

Наблюдения из практики и краткие сообщения

В. А. СПЕКