

П. И. Долнаков (Зеленодольск). Местное применение этилового спирта при отморожениях

Указаний о применении этилового спирта при лечении отморожений в доступной нам литературе мы не нашли.

С 1952 г. мы применяем чистый спирт для лечения отморожений разных степеней (I—III). В большинстве случаев лечение спиртом отморожений конечностей, лица, ушных раковин, полового члена, а также начальных явлений общего замерзания, переохлаждения производилось в амбулаторном порядке и частично в стационаре.

Всего наблюдалось 70 мужчин в возрасте 22 лет. Отморожения I ст. были у 30 чел., II ст.— у 25, II—III— у 15. У 4 чел. было отморожение II ст. полового члена, у 3 чел. кроме отморожения стоп и кистей были признаки общего переохлаждения, у 5 чел. было переохлаждение, обусловленное пребыванием в воде в холодное время года продолжительностью до нескольких минут.

Пораженный (отмороженный) участок (кисть, стопу, половой член) погружали в 96° спирт на 45 мин. 2 раза в день. Боли прекращались через 20 мин., к этому же времени исчезали пузыри. Позднее боли не возобновлялись. Бледная или багровосиняя либо серо-восковая окраска кожи заметно для глаза изменялась и становилась ярко-красной. Этот процесс происходил постепенно от центра к периферии. Вначале возникали отдельные островки розовой окраски, которые затем сливались. Повышалась внутритканевая температура, наступало потепление тканей. Появлялась чувствительность. Лечение отморожений II ст. продолжалось 1—4 дня, III ст.— 7—10 дней. При тяжелых степенях отморожения (III—IV), когда заживление раневой поверхности протекало по типу незаживающих язв, для более эффективного лечения применяли методику футлярных поясничных новокаиновых блокад, местно — аэроионотерапию, внутрь давали цинк (серноокисную соль по 0,05 2 раза в день).

В отдельных случаях, когда по условиям оказания медицинской помощи представлялось возможным, применяли физиотерапевтические процедуры. Так, после обработки спиртом, когда боли уже полностью исчезали, применяли горячие ванны или горячие припарки (плюс 38—42°) в течение 8 мин., затем последовательно сухое тепло 7 мин., кварц — 5 мин., УВЧ — 4 мин. Отмечалось интенсивное покраснение кожи, больные ощущали приятное чувство тепла. В целом же существенной разницы в исходе при применении лишь спирта и дополнении этого лечения физиопроцедурами не отмечено.

При отморожениях лица и ушных раковин II ст., в том числе при наличии нагноившихся пузырей, применяли спиртовые повязки на 15 мин. 1—2 раза в день (лечение 2—4 дня), после чего вновь накладывали спиртовой компресс, с которым больной уходил домой. Одной такой процедуры вполне достаточно для ликвидации болей. В последующие дни спиртовые компрессы не подновляли, а ограничивались наложением сухой асептической повязки.

Трудоспособность амбулаторных больных при лечении отморожений конечностей, лица, ушных раковин не нарушалась, люди продолжали выполнять свои обязанности, в том числе могли работать на открытом воздухе зимой, при низкой наружной температуре, так что потребности в дополнительном освобождении от работы не было.

При начальных явлениях замерзания, переохлаждения, общего ознобления мы тщательно растираем кожные покровы лица, головы, конечностей, туловища спиртом в течение 15—45 мин. и более, обкладываем грелками, даем горячий чай, сердечные средства, витамины.

УДК 616.921.8—616.24—002

Е. А. Вашев (Харьков). Пневмония у детей, больных коклюшем

Мы обследовали 443 ребенка, поступивших по поводу коклюша. Пневмония установлена из них у 52 (11,3%).

В возрасте от 2 мес. до года было 20 детей, от года до 3 лет — 16, от 3 до 7 лет — 12, от 7 до 10 лет — 4.

У 19 больных (у 10 в возрасте до года и у 9 от года до 3 лет) пневмония развилась на 1—2-й неделе судорожного кашля, у 33 детей легочное осложнение началось на 3-й неделе и позже. Раннее развитие пневмонии отмечалось в основном на фоне тяжелого коклюша. Начало пневмонии у большинства больных было постепенным. У грудных детей пневмонии протекали с остановками дыхания, резким цианозом, судорогами, расстройствами сердечно-сосудистой деятельности.

Рентгенологические исследования выявляли двустороннее снижение прозрачности прикорневых зон и эмфизематозные изменения легочных полей преимущественно в латеральных зонах.

