

Г. П. Козинець

Комбустіологія

КОМБУСТІОЛОГІЯ (від лат. *combustum* – опік і **...логія**) – галузь *медицини*, що вивчає опікові хвороби. Опік – це травма, яка виникає внаслідок місц. дії екзоген. чинників (високої температури – понад 45 %, електрич. струму, промен. енергії, агресив. хім. речовин) і спричиняє складні місц. та заг. патол. зміни, пов'язані з ураженням тканин організму. Опік. ушкодження призводить до негайного, тотал. або частк. руйнування шкіри і розташ. під нею тканин. При поширених опіках розвивається опік. хвороба (за умови ураження понад 10 % поверхні тіла у дорослих або понад 5–7 % у дітей та літніх людей) – специфіч. комплекс клін., анатом.-морфол., імун., біохім., обмін. та ін. розладів в організмі, які виникають у момент отримання опіку і тривають до одужання. Перебіг опік. хвороби поділяють на 4 стадії: опік. шок (від декількох годин до 2–3-х діб), опік. токсемія (від 3-ї до 8–10-ї діб), септикотоксемія (від 8–10-ї діб до відновлення шкір. покривів), реконвалесценція (до 1–2-х р. після відновлення шкір. покривів). Для визначення глибини терміч. ураження в Україні використовують класифікацію, за якою виділяють 4 ступ. опіків: 1-й ступ. – епідермал. опік (характерні почервоніння і набряк шкіри); 2-й ступ. – поверхневий дермал. опік (властивий частк. некроз шкіри); 3-й ступ. – глибокий дермал. опік (тотал. некроз шкіри); 4-й ступ. – субфасціаль. опік (деструкція не лише шкіри, а й глибоше розташованих анатом. структур, локалізованих під фасцією, – м'язів, кісток, суглобів, порожнин організму тощо). Площу опіку розраховують у відсотках відносно всієї поверхні шкіри, використовуючи т. зв. правило долоні (долоня дорослої людини становить 1 % площі шкір. покривів), правило дев'яток (голова і шия, стегна, гомілки, стопи, груди, живіт, спина, поперек і сідниці – по 9 % та промежина – 1 %), метод Долиніна (на схему наносять силует тіла, розділений на 100 сегментів, кожний із яких відповідає 1 % поверхні тіла, потім контури опіку і визначають площу у відсотках, застосовуючи при цьому різне забарвлення схеми залежно від ступ. опіку). Запал. тяжкість опік. травми встановлюють за інтеграл. індексом тяжкості терміч. ураження (ІТУ), в якому в умов. одиницях враховано гол. чинники, що впливають на перебіг осн. хвороби та її наслідки: залежність від площі та ступ. тяжкості опіку (1 % опіку 1-го ступеня – 1 од., 1 % опіку 2-го ступеня – 2 од., 1 % опіку 3-го ступеня – 3 од., 1 % опіку 4-го ступ. – 4 од.); залежність від наявності опіку дихал. шляхів (від 15 од. – легкого ступ., 30 од. – серед. ступ., 45 од. – тяжкого ступ.); залежність від віку потерпілого (на кожний рік, починаючи від 60-ти р., необхідно додавати 1 од. ІТУ). При ІТУ

понад 10 од. можливий розвиток опік. хвороби, при ІТУ 11–30 од. діагностують опік. хворобу легкого, 31–60 од. – серед., 61–90 од. – тяжкого, понад 90 од. – вкрай тяжкого ступ.

Проблема опіків була актуал. в усі часи, хоча до 19 ст. лікування їхніх наслідків полягало у полегшенні больових відчуттів за допомогою кремів і примочувань. Уперше питаннями К. зацікавився нім. учений П. Амман 1658. Першу операцію з пересадження здорової шкіри на опік. рану здійснив 1869 швейцар. хірург Ж. Реверден (аналогічну операцію у РФ у тому ж році провів С. Янович-Чайнський). Початком формування К. як хірург. науки вважають створення 1939 першого у світі дерматома Педжетта–Худа – комбустіол. інструмента, за допомогою якого можна було закривати поширені глибокі опік. рани. 1946 М. Колокольцев запропонував клейовий дерматом, 1953 Б. Петров – перший рад. електродерматом. Від 1951 набула поширення формула для розрахунку трансфуз. терапії при опік. шоці. 1966 зареєстрована «Система активного хірургічного лікування тяжкоопечених» М. Атясова, яку згодом розвинув Т. Ар'єв. Становлення К. в Україні, як і в цілому в СРСР, умовно поділяють на 3 періоди. 1-й період (1930–50-і рр.) характеризувався переважно емпірич. підходом і консерватив. лікуванням потерпілих. 1936 з ініціативи Ю. Джанелідзе у Ленінгр. інституті швидкої мед. допомоги (нині С.-Петербург) створ. перше в СРСР спеціаліз. відділ. для лікування опіків. 1937 О. Вишневський у Москві, 1938 [І. Іщенко](#) в Києві створили опік. відділ., які функціонували до 2-ї світової війни. У місц. лікуванні опіків у цей період перевагу надавали відкритому методу із застосуванням коагулювал. препаратів, дію яких спрямовано на формування асептич. сухого струпа на опік. поверхні. Під керівництвом *О. Федоровського* та [В. Братуся](#) при каф. шпитал. хірургії педіатр. факультету Київ. мед. інституту 1959 організовано перше в Україні відділ. на 30 ліжок (згодом розширено до 60), що стало центром становлення і розвитку К. в Україні. 1960 з ініціативи [Р. Богославського](#) засн. перше в Донбасі опік. відділення. 2-й період (1960–90-і рр.) полягав у розробленні організац. принципів, структури комбустіол. служби, тактики лікування потерпілих від терміч. травми; впровадженні дерматомних пересаджень шкіри на рани, що гранулюють; вивченні патогенезу опік. хвороби. На 27-му з'їзді хірургів СРСР (1960, Москва) ухвалено рішення про відкриття спеціаліз. опік. відділень. Найактивніше питання організації допомоги особам з опіками вивчали у великих пром. регіонах у зв'язку зі збільшенням обсягів металург., маш.-буд. і гірн.-видобув. вироб-в, що зумовило значну частоту опік. травматизму. 1962 відкрито опік. відділ. у Дніпропетровську, 1965 – у Харкові; до 1967 в Україні функціонувало вже 10 таких відділень. Офіц. статус спеціаліз. лікув. установи для потерпілих від опіків затв. наказом МОЗ СРСР «Про заходи для подальшого поліпшення лікувальної допомоги хворим з опіками». Цим документом визначено обсяг мед. допомоги потерпілим на різних етапах, штати опік. відділ. і програми підготовки фахівців. В Україні діяльність опік. стаціонарів регламентував наказ МОЗ УРСР «Про заходи для подальшого поліпшення допомоги хворим з опіками». В опік. відділ. впроваджено технологію дерматомного пересадження шкіри, сформовано систему превентив. і віднов.

