она не показана пациентам с тяжелыми ожогами. Рекомендации, принятые на международном уровне, указывают, что профилактическое применение антибиотиков не рекомендуется [4; 5; 6]. Обоснованием к этому является отсутствие доказательств пользы, а также повышение риска таких неблагоприятных событий как колит, связанный с *Clostridium difficile*, антибиотик-ассоциированная диарея и индукция устойчивости к антибиотикам. Установлено, что большинство эпизодов инфекции кровотока после первой недели пребывания в ОРИТ у пациентов с ожогами, получавшими профилактически антибактериальные препараты, вызваны внутригоспитальными полирезистентными штаммами [7]. Рекомендации, посвященные периоперационной антибиотикопрофилакти-

тике при термической травме, широко варьируют, но большинство источников рекомендует ее только для пострадавших с площадью поражения свыше 40% [2; 4; 5; 6; 7].

Все перечисленное свидетельствует о том, что выбор стартового препарата для антибиотикотерапии представляет значительные сложности, эмпирическая терапия нередко начинается еще до получения результатов бактериологических исследований (на основании визуальной картины ожоговой раны и признаков системной воспалительной реакции), риск развития антибиотикорезистентности при этом также высок вследствие длительности течения раневого процесса и активной контаминации ожоговой раны внутрибольничными штаммами [1; 4; 5]. Важную роль в сокращении длительности лечения раневого процесса играет активная хирургическая тактика, но при обширных поражениях, как правило, имеет место дефицит донорских поверхностей, и лечение, так или иначе, затягивается на длительный период времени.

Учитывая высокий риск развития генерализации инфекционного процесса у пациентов с тяжелой термической травмой без дефицита донорских участков, рекомендуется раннее иссечение поврежденных тканей — некрэктомию с одномоментной или скорейшей аутодермопластикой, существенно сокращающей как риск инфицирования, так и общий срок пребывания в стационаре; использование современных раневых покрытий и обработка местными антисептиками (например, хлоргексидином, сульфадиазином серебра, фузидиевой кислотой или гентамицином сульфатом) [2; 3; 8; 9]. К сожалению, антибиотики не подтвердили своей эффективности ни в предоперационной профилактике, ни при местном применении [9], однако у больных с повреждением свыше 40% поверхности тела

применение антибактериальных препаратов сокращает скорость заживления раны за счет уменьшения ее инфицирования, не влияя при этом на смертность [2]. Помимо этого высказываются сомнения в отношении проникновения антибактериального препарата в область ожогового струпа, что делает в целом проблему назначения стартовой антибактериальной терапии дискуссионным вопросом.

В условиях инвазивной инфекции или развития клинической и лабораторной картины генерализации раневой инфекции или инфекции воздухоносных путей, что часто имеет место при сопутствующей термо-ингаляционной травме, необходимо немедленно начать эмпирическую антибактериальную терапию. В данной области применения антибактериальная терапия, наряду с немедленной хирургической санацией очага инфекции, занимает ведущее место. Наиболее частыми возбудителями в крупных ожоговых центрах являются стафилококки, синегнойная палочка, ацинетобактер и энтеробактерии. Данная картина существенно не отличается среди всех ожоговых центров мира [10], что, безусловно, не умаляет роли локальной картины каждого отдельного стационара, где оказывают помощь ожоговым больным.

Резистентная к противомикробным препаратам, бактериальная инфекция среди ожоговых больных чрезвычайно распространена, что связано с продолжительным сроком пребывания в больнице. Изоляты, выделенные после 7, 14 и 21 суток госпитализации, имеют значительно большую устойчивость к антибиотикам в сравнении с выделяемыми в более ранние сроки. Изменение характера резистентности микрофлоры в течение госпитализации может существенно повлиять на выбор эмпирической терапии для пациентов, у которых развитие инфекции высоко вероятно. Неадекватная стартовая антимикробная терапия, приводящая к множественной лекарственной устойчивости, приводит к повышению уровня смертности [11].

