

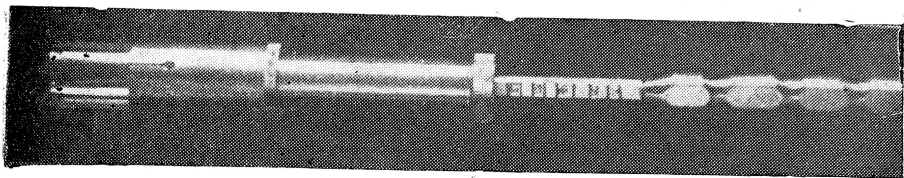
Динамическое наблюдение за системой свертывания крови во время оперативного вмешательства позволяет своевременно выявить характер нарушения гемокоагуляции и определить рациональную патогенетическую терапию и профилактику как тромботических, так и геморрагических осложнений.

УДК 616—001.17

З. Е. Матусис, В. А. Куприянов (Горький). Метод определения бактериальной обсемененности гранулирующих ран ожоговых больных

Единственным патогенетическим способом лечения ожоговых гранулирующих ран является кожная аутопластика, результат которой во многом зависит от бактериальной обсемененности. В связи с этим большое значение имеет местная антибактериальная терапия глубоких ожогов, цель которой состоит в максимальном уменьшении количества вегетирующей в ранах микрофлоры. Применяемый в настоящее время большинством исследователей метод контроля бактериальной обсемененности ран по М. Н. Фишеру — Г. Г. Ключаревой (1946) имеет некоторые недостатки и, в частности, не позволяет точно определить количество микроорганизмов на единице площади раны.

Нами разработан метод определения количественного состава микрофлоры гранулирующих ран, который заключается в следующем. В специально сконструированный прибор (см. рис.) вмонтирована пружина и флакончик из-под антибиотиков, площадь



дна которого равна 3 см^2 . Прибор позволяет при дозируемом давлении (что очень важно) отбирать отпечатки для посева с единицы площади раневой поверхности. Отобранный таким образом материал до обработки раны антибактериальными препаратами смывают 10 мл физиологического раствора, тщательно размешивают, затем 1 мл полученной микробной взвеси распределяют по дну чашки Петри и заливают кровяным агаром. После 24-часового термостатирования на чашках производят подсчет числа колоний при помощи аппарата МРТУ 522401-64 с последующим пересчетом на 1 см^2 раневой поверхности. Когда бактериальная обсемененность ран в результате местного лечения уменьшается, раневой отпечаток смывают 1 мл физиологического раствора. В случае присутствия в ране протей (в монокультуре или в ассоциации), дающего при посеве на простой агар ползучий рост, применяем спиртовой кровяной агар, на котором протей растет в виде изолированных колоний, и в то же время растет вся гноеродная микрофлора (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка).

Проведенными по вышеуказанному методу исследованиями у 14 ожоговых больных, поступивших на лечение в Горьковский институт травматологии и ортопедии в стадии септикотоксемии, установлена обильная бактериальная обсемененность ран: от 1500 до 7000 колоний микроорганизмов на 1 см^2 . В результате антибактериального лечения количество вегетирующей микрофлоры снижалось до десятков колоний на 1 см^2 .

Кроме этого, на основе данного метода мы осуществляли индивидуальный подбор препаратов для местного применения. На разные участки раневой поверхности, желательного симметрично расположенные (в одинаковых условиях васкуляризации), накладывали салфетки с различными антисептическими растворами: фурациллином, риванолом, йодинолом, цетилпиридинийхлоридом и т. п. В процессе такого лечения в течение 3—5 дней нами контролировалось число колоний на каждом из этих участков раны. Мы выявляли наиболее эффективный для данного больного антисептик и дальнейшее лечение проводили этим препаратом.

Такое целенаправленное местное лечение гранулирующих ран нами проведено у 17 ожоговых больных, которым произведено 23 аутодермопластики и получено хорошее (на 80—100%) приживление лоскутов.

УДК 616.717—616.71—001.5

З. А. Зарипов (Зеленодольск). Иходы лечения открытых переломов верхних конечностей в районной больнице

Открытые переломы костей верхних конечностей (плеча и предплечья) отличаются рядом особенностей течения и лечения.

По нашим данным, удельный вес переломов плеча и предплечья среди открытых переломов всех локализаций составил соответственно 7 и 18,6%, а по отношению к

общему количеству переломов данной локализации открытые переломы плеча составили 8,1%, переломы предплечья — 2,02%.

В Зеленодольской районной больнице с января 1963 г. по июнь 1971 г. находилось на лечении 33 больных (20 мужчин и 13 женщин) с открытым переломом плеча и предплечья (у 1 больной открытый перелом плеча сочетался с открытым переломом предплечья). Большинство пострадавших (22) было в возрасте от 20 до 49 лет.