хірургії опіків та їхніх наслідків. Так, в Україні реалізовано модель етап. лікування осіб з опіками, прийняту в той час у СРСР, – від першої мед. і кваліфікованої хірург. допомоги до спеціаліз. лікування в опік. відділ. і центрах. Під керівництвом *М. Повстяного* діяв Респ. опік. центр на базі Київ. НДІ гематології та переливання крові, що мав вагоме значення у розвитку комбустіол. служби України. 1975 функціонувало вже 20, у 1984 – 29 відділ., що дало змогу досягти високого показника забезпеченості опік. ліжками (до 0,28 на 10 тис. насел.). За сприяння М. Повстяного видано наказ «Про регламентацію діяльності опікової служби в Україні». Найважливішим досягненням вивчення проблеми опіків вважають визнання основою патології опік. хвороби втрату шкір. покриву як фізіол. системи. У зв'язку з цим сформульовано осн. принцип роботи клініки терміч. уражень: відновлення шкіри – гол. мета лікування хворого з опіками. У цей період наук. дослідж. проблемі присвятили Т. Ар'єв, М. Атясов, Л. Волков, Г. Вілявін, Р. Гінзбург, [Т. Гнилорібов](#), [М. Камаєв](#), [Д. Пекарський](#), [О. Шалімов](#) та ін. 3-му періоду розвитку служби (від 1990-х рр.) властива модернізація організац. структури і тактики лікування опіків шляхом упровадження ранніх хірург. втручань, здатних запобігати розвитку тяжкої опік. хвороби. 2000–05 створ. великі опік. центри в Києві, Донецьку, Харкові, Одесі; засн. каф. комбустіології й пластич. хірургії у мед. ВНЗх Донецька (зав. – *Е. Фісталь*), Києва ([Г. Козинець](#)), Харкова ([Т. Григор'єва](#)). Нині вчені розробляють сучасні технології хірург. лікування глибоких опіків, біол. замітники шкіри та клітин. технологій, високотехнол. види невідільної шкір. пластики, нові методики реконструктив. операцій для лікування наслідків опіків. На цьому етапі знач. внесок у розвиток К. зробили [В. Бігуняк](#), [І. Біжко](#), [В. Гусак](#), [О. Клігуненко](#), [О. Коваленко](#), *А. Попандопуло*, *Г. Самойленко*, *С. Слесаренко*, *С. Смрщок*, *Т. Григор'єва*, *Е. Фісталь* та ін.

Рекомендована література

1. Парамонов Б. А., Порембский Я. О., Яблонский В. Г. Ожоги: Руководство для врачей. С.-Петербург, 2000;
2. Гусак В. К., Фисталь Э. Я., Баринев Э. Ф., Штутин А. А. Термические субфасциальные поражения. Д., 2000;
3. Козинец Г. П., Слесаренко С. В., Радзиховский А. П. и др. Ожоговая интоксикация. Патогенез, клиника, принципы лечения. К., 2004;
4. Козинець Г. П., Слесаренко С. В., Сорокіна О. Ю. та ін. Опікова травма та її наслідки: Кер-во для практ. лікарів. Дн., 2008;
5. Олейник Г. А., Григорьева Т. Г., Федак Б. С. и др. Ожоги и отморожения. Атлас: Руководство для практ. врачей. Х., 2009.

Бібліографічний опис:

Комбустіологія / Г. П. Козинець // Енциклопедія Сучасної України [Електронний ресурс] / Редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк [та ін.] ; НАН України, НТШ. – К. : Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2014. – Режим доступу:

<https://esu.com.ua/article-3199>

2001-2025 © Ця енциклопедична стаття захищена авторським правом згідно з чинним законодавством України ([докладніше](#)).