Также повышение лекарственной устойчивости ассоциируется с гипергликемией, которая одновременно связана и с активаци-

ей воспалительного ответа. Было установлено, что гипергликемия у пациентов с тяжелой термической травмой не только является маркером тяжести состояния, но и предиктором развития сепсиса, а тщательный контроль гликемии предлагается как метод, снижающий риск развития септического каскада [8; 9]. Гипергликемия сегодня признана универсальным предиктором неблагоприятных исходов, в том числе и среди пациентов, страдающих тяжелой термической травмой. В течение многих лет гипергликемия рассматривалась как нормальная адаптивная реакция, однако в последние годы произошла смена парадигмы, и было показано, что коррекция гипергликемии может повысить выживаемость и снизить частоту осложнений. Исследования Van den Berghe [14] сообщили об улучшении выживаемости и снижении смертности у критически больных пациентов после коррекции и поддержания уровня глюкозы в крови на уровне или ниже 110 мг/дл благодаря использованию схемы интенсивной инсулинотерапии. После этих исследований жесткий контроль гликемии стал восприниматься как стандарт медицинской помощи при критических состояниях, между тем было отмечено увеличение частоты гипогликемических событий, связанных с данной тактикой терапии, и отсутствие связи с улучшением результатов лечения термической травмы [13; 14; 15]. При этом в 73% ожоговых центрах США в настоящее время реализуется тактика интенсивной инсулинотерапии с верхним пределом уровня глюкозы в диапазоне <120 мг/дл.

Также предлагается пропранолол (β -адреноблокатор с мембраностабилизирующим действием, угнетающий автоматизм синоатриального узла, подавляющий возникновение эктопических очагов в предсердиях, AV соединении, желудочках, способствующий урежению ЧСС, уменьшению силы сердечных сокращений и потребности миокарда в кислороде). Препарат понижает уровень сердечного выброса, секрецию ренина, АД, при этом улучшая почечный кровоток и скорость клубочковой фильтрации; подавляет

реакцию барорецепторов дуги аорты на понижение АД. Предполагается, что этот препарат может восстановить гликемический статус, уменьшить периферический липолиз и усилить иммунный ответ на развитие септического процесса путем модуляции высвобождения катехоламинов во время тяжелой ожоговой травмы [13]. Сегодня β -адреноблокаторы активно рекомендуются международными руководствами при лечении сепсиса и септического шока, а также тяжелой термической травмы [14; 15; 16; 17; 18].

Между тем проблема антибиотикорезистентности является центральной в обсуждении успеха интенсивной терапии инфекционных осложнений тяжелой термической травмы. Основным механизмом развития резистентности бактерий к бета-лактамам антибиотикам, наиболее часто используемым в качестве стартовых, является продукция ферментов бета-лактамаз, разрушающих бета-лактамно кольцо этих препаратов. Данный механизм является одним из ведущих для таких клинически значимых возбудителей, как *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*. В этом отношении интерес представляют полусинтетические пенициллины с ингибиторами бета-лактамаз расширенного спектра действия.

Цель работы

Сравнительный анализ эффективности стартовой антибактериальной терапии полусинтетическими пенициллинами с ингибиторами бета-лактамаз расширенного спектра действия — клавулановой кислотой и сульбактамом — и оценка роли гликемического статуса в реализации процессов генерализации раневой инфекции при тяжелой термической травме.

Материал и методы

Проведен ретроспективный когортный анализ. В исследование включен 41 пациент в возрасте от 10 до 86 лет $36,4 \pm 3,8$ (me 39) лет с поражением кожи площадью $27,8 \pm 2,6$ (me 25)%. Все больные поступили в отделение реанимации в состоянии ожогового шока;

после проведения противошоковой терапии, наряду с комплексом поддерживающей и корригирующей терапии (нутритивная, инфузионная, реологическая терапия, адекватное обезболивание), им были назначены антибактериальные препараты — полусинтетические пенициллины. Интенсивная терапия осуществлялась согласно утвержденным в Тюменской области документам [19; 20]. В первой группе (21 человек) был назначен пенициллин с ингибитором бета-лактамаз расширенного спектра действия сульбактамом (амписид), во второй группе — с клавулановой кислотой (амоксиклав). Показанием к назначению антибактериального препарата было развитие раневой инфекции, подтвержденной как визуально (нагноение раны), так и бактериологически, одновременно с наличием лабораторных признаков инфекции (повышение температуры свыше 38 градусов, палочко-ядерный сдвиг более 10% незрелых форм или лейкоцитоз свыше 12 000 в 1 мм³, ЧСС > 90 в минуту и ЧД > 20).

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с помощью программы Excel, достоверность статистических отличий оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Отличия считались статистически значимыми при $t \geq 2$. Для выяснения роли гипергликемии в развитии осложнений (сепсиса и пневмонии) при термической травме использован метод расчета относительного риска (RR) с оценкой чувствительности и специфичности данного теста.