Поздняя пневмония наблюдалась у больных как с тяжелой формой коклюша, так и с легкой и средней. У 22 детей развитию пневмонии предшествовало острое респираторное заболевание. Пневмония у них сопровождалась высокой температурой, бурным началом. У остальных детей начало пневмонии было постепенным. У детей с поздней пневмонией мы обнаруживали гиперемии зева, выраженные перкуторные

и аускультативные изменения в легких. Рентгенологические данные свидетельствовали о мелкогнездном, очаговом и сливном характере легочного осложнения. У 8 детей пневмония протекала с септическим компонентом (гнильный отит — у 5, абсцедирование легкого — у 2, пиелонефрит — у 1). Повторные исследования мокроты больных пневмонией обнаруживали чаще всего стафилококки, реже стрептококки и диплококки, а также смешанную флору. У детей с поздней пневмонией кокковая флора высевалась в 1,5 раза чаще, чем у больных с ранним легочным осложнением.

В крови детей, у которых пневмония диагностирована на 1-2-й неделе судорожного кашля, определялся выраженный лимфоцитарный лейкоцитоз, умеренно ускоренная или нормальная РОЭ. У детей того же возраста с поздней пневмонией обнаруживались нейтрофильный лейкоцитоз, резко ускоренная РОЭ.

Ранние пневмонии, протекающие с маловыраженными рентгенологическими изменениями, с лимфоцитарным лейкоцитозом и меньшей высеваемостью вторичной флоры из дыхательных путей, могут быть результатом коклюшного процесса.

Позднее развитие пневмонии у большинства коклюшных больных имеет связь с вторичной флорой, что находит проявление в выраженных перкуторных и аускультативных данных, значительных рентгенологических изменениях в легких вплоть до абсцедирования, частом обнаружении кокковой флоры в дыхательных путях, значительном нейтрофильном лейкоцитозе и ускоренной РОЭ.

25 больных получали инъекции стрептомицина и эритромицин, 27 — стрептомицин в сочетании с пенициллином или тетрациклином. К этим антибиотикам была чувствительна выделенная из мокроты флора.

При расстройствах сердечно-сосудистой деятельности мы применяли кордиамин в каплях или в виде инъекций.

При равных условиях стрептомицин с эритромицином являются более эффективными, чем стрептомицин с пенициллином или тетрациклином. В группе детей, получавших стрептомицин в сочетании с эритромицином, хороший эффект достигнут у 12, удовлетворительный у 8 и нестойкий у 5, а среди леченных стрептомицином с пенициллином или тетрациклином хороший эффект наблюдался у 8, удовлетворительный — у 7, нестойкий — у 12.

УДК 611.65/69—616—007

Н. Л. Капелюшник и В. В. Попов (Казань). Пороки развития женских половых органов

Врожденные пороки развития внутренних половых органов у женщин встречаются редко. По данным Федоровой (1967) аномалии матки составляют 0,32%. Вопрос о времени возникновения их во внутриутробной жизни плода и факторах, способствующих появлению врожденных аномалий, окончательно не решен. Данные по эмбриогенезу внутренних половых органов противоречивы.

Изучая вопросы лечения одного из пороков развития гениталий — аплазии влагалища, мы, как правило, наблюдали у больных сочетание отсутствия влагалища с рудиментарным развитием матки и труб при нормально расположенных и функционирующих яичниках. Только у одной больной аплазия влагалища и рудиментарное развитие матки и придатков слева сочетались с атипичным расположением в паховом канале правых придатков матки.

Такой порок развития является редким, мы встретили только одно описание его (Захарова, Гершкарон, 1959). Приводим наше наблюдение.

К., 23 лет, поступила 30/IX 1968 г. с жалобами на невозможность иметь половое сношение и отсутствие менструации. Мать пациентки предпринимала неудавшиеся попытки к прерыванию беременности на ранних сроках. Девочка родилась в срок, росла и развивалась нормально, ничем не болела. Менструации не было.

Телосложение правильное. Молочные железы развиты нормально. В мочевыделительной системе, по данным хромоцистоскопии от 15/X, отклонений от нормы нет. По ходу пахового канала справа в толще подкожножировой клетчатки пальпируется образование величиной со сливу овальной формы, ограниченно подвижное, тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации. Наружные половые органы развиты нормально. При раздвигании малых половых губ определяется слепой карман глубиной в 1,5—2 см. Наружное отверстие мочеиспускательного канала несколько расширено. При двуручном ректально-брюшностеночном исследовании тело матки и придатки не определяются. При пневмопельвиографии контуров матки и яичников также не обнаружено.

Двухфазная ректальная температура и наличие полового хроматина $\frac{+5}{-95}$ заставили отказаться от предположения о наличии у больной тестикулярной феминизации.

17/X 1968 г. произведен кольпопоз по методике, разрабатываемой в нашей клинике, с пластикой искусственного влагалища капроновым ситом. Послеоперационный период протекал без осложнений.

1/XI 1968 г. под эфирно-кислородным масочным наркозом сделан разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки в области лона справа по ходу пахового канала. В паховом канале обнаружен яичник нормальной величины и формы с хорошо