Открытые переломы плеча были у 9, предплечья — у 25 больных; огнестрельные переломы зарегистрированы у 2; производственные травмы — у 12, транспортные — у 8, бытовые — у 5 и прочие — у 8.

Повреждения характеризовались значительной тяжестью: раны размером до 2 см были лишь у 4 человек, до 10 см — у 15 и обширные разможенные раны — у 14. У каждого третьего пострадавшего переломы сочетались с повреждениями других конечностей и органов.

Исходы лечения рассмотрены нами в зависимости от методов лечения ран и переломов. У 1 больной рана не была обработана. У 25 больных произведена хирургическая обработка раны с наложением глухого шва на кожу. У 2 пострадавших с обширными ранами после хирургической обработки рана не была зашита. 2 больным произведена ампутация по первичным показаниям. 3 больных после хирургической обработки ран эвакуированы на лечение в институт травматологии.

Основным методом лечения открытых переломов плеча и предплечья в условиях нашей больницы был иммобилизационный: при переломе без смещения гипсовая повязка наложена 5 пострадавшим, после одномоментной репозиции отломков — 10 и без репозиции отломков — 5 пострадавшим. Последнее связано с тем, что общее тяжелое состояние больных не позволяло произвести репозицию.

Скелетное вытяжение осуществлено у 2 больных. Первичный остеосинтез с помощью металлических конструкций применен у 3 и сшивание отломков кетгутом или капроном — у 3 больных.

2 из 5 больных, которым была наложена гипсовая повязка без репозиции отломков, после заживления раны произведен отсроченный остеосинтез.

1 больному с огнестрельным ранением предплечья пришлось сделать ампутацию по вторичным показаниям.

Осложнения возникли у 9 больных. У 2 чел. образовался ложный сустав (у 1 с чрезнадмышечковым переломом плеча, сочетавшимся с переломом свода черепа и костей кисти, и у 1 с косым переломом локтевой кости с незначительным смещением отломков); у 2 наступило вторичное смещение отломков (у больной 71 года с многооскольчатым внутрисуставным переломом нижней трети обеих костей предплечья и у больного с косым переломом нижней трети лучевой кости, которому было произведено сшивание отломков кетгутом); у 3 развился остеомиелит (у 2 с открытым переломом предплечья с разможением тканей и у 1 с переломом средней трети обеих костей предплечья, обширной рваной раной и повреждением мышц и срединного нерва); у 2 больных с огнестрельным переломом плеча и предплечья нагноилась рана.

Сравнивая зависимость осложнений от способов лечения, мы выявили, что у одного больного ложный сустав развился в результате некавалифицированной первичной хирургической помощи, а у другого — из-за допущения ошибок в процессе лечения. В последнем случае часто и необоснованно меняли гипсовую повязку и назначали малые дозы антибиотиков без учета чувствительности к ним микрофлоры.

Вторичное смещение отломков у одного больного было связано с неправильным выбором способа фиксации костных отломков (сшивание кетгутом отломков лучевой кости с косой линией перелома), у другого — с тяжестью повреждения (многооскольчатый внутрисуставной перелом нижней трети предплечья).

Остеомиелит у 2 больных развился вследствие некавалифицированной хирургической обработки раны: наложение швов с натяжением кожи и без полного иссечения нежизнеспособных тканей у больного с открытым внутрисуставным переломом верхней трети локтевой кости, сочетавшимся с травматическим отчленением голени, и у больной с открытым переломом обеих костей предплечья. К тому же у второй больной был применен неправильный метод лечения перелома (произведен первичный остеосинтез локтевой кости гетеротрансплантатом и остеосинтез лучевой кости спицей). У 3-й больной была тяжелая производственная травма: открытый перелом средней трети обеих костей предплечья с разможением мягких тканей и повреждением срединного нерва.

Глубокое нагноение раны было следствием тяжести повреждений (огнестрельные переломы плеча и предплечья дробью).

Осложнения отразились на отдаленных результатах лечения. Хороший анатомо-функциональный исход получен у 15 чел., удовлетворительный — у 3 и плохой — у 6 (в том числе у 3 больных, которым произведена ампутация конечностей по первичным и вторичным показаниям). У 5 чел. результаты неизвестны. 3 больных эвакуированы на лечение в Казань. 1 больная умерла.

Трудоспособность восстановлена у 17 чел., определена инвалидность у 7.

Таким образом, хотя открытые переломы верхних конечностей отличаются тяжестью и сложностью, анализ выявляет резерв возможностей улучшения эффективности лечения: это повышение квалификации и ответственности хирургов районных больниц.