Результаты и обсуждение

Пациенты первой и второй группы статистически не различались по возрасту ($t=1,59$) и площади поражения ($t=0,5$). Длительность первого курса антибактериальной терапии была статистически значимо больше в группе амписида ($8,9 \pm 0,6$ суток против $5,3 \pm 0,49$ суток, $t=5,14$), что указывало на его эффективность (группа амоксиклава чаще демонстрировала клинико-лабораторную неэффективность и требовала смены препарата, в то время как амписид оказывался эффек-

тивен, и терапия им продолжалась). Также эти пациенты получили меньше курсов антибиотикотерапии ($1,76 \pm 0,2$ против $2,7 \pm 0,2$, $t=3,35$). В этой же группе отмечена тенденция

к сокращению времени лечения в отделении реанимации на 3 суток и в стационаре в целом на 7 суток, однако отличия не были статистически значимыми (табл. 1).

Таблица 1

Результаты сравнительного исследования в группах

Показатели	Группа амписида, n=21	Группа амоксиклава, n=20	Статистические отличия по t-критерию Стьюдента	Уровень значимости p
Возраст	$30,5 \pm 4,8$ (0,11 – 78 лет)	$42,6 \pm 5,9$ (0,11 – 82 года)	1,59	$>0,05$
Площадь поражения, %	$26,3 \pm 2,9$	$29,2 \pm 4,1$	0,58	$>0,05$
Длительность первого курса антибиотикотерапии, сутки	$8,9 \pm 0,6$	$5,3 \pm 0,49$	4,65	$<0,05$
Всего курсов антибиотикотерапии	$1,76 \pm 0,2$	$2,7 \pm 0,2$	3,32	$<0,05$
Длительность лечения в отделении реанимации, сутки	$9,55 \pm 1,2$	$12,36 \pm 1,4$	1,52	$>0,05$
Длительность лечения в стационаре, сутки	$30,5 \pm 2,9$	$37,8 \pm 3,6$	1,58	$>0,05$

Прим.: * – статистически значимые отличия.

Анализ микрофлоры, выделенной с раневой поверхности после проведения первого курса антибактериальной терапии, показал, что в группе амписида лидировал St. Aureus (66%), метициллин-чувствительный штамм (вероятно, являвшийся представителем аутофлоры пострадавших); в то же время в группе амоксиклава преоблада-

ли панрезистентный Acinetobacter baumannii (34%) и St. Aureus MRSA (33%), что свидетельствовало об инфицировании внутрибольничными штаммами, усложняло дальнейший подбор антибактериального препарата и в итоге приводило к увеличению числа курсов антибактериальной терапии (рис. 1).

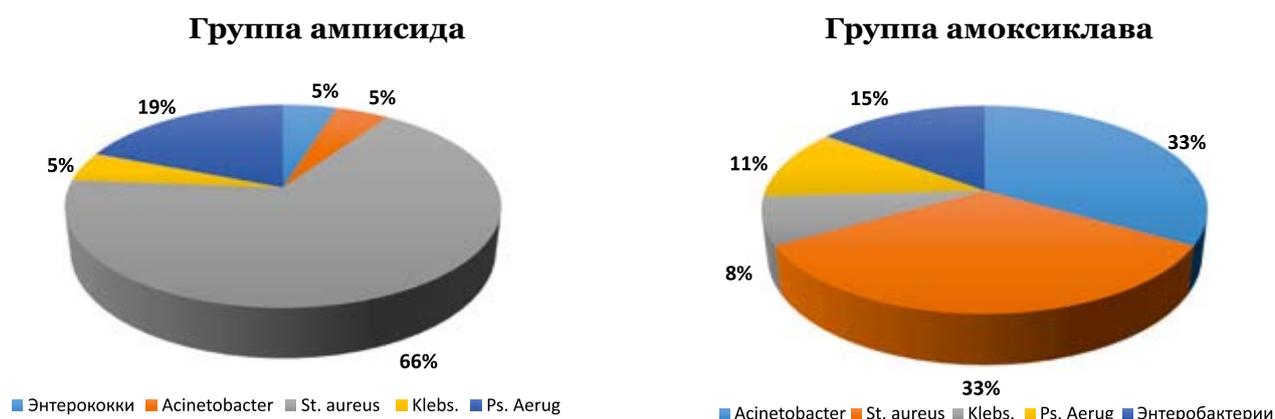


Рис. 1. Микрофлора, выделенная с ожоговой раны после первого курса антибактериальной терапии

