

3) Применение этой воды при лечении бескровных закрытых полостей терапевтического эффекта, по нашим наблюдениям, не дает.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпштейн, Сов. вр. газ., № 21, 1933.
2. Бантов, Н. хир. арх., № 7, 1936.
3. Киселев, Н. хир. арх., № 9, 1934 (докл. в Свердлов. хирург. об-ве).
4. Айзман и Иоссет, Н. хир. арх., № 2, 1936.
5. Смирнов и Мойсеев, Н. хир. арх., № 2, 1936.
6. Углов и Углова-Овчинникова, Воен. мед. журн., 1933, вып. 2.
7. Дмитриев, Воен. мед. журн., 1933, вып. 6.
8. Майзель и Руднев, Сов. вр. ж., № 22, 1936.
9. Терских, Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунол., № 1, 1934.
10. Углов, Трофимук, Егоров и Гап, Труды ВМА, сборн. 1.
11. Печенегский, Сов. хир., 1936, кн. 1.
12. Славин, Микробиол., т. VI, вып. 1, 1937.
13. Углов и Кошкин, Гиг. и эпид., 11—12, 1934.
14. Hoss, Bloch. Zeitschr. B., 29), H 1—2.

Поступила 25. IX. 1939.

В. В. ЛАИШЕВСКИЙ

Наблюдение над лечением гнойных ран белым стрептоцидом

Из 2-й Советской больницы г. Казани (заведующий хирургическим отделением доктор медицины В. М. Аристовский)

Первые клинические наблюдения над применением стрептоцида при стрептококковых заболеваниях производились у нас в Союзе в терапевтической клинике 2 МГУ (проф. Гельштейн) и в Боткинской больнице.

Исключительный эффект от действия стрептоцида получен был при рожистых заболеваниях. Проф. Киреев получил блестящий эффект при лечении мигрирующей рожи, которая трудно поддается терапевтическому воздействию. С большим успехом Гельштейн применял стрептоцид при стрептококковом тонзилите, лакунарной ангине, сепсисе, эндокардите, мастите, шейной флегмоне и при послеродовых осложнениях.

Проф. Соловov указывает, что при стрептококковом менингите, где раньше смертность достигала 97%, со времени введения стрептоцида смертные случаи стали исключением.

Белый стрептоцид действует не только по отношению к стрептококку, но также по отношению к менингококку и пневмококку (Соловov). Персианинов указывает на действие стрептоцида против менингококка, тифозной и паратифозной палочки.

Стрептоцид применяется per os, внутривенно и внутримышечно.

Егер проводил лечение стрептоцидом местных заболеваний: загрязненных ран, ожогов, флегмон, карбункулов, подмышечных абсцессов, маститов. Он приготовлял насыщенный раствор красного стрептоцида в равных частях алкоголя и ацетона.

Найман проводил лечение ран 1/4% водным раствором стрептоцида. На гнойные раны травматического характера накладывались повязки с раствором стрептоцида. Гноеотделение уменьшалось, появлялись яркие грануляции и эпителизация. Вялые грануляции смазывались 1% спиртовым раствором стрептоцида. Гнойные раны нетравматического характера (по вскрытии гнойника) промывались раствором стрепто-

цида, в рану вводится тампон, смоченный раствором стрептоцида, и накладывались салфетки, смоченные тем же раствором. Полость раны быстро очищалась и заполнялась грануляциями. При инфицированных ожогах Найман применял влажно-высыхающие повязки, смоченные раствором стрептоцида, и получал очень хороший результат.

Наши наблюдения велись в течение 4 месяцев и охватили следующие случаи: трофические язвы конечн.—10, рваные раны—18, ожог—14, мастит—3, остеомиелит—6, флегмоны—4, пиодермия—2, гнойные плевриты (свищ)—5, отморожение—4, паронихии—10, панариции—6, фурункулы—2, всего 84 сл.

При лечении гнойных ран мы применяли белый сухой стрептоцид (припудривание) и получали блестящий результат. Гнойные раны с обширной раневой поверхностью, с большим гноеотделением и без склонности к эпителизации, после 3—4 припудриваний тонким слоем стрептоцида очищались, гноеотделение уменьшалось, появлялись яркие грануляции, с краев раны начиналась эпителизация. Перевязки производились ежедневно. В течение 7—10 дней рана очищалась и была вполне подготовлена для трансплантации по Тиршу. Взятые трансплантаты мы переносили на рану, припудривали ее стрептоцидом и накладывали обычную сухую повязку. На седьмой день после операции, при снятии повязки, обнаруживали приживание трансплантатов и бурный рост эпителия как с краев раны, так и с трансплантатов.

