

септикопиемия—1 сл. В 5 случаях с ожогами III степени пришлось прибегнуть к пересадке кожи на гранулирующую поверхность по способу Тирша и Девиса; результаты были благоприятны.

Средняя продолжительность пребывания больного на койке с ожогом II степени 12,5 суток, II и III степени с неглубокими некрозами—29 суток и III степени с некрозом глубоких тканей (мышц и костей)—75 суток.

При лечении гипсом мы получили хорошие результаты при свежих ожогах I, II и III степени с неглубокими некрозами.

На основании наших немногочисленных наблюдений мы приходим к следующим выводам:

1 Местное лечение свежих ожогов конечностей гипсовой циркулярной повязкой надо считать наиболее рациональным способом как в мирной, так и особенно в военной обстановке.

2. Гипсовая циркулярная повязка на обожженную поверхность устраняет боль, высушивает рану ожога благодаря гигроскопичности гипса, предохраняет от случайной травмы, от вторичной инфекции и ускоряет процесс заживления.

3. Транспортировка пострадавшего от ожога в гипсовой повязке наиболее безопасна.

4. Местное лечение свежих ожогов II степени гипсовыми присыпками вполне приемлемо в случаях ожога груди, живота, шеи, лица и головы у детей младшего возраста, стариков и страдающих заболеванием дыхательных органов.

5. Лечение гипсовыми циркулярными повязками и присыпкой жженым гипсом возможно и при ожогах кислотами.

6. Наиболее эффективные результаты лечения гипсом наблюдались при свежих ожогах II степени.

г. Сарапул, Удм. АССР.
ул. Ефима Колчина, 70.

В. А. ПАЛЬМОВ

Лечение ожогов в амбулаторной обстановке

Сталинский травматологический пункт, г. Горький

Несмотря на большое количество работ, посвященных лечению ожогов, до настоящего времени нет еще ясности в этом вопросе.

Среди множества способов лечения ожогов наибольшей популярностью пользуется метод открытого лечения с применением марганцовокислого калия или танина (Бетмен, Давидсон). В амбулаторной обстановке открытый способ мало применим (опасность инфекции!) и здесь приходится применять лечение под повязками.

Для этой цели предложено очень много средств: смазывание бриллиантовой зеленью, свинцовые примочки, коагуляция 5% хлористым железом, витадерм. Клиникой проф. Краснобаева в 1934 г. предложено лечение ожогов меловой повязкой (Постников, Тарновская). Проф. Зено предложил для этой цели гипсовую повязку, в 1934 г. Лэр получил прекрасные результаты при лечении ран рыбьим

жиром. Вскоре этот метод был перенесен и на лечение ожогов (Кочергин, Иост, Мочалов).

Авторы и сторонники каждого из существующих способов видят в них ряд преимуществ, на основании которых и ставят показания к их применению.

В целях выяснения эффективности отдельных способов лечения ожогов в амбулаторной практике мы воспользовались материалом травматологического пункта.

За 1937 и 1938 гг. травматологический пункт имел 990 больных с ожогами всех трех степеней. Из них мужчин было 560 (57,7%), женщин 430 (42,3%).

По возрасту: до 9 лет — 124, 10—19 л. — 148, 20—29 л. — 348, 30—39 л. — 220, 40—49 л. — 87, 50—59 л. — 47, старше 60 лет — 24 чел.

Больные в возрасте от 20 до 40 лет составляют 57,3%, дети — 12,5%. Производственная травма наблюдалась в 481 сл. — 49,6%, бытовая травма в 509 сл. — 51,4%. Большинство больных получило ожоги от кипятка, горячей пищи, горячего металла.

Термические ожоги были преимущественно I и II степени и заживление заканчивалось в среднем в 10—16 дней. Ожоги III степени наблюдались большей частью от горячего металла, электричества и кислот. Быстрота заживления химических ожогов зависит от правильно оказанной первой помощи и в среднем равна 11—16 дням.

Ожоги пламенем были наиболее тяжелыми и относились к III степени, так как глубоко поражали ткани. Они труднее всего поддавались заживлению.

По глубине поражения случаи относились преимущественно к поражению II степени. Комбинированные ожоги составляли у нас незначительное количество, и мы их большей частью оценивали по высшей степени ожога.

В сводном виде наш материал распределяется так: ожоги I степени — 81 сл. (9%), II степени — 835 (84,5%), III степени — 51 (4,2%), комбиниров. — 23 сл. (2,3%).

По степени распространения ожоги были ограниченные, с небольшой зоной повреждения, не больше 15% по таблице Беркоу, например: передняя поверхность голени, предплечье и кисть, тыльная поверхность стопы и т. д. Ожоги с поражением кожной поверхности больше $\frac{1}{3}$ были у 47 человек; все они после оказания им первой помощи направлены в больницу.