Уровень гликемии при поступлении отражал стресс-реакцию организма на повреждение и соответствовал в первой группе $9,6 \pm 0,8$ ммоль/л, во второй – $9,4 \pm 0,7$ ммоль/л ($p > 0,05$),

приходя к третьим суткам к нормальным показателям у большинства пациентов. Так как первичная стрессовая гликемия признана универсальным процессом, связанным с пато-

физиологическими механизмами шока, то мы изучили данный процесс, не разделяя пациентов на группы. К моменту констатации выхода из шока (на третьи сутки от момента ожога) уровень гликемии составил $5,9 \pm 0,6$ ммоль/л, что было принято за норму. Больных диабетом в группе не было. Далее мы исследовали уровень гликемии на момент начала антибактериальной терапии (констатация факта раневой инфекции, все больные, $n=41$). В среднем раневая инфекция развивалась на 5–6 сутки, уровень гликемии составлял $7,7 \pm 1,3$ ммоль/л ($p > 0,05$ в сравнении с уровнем, соответствующем выходу из шока). У 6 пациентов (14,6%) был констатирован сепсис, гликемия при постановке данного диагноза составляла $12,6 \pm 1,5$ ммоль/л ($p < 0,05$). Также 5 больных после термомоингалиционной травмы развили пневмонию (12,2%) с гликемией на момент постановки диагноза $11,9 \pm 1,1$ ммоль/л ($p < 0,05$).

При оценке роли гипергликемии для развития сепсиса RR составил 14,58 (95% ДИ 3,6–58,6), чувствительность теста составила 0,71, специфичность — 0,97. Для развития пневмонии RR составил 7,2 (95% ДИ 2,5–20,02), чувствительность — 0,5, специфичность — 0,97, что свидетельствует о том, что гипергликемия является важным и диагностически значимым критерием развития

осложнений (в частности, сепсиса и пневмонии) при тяжелой термической травме. По-видимому, еще предстоит понять, что первично: метаболические нарушения и связанная с ними гипергликемия или генерализация инфекционного процесса; данные исследования потребуют более углубленного анализа.

Выводы

1. Гипергликемия при развитии таких осложнений ожоговой болезни как сепсис и пневмония может явиться одним из диагностических критериев как для постановки диагноза, так и для оценки тяжести состояния.

2. Являясь тестом не высокой чувствительности (для сепсиса — 0,71, для пневмонии — 0,5), гипергликемия является весьма специфичным маркером (0,97).

3. Более эффективным в сравнительном исследовании ингибитор-защищенных антибактериальных препаратов для стартовой терапии инфекции ожоговой раны является ингибитор-защищенный полусинтетический пенициллин амписид, что проявилось в его большей эффективности в отношении профилактики и лечения внутрибольничной инфекции, сокращении числа курсов антибактериальной терапии и более благоприятной микробиологической картине после окончания курса.

Литература

1. Posluszny JA Jr, Conrad P, Halerz M, et al. Surgical burn wound infections and their clinical implications. *J Burn Care Res* 2011; 32:324.
2. Avni T, Levcovich A, Ad-El DD, Leibovici L, Paul M. Prophylactic antibiotics for burns patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010 Feb 15. 340:c241.
3. Lundy JB, Chung KK, Pamplin JC, Ainsworth CR, Jeng JC, Friedman BC. Update on Severe Burn Management for the Intensivist. *J Intensive Care Med*. 2015 Jun 24.
4. Rice PL. Emergency care of moderate and severe thermal burns in adults. In: Marx JA, Grayzel J, eds. 2008
5. White CE, Renz EM. Advances in surgical care: management of severe burn injury. *Crit Care Med* 2008;36:S318-24.
6. D'Avignon LC, Saffle JR, Chung KK, Cancio LC. Prevention and management of infections associated with burns in the combat casualty. *J Trauma* 2008;64:S277-86.
7. Ressler RA, Murray CK, Griffith ME, Rasnake MS, Hospenthal DR, Wolf SE. Outcomes of bacteremia in burn patients involved in combat operations overseas. *J Am Coll Surg* 2008;206:439-44.
8. Sevgi M, Toklu A, Vecchio D, Hamblin MR. Topical antimicrobials for burn infections - an update. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2013 Dec. 8 (3):161-97.
9. Barajas-Nava LA, López-Alcalde J, Roqué i Figuls M, Solà I, Bonfill Cosp X. Antibiotic prophylaxis for preventing burn wound infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 6. 6:CD008738.
10. Azzopardi EA, Azzopardi E, Camilleri L, Villapalos J, Boyce DE, Dziewulski P, et al. Gram negative wound infection in hospitalised adult burn patients--systematic review and metanalysis-. *PLoS One*. 2014.