В нашем материале при исследовании мазков с поверхности раны мы находили кокки и диплококки внутри и внеклеточно и лишь в в одном случае—единичные стрептококки. Приводим два интересных случая:

1. Больной А., 37 лет, поступил в Больницу 11/IX 38 г. с рваной раной правой голени травматического происхождения, площадью в 700 см², с отрывом всей кожи в виде чулка от лодыжки до колена. Пришитый лоскут кожи постепенно омертвел и отпал. Применялись влажно-высыхающие повязки с риванолеом. 26/IX 38 г. сделана попытка пересадки филатовского лоскута, которая не увенчалась успехом,—значительная часть лоскута некротизировалась. Самочувствие больного плохое. Температура доходила до 39°—40° и держалась на этой высоте целых 3¼ месяца. Аппетита у больного не было, от сильных болей он почти не спал. Гной выделялся в огромном количестве с резким гнилостным запахом. Несмотря на все терапевтические усилия улучшение не наступало. Больной резко истощился и ослабел. Длительное обильное гноеотделение угрожало больному амилоидным перерождением почек. По совету консультировавшего проф. Гусынина была сделана еще попытка кожной пластики по Тиршу, но приживление получилось крайне незначительное. Пришлось думать об ампутации конечности.

27/XI 38 г. местно применили белый сухой стрептоцид. Тонким слоем припудрена вся раневая поверхность и наложена сухая повязка. Впервые после 3½ месяцев больной спокойно заснул, боли прекратились. Температура к утру пала до нормы и уже больше не поднималась. Самочувствие больного резко улучшилось. Гнилостный запах исчез с первого же дня лечения стрептоцидом, и в течение семи дней рана совершенно очистилась. Можно было приступать к операции трансплантации по Тиршу, что и было сделано 10/1 1939 г. Все трансплантаты полностью прижили и вся раневая поверхность в 700 см² закрылась.

2. Больной Г., 42 лет, поступил 29/1 1939 г. с диагнозом: ожог III степени в области крестца, ягодиц, икроножных мышц обеих голеней и правого предплечья. Ожог с повреждением глубоких тканей, местами до костей. Мышцы ягодиц имели вид вареного мяса. Лечение путем припудривания сухим белым стрептоцидом поврежденной поверхности. В мазке с раневой поверхности—вульгарная микрофлора: кокки и диплококки. Стрептококков нет. После нескольких перевязок с краев раны наблюдался

обильный рост грануляций, а омертвевшие ткани отделились. Наступил быстрый процесс эпителизации. Частично сделана пересадка по Тиршу. Больной выздоровел.

Благотворное действие стрептоцида мы наблюдали при лечении гнойных ран конечностей, мастита, остеомиелита, флегмон, пиодермии и гнойного плеврита. Стрептоцид применялся нами также в виде эмульсий 1/4% на ol. camphorae или ol. vaselini. При лечении гнойных плевритов мы вводили стрептоцид в 1/4% эмульсии на ol. camphorae в полость плевры по 5—10 см³ через день. Температура падала и состояние больных улучшалось.

При трофических язвах и ожогах мы применяли комбинированный метод лечения: стрептоцид в сухом виде и в эмульсии и получали благоприятные результаты.

Применялся нами и красный стрептоцид, но так как он вызывал жгучие боли, беспокоил больных и не давал такого эффекта, как белый, то мы воздержались от его дальнейшего употребления.

Нужно сказать, что во всех наших случаях лечения белым стрептоцидом нами усиленно применялось комбинированное витаминное лечение отваром шиповника (15% per os), как вещества, содержащего в большом количестве витамин С.

Лечение белым стрептоцидом широко применяется у нас в амбулаторной практике (д-р Державец).

Выводы

1. Стрептоцид оказывает действие не только по отношению к стрептококку и стафилококку, но также и по отношению к другим видам гноеродных микробов.

2. Сухой белый стрептоцид является весьма ценным химиотерапевтическим и антисептическим средством при лечении гнойных ран и подготовке их для трансплантации по Тиршу.

3. Стрептоцид оказывает благотворное действие при ожогах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пребстин. Сов. хир., № 2, 1936.—2. Гельштейн. Терап. архив., XIV, 1936.—3. Киреев, Клин. мед., 10—11, 1937.—4. Соловов, Сов. мед., 13, 1938.—5. Найман, Сов. мед., 13, 1938.—6. Персианинов, Каз. мед. журнал, 8—9, 1938.—7. Юркевич, Клин. мед., 6, 1937.—8. Коган и Мелик, Клин. мед., 12, 1936.

Получила 7.V. 1939.

Г. Ф. НИКОЛАЕВ

Опыт обследования ампутированных

Из госпитальной хирургической клиники Архангельского государственного медицинского института (зав. проф. М. В. Алферов) и Архангельской ВТЭК

Несмотря на то, что ампутации конечностей были известны еще в глубокой древности, и в наше время интерес хирургов к ним не исчез. Современные методы протезирования увечных при хорошей опорной культе дают возможность в определенной мере возместить утраченную конечность. Однако обследование культей после ампутаций показывает, что имеется значительное количество культей, мало пригодных для целей протезирования. По мнению Нанайсек'а культя 1) должна быть как можно длиннее; 2) не должна быть конической формы; 3) язвы на коже должны отсутствовать; 4) ампутационный рубец должен быть подвижным, гладким, лежать вне опорной поверх-