

При удалении кровяного сгустка, однако, началось кровотечение и обнаружена рана, около 1 см длиной, на передней стенке правого предсердия, из которой с каждой систолой выбрасывается струя темной крови. Рана закрыта пальцем, а затем зашита двумя узловатыми швами из бумажной нитки. Линия шва погружена одним серо-серозным швом. Кровотечение остановилось. Полость перикарда осушена и зашита наглухо. После этого наложены швы на рану легкого, осушена полость плевры (благодаря плевральным спайкам пневмоторакс был не велик), в нее введен кончик пелатоновского катетера, и после зашита рана грудной клетки. Через оставленный в плевре катетер при помощи Жанстевского шприца удален воздух из плевры, и вслед затем катетер извлечен из раны.

В послеоперационном периоде были повышены температуры до 38°, боли в области сердца, шум треска перикарда до 10-го дня и пневмония в нижней доле левого легкого. Терапия: морфий под кожу в течение первых трех дней, хинин и стрептоцид внутрь. Рана зажила первичным натяжением. Пневмония и перикардит благополучно разрешились и большой 31/VIII был выписан. При выписке — пульс хорошего наполнения и напряжения, тоны сердца чисты, болей нет. 5/X I-в был помещен в факультетскую терапевтическую клинику в Перми для исследования сердца. Клиника дала следующее заключение: „органических заболеваний со стороны клапанного аппарата сердца нет. Функционально сердце вполне работоспособно. Имеются перикардальные спайки, ограничивающие подвижность сердца (подвижность около 2 см)“. Весной 1939 г. Г-в исполняет прежнюю работу. Никаких жалоб не предъявляет: „как будто никогда и не был ранен в сердце“.

Поступила 20.VI 1939.

С. И. ВОРОНЧИХИН

Наружное применение крови при лечении ожогов

(Предварительное сообщение)

Из факультетской хирургической клиники Ижевского мединститута (директор проф. С. А. Флеров)

Вопросу об ожогах в последнее время уделяется исключительное внимание. Достаточно указать на VI Всеукраинский (1936) и 24 Всесоюзный съезды хирургов (1938), где ожоги были программными темами.

Стремление унифицировать классификацию и методы лечения ожогов еще не увенчалось успехом. Многочисленные способы терапии в основном сводятся к открытому, закрытому и комбинированному методу с одновременной борьбой с шоком, интоксикацией и инфекцией.

Открытый метод есть крупный шаг вперед в лечении ожогов; им предпочтительно пользуется большинство хирургов, получая лучшие результаты по сравнению с закрытым.

Применение различных антисептических, дубящих, коагулирующих веществ сопровождается образованием струпа на обожженной поверхности, под которым идет эпителизация раны. Наличие струпа-корки, временно заменяющей отсутствующий эпителий, придает важное значение; струп, образованный свертыванием белков обожженной ткани коагулирующими растворами, связывает токсины. Струп — защитный покров травмированной ткани, препятствует плазморрее, а следовательно и сгущению крови в организме пострадавшего и, наконец, струп предохраняет от проникновения инфекции в раневую поверхность.

Преимущество открытого способа перед мазевыми повязками выявлено и на материале наших клиник, разработанном асс. Шипулиным. До 1934 г. пользование мазевыми повязками дало на 1 больного в среднем 20,3 койко-дня, а открытый метод, применяемый после 1934 г., на 250 больных дал в среднем 13,6 дня со смертностью в 8,5%. Причем на 150 больных применялся 5% раствор марганцовокислого калия, а на 100 больных — рыбий жир с последующим согреванием электролампами.

Наиболее употребительные вещества: таннин, ляпис (способ Бетмена), марганцовокислый калий различной концентрации, пары иода, сулема, анилиновые краски и многие другие — не удовлетворяют полностью требованиям современной терапии ожогов.

Биологический метод, применяемый нами, лишен этого недостатка. В замену химических веществ обожженную поверхность мы смазываем кровью. Из крови образуется сухой покров-струп, под которым протекает заживление раны.

Небезызвестно всем, даже не врачам, что небольшие бытовые ранки на пальцах, кисти, лице быстро и без осложнений заживают под струпом из крови.

Наш небольшой опыт лечения кровью подтверждает, что и при ожогах заживление под струпом идет без рубцов, за исключением глубоких ожогов.

Иллюстрацией может служить история болезни мальчика 9 лет, поступившего в клинику 5/II 1939 г. с ожогом 2-й степени правой ягодицы и частично бедра. Ожог получился от кипятка. После 2-кратного смазывания кровью эпителизация началась на 6-й день, и 15/II, т. е. через 10 дней, мальчик выписался домой с полной эпителизацией раневой поверхности.

Техника обработки раневой поверхности проста. Обожженная поверхность и кожа в окружности поливается алкоголем. Осторожно и тщательно снимается отслоившийся эпидермис. Важно удалить и мелкие лоскутки его, а также инородные вещества, например, вазелин и др., нанесенные на рану в амбулатории; в противном случае они будут служить прослойкой, мешающей связи крови с раневой поверхностью. Обожженная рана высушивается путем впитывания жидкости в марлевую салфетку, но отнюдь не распираем.

Из локтевой вены больного берется кровь 10—20-граммовым шприцем и немедленно каплями наносится на обожженную поверхность. Помощник ватной палочкой распределяет ее на ране равномерным слоем. В наших случаях крови уходило от 20 до 50 см³ в зависимости от величины раневой площади. В среднем на 10 см² достаточно 1,5 см³ крови. По истечении 40—60 минут кровь высыхает, оставляя тонкий лаковый покров густовишневого цвета. Для ускорения высыхания пользуемся электрокибиткой и аппаратом „Фен“. Процедура смазывания протекает совершенно безболезненно, так как теплая кровь не причиняет болевых ощущений. Наблюдения показали, что дети, плачущие перед обработкой раны, успокаиваются в процессе смазывания.

Априорно можно предположить, что наружное применение крови способствует борьбе с шоковым состоянием больного. Иллюстрацией к сказанному служит история болезни (№ 56) девочки, 10 лет, получившей обширный ожог всего туловища и проксимальных концов конечностей, которая сравнительно легко вышла из шокового состояния после применения нашего метода.

Если взрослым в качестве первого слоя мы наносили собственную кровь больных, то для детей до 10 лет брали материнскую, исходя из таких соображений: 1) свежая кровь быстрее высыхает, 2) гарантирована стерильность ее (используется ex tempore), 3) учитывается психический момент. Последующие смазывания проводили подогретой цитратной кровью.

При условии соблюдения общих правил допустимо, что для наружного употребления будет пригодна и так называемая утильная кровь, т. е. кровь родильниц, оперируемых больных, трупная и животных. В последнее время мы применяли при повторных смазываниях одну эритроцитную массу цитратной крови. Она быстро высыхает, образуя прекрасную корку. Отделенная плазма может быть использована для переливания тяжелым больным с целью разжижения сгущенной крови пострадавших.

Применение биологического метода показано в свежих, неинфицированных случаях ожогов I и II степени.

При наличии инфекции отделяющийся гной отслаивает кровяную корку очажками, поэтому приходится почти ежедневно наносить новые порции крови. Конечный результат получали хороший и в инфицированных случаях.

Лечению методом смазывания кровью подвергнуто 12 больных с ожогами термического происхождения. Впечатление получено ободряющее во всех случаях.

Выводов никаких не делаем; для этого необходим большой материал, опыт и длительное наблюдение. Настоящее сообщение носит предварительный характер в порядке постановки работы.

Поступила 23. V. 1939.