11. Keen EF 3rd, Robinson BJ, Hospenthal DR, et al. Incidence and bacteriology of burn infections at a military burn center. *Burns*. 2010 Jun. 36(4):461-8.
12. Kasten KR, Makley AT, Kagan RJ. Update on the critical care management of severe burns. *J Intensive Care Med*. 2011 Jul-Aug. 26(4):223-36.
13. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinande P, Lauwers P, Bouillon R. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. *N Engl J Med*. 2001;345(19):1359-67.
14. Pidcoke HF, Wade CE, Wolf SE. Insulin and the burned patient. *Crit Care Med*. 2007 Sep. 35(9 Suppl):S524-30.
15. Clinical review: The critical care management of the burn patient. *Jane A Snell, Ne-Hooi W Loh, Tushar Mahambrey, and Kayvan Shokrollahi. Crit Care*. 2013; 17(5): 241.
16. Wilmore DW, Aulick LH. Metabolic changes in burned patients. *Surg Clin North Am*. 1978;17:1173-1187.
17. Herndon DN, Hart DW, Wolf SE, Chinkes DL, Wolfe RR. Reversal of catabolism by beta-blockade after severe burns. *N Engl J Med*. 2001;17:1223-1229. doi: 10.1056/NEJMoa010342
18. Pereira CT, Jeschke MG, Herndon DN. Beta-blockade in burns. *Novartis Found Symp*. 2007;17:238-248
19. Шень, Н. П. Положение об оказании неотложной помощи пострадавшим с термической травмой в Тюменской области. Инструктивно-методические указания / Н. П. Шень, А. П. Поляков, Ю. Х. Сайфитдинов. — 1 изд. — Тюмень: Академия, 2007. — 28 с.
20. Шень, Н. П. Раннее энтеральное питание в прогнозе ожоговой болезни / Н. П. Шень, Ю. Н. Сайфитдинов, Д. В. Сучков // *Медицинская наука и образование Урала*. — № 5. — 2006. — С. 88-89.

СЕТЕВЫЕ РЕСУРСЫ В КОМБУСТИОЛОГИИ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

УДК 004.77:616-001.17

О.В. Марковская

*Детская городская клиническая больница № 9, ожоговое отделение,
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Сегодня, в условиях открывшихся возможностей использования интернет-ресурсов, получение медицинской информации стало доступным не только врачам, но и пациентам. Используем ли мы в полной мере возможности привлечения ведущих специалистов для консультации тяжелых пациентов, обсуждения спорных случаев? Какие рекомендации могут получить наши пациенты, используя сайты больниц, интересуются ли доктора, что обсуждают в чатах их подопечные? Каковы деонтологические аспекты интернет-общения? В данной статье рассматриваются возможности сетевых ресурсов, которые позволяют заинтересовать потенциального пациента, получить немедленную консультативную помощь и организовать врачебное сообщество вокруг наиболее актуальных проблем лечения пациентов с термическими поражениями.

Ключевые слова: термические поражения, сетевые ресурсы, новые технологии.

NET RESOURCES IN THE TREATMENT OF THE THERMAL INJURY: REALITY AND THE PROSPECT

O.V. Markovskaya

Children's city hospital No. 9, burn unit, Yekaterinburg, Russian Federation

Today, under the conditions of the opened possibilities of using the Internet-resources, obtaining medical information became accessible not only doctors, but also patients. Is utilized we entirely the possibility of the attraction of key personnel for the consultation of heavy patients, consideration of the questionable cases? What recommendations can obtain our patients, using sites of hospitals, they are interested doctor, that do discuss in the chat rooms their under wardship? Are such the deontological aspects of Internet-contact? In this article are examined the possibilities of the net resources, which make it possible to interest potential patient, to obtain immediate consultative aid and to organize medical association around the vital problems of the treatment of patients with the thermal injury.

Keywords: thermal injury, net resources, new technologies