Лечение ожогов производилось у нас несколькими способами. Главным образом применялся 5% марганцовокислый калий с повязками, в ряде случаев мы пользовались рыбьим жиром, гипсовыми повязками по проф. Зено; часть больных (с ожогами на лице) лечилась открытым способом.

Табл. 1.

Способ лечения	Колич. случ.	в том числе ожогов		
		I степ.	II степ.	III степ.
1. Открытый способ	86	25	61	—
2. Повязка с марганцовокислым калием	705	44	632	29
3. Гипсовая повязка	82	—	75	7
4. Рыбий жир	94	—	79	15
5. Вазелин. повязка	23	12	11	—

Больные поступали к нам или непосредственно с места травмы без оказания какой-либо помощи или после предварительной обработки на здравпунктах или в скорой помощи. При наличии повязок, последняя снималась, кожа в окружности места ожога протиралась спиртом или $\frac{1}{2}\%$ раствором нашатырного спирта. До 1938 г. пузыри надрезались, с 1938 года пузыри, слущенный эпидермис, полностью удалялись и только после этого накладывалась повязка.

Результаты лечения ожогов мы оценивали по продолжительности течения и по количеству нагноений, наблюдавшихся нами при тех или иных методах лечения. По поводу процента нагноений необходимо оговориться, что он в большинстве случаев зависел от количества ожогов 3 степени, а поэтому перед нами встала необходимость выявить не только процент нагноения, но и указать количество ожогов по степеням. Продолжительность заболевания при разных методах лечения нами представлена на таблице 2.

Таблица 2

Способ лечения	Колич. случ.	Средняя продолжит. забол.	1 степ.		2 степ.		3 степ.	
			к-во случ.	средн. прод. забол.	к-во случ.	средн. прод. забол.	к-во случ.	средн. прод. забол.
1. Открытый способ . . .	86	7,2	25	5,3	61	6,2	—	—
2. Повязка с марганцово-кисл. калием	705	12,0	44	7,0	632	12,7	29	27,8
3. Гипсовая повязка . . .	82	15,8	—	—	75	14,6	7	26,9
4. Мазевая повязка . . .	23	9,2	12	4,7	11	11,1	—	—
5. Рыбий жир	94	10,0	—	—	79	9,2	15	15,4

На следующей таблице видно, как часто тот или другой способ лечения сопровождается нагноением с учетом и степени ожога.

Таблица 3.

Способ лечения	Гладк. зажив-ление	Число нагноений	о/о случ. нагн.	1 степень		2 степень		3 степень	
				гладк. зажив.	о/о нагн.	гладк. зажив.	о/о нагн.	гладк. зажив.	о/о нагн.
Открытый способ	81	5	5,8	25	—	56	5	—	—
Повяз. с марганц	602	103	14,6	44	—	538	74	—	29
Гипсов. повязка	71	11	13,4	—	—	71	4	—	7
Мазев. повязка	22	1	4,0	12	—	10	1	—	—
Рыбий жир	78	16	16,8	—	—	78	1	—	15

Итак, наибольший эффект мы получили при открытом способе лечения ожогов смазыванием 5% раствором марганцовокислого калия. Достоинства этого способа подробно описаны в многочисленной литературе (Гориневская, Бетман, Элькин, Мочалов, Джанелидзе и др.)

Из способов под повязкой наилучшие результаты получены применением рыбьего жира — смоченные в нем салфетки накладывались на место ожога. Хорошее действие рыбьего жира сказывалось тут же — устранялись болевые ощущения, общее самочувствие улучшалось. При ожогах 2 степени быстро наступала эпителизация, новых пузырей не появлялось. При ожогах 3 степени некротические участки в течение первых 4—5 дней отторгались с образованием хороших грануляций и последующей гладкой эпителизацией. Большой

процент нагноений при этом способе по нашему материалу объясняется тем, что мы повязки с рыбьим жиром применяли преимущественно при ожогах 3 степени. При ожогах 2 степени нагноение отмечалось реже, чем при других способах.

Марганцовокислый калий мы применяли двояким способом — или путем накладывания смоченных в 5% растворе салфеток, или смазыванием места ожога этим раствором; после высыхания, с образованием корки, накладывали асептическую повязку. Разницы в сроках заживления мы не заметили.

Необходимо указать, что болевые ощущения при смазывании значительно меньше, чем при наложении салфеток. Наш материал показывает, что марганцовокислый калий дает хорошие результаты при ожогах 1 и 2 степени, пока инфекция не проникла под корки. Корки марганцовокислого калия очень сухие и быстро трескаются, особенно при наличии гноя. В этих случаях приходится применять мази.

Основным недостатком марганцовокислого калия является сильная болезненность при его применении, вследствие чего приходится прибегать к препаратам морфия.

Средняя продолжительность заболевания у нас не превышает сроков, приводимых другими авторами. По Мочалову в среднем 13 дней, у Стручкова 18 дней, у Постникова 10,4 дня. На нашем материале средняя продолжительность заболевания равна 12 дням. Все зависит преимущественно от степени ожога; чем больше ожогов 3 степени, тем сравнительно больше и продолжительность заболевания и увеличивается процент нагноения. Нагноение на нашем материале дает средние величины — 14,6% и не превышает данных других авторов при применении танина (Бетмен, Мак-Клур и Аллен, Гориневская и др.)

В 1935 г. проф. Зено предложил лечить ожоги гипсовой повязкой. По словам автора она сильно подкупает как простотой применения, удобством при транспортировке, так и хорошими результатами, особенно при лечении ожогов в области суставов. Мы стали применять гипсовую повязку с 1938 г., точно соблюдая технику автора. Этим способом мы провели 82 больных, из них: 71 чел. с ожогами 2 степени и 7 чел. с ожогами 3 степени. Во всех случаях мы получили вполне удовлетворительные результаты.

При накладывании гипса имевшиеся болевые ощущения и чувство жара быстро проходили. По мере высыхания гипсовой повязки болевые ощущения вновь появлялись, но не в столь сильной степени и на сравнительно короткий срок (2-3 часа). Как правило, смену гипсовой повязки мы производили на 5-6-й день. Приходилось менять 2-3 гипсовые повязки до полного излечения. При ожогах 3 степени, а также при наличии инфекции гипсовые повязки приходилось менять чаще, так как гной и боли сильно беспокоили больных. Во всех случаях при смене гипса обожженные участки представляли собой чистую раневую поверхность с небольшим отеком в окружности места ожога. Гнойные массы находились на самом гипсе, и последний частично был ими пропитан. Как при ожогах 2 степени, так и при ожогах 3 степени мы получали хорошую гладкую эпителизацию, ни рубцовых контрактур, ни келоидов нам отметить при этом способе не удалось. На месте ожога наблюдалась пигментация, которая держалась до одного месяца. Гипсовые повязки, по нашему мнению, целесообразно применять при ожогах конечностей и у детей, так как такую повязку ребенок не снимет и, ввиду хорошей гигроско-

пичности гипса, все загрязнения (моча) всасываются повязкой и не доходят до раневой поверхности.

При ожогах I—II степени также применялись повязки с мазями: вазелин, ксероформенная мазь и др. в стерилизованном виде под повязками, получаемые результаты вполне нас удовлетворяют.

Выводы

1) Применяя различные способы лечения ожогов в условиях амбулаторной работы мы получили наилучшие результаты от рыбьего жира.

2) Из других способов лечения ожогов в амбулаторной обстановке широко применялся 5% раствор марганцовокислого калия. Этот способ за последние годы стал вытесняться другими средствами: рыбьим жиром, меловой повязкой (Постников, Джанелидзе, Иост, Кочергин).

3) Гипсовые повязки нами применялись с успехом при ожогах 2 степени, особенно у детей и у взрослых при ожогах конечностей. Особое значение этот способ приобретает при транспортировке пострадавших. Никаких осложнений мы при этом способе не наблюдали.

г. Горький, Короткий пер., д. № 11, кв. 1.

Б. М. ЯРОСЛАВЦЕВ

Обслуживание больных и раненых при транспортировке на самолетах

Из станции воздушной скорой помощи НКЗ Узбекской ССР (глав-врач А. П. Ки-
ваев).

В нашу жизнь прочно вошел новый вид транспорта — авиатранспорт, с которым не может соперничать ни один из видов наземного транспорта как по удобству, так и по скорости. Авиатранспорт играет и будет играть во время войны значительную роль. Бурденко отмечает, что вопрос эвакуации больных и раненых на самолетах как в смысле положения больного, влияния на него различных скоростей полета и высоты, а также специфического метода индивидуального ухода, почти разрешен. Специфичность работы в авиатранспорте требует особой подготовки т. наз. бортсестер и бортфельдшеров.

Наша Узбекистанская станция воздушной скорой помощи имеет в своем штате несколько работников среднего медперсонала, которые имеют уже некоторый опыт по уходу за больными при воздушных транспортировках. За 1938 год ими транспортировано 50 больных с разнообразными заболеваниями как терапевтического, так и хирургического характера, подчас с тяжелыми травмами (переломы таза, позвоночника, перелом оснований черепа, ожоги и т. д.); за 1939 г. количество больных увеличилось до 85 чел. (кроме того, некоторые больные эвакуировались врачами).

Кроме личных качеств средний медперсонал должен иметь подготовку к специфическому уходу за больными и ранеными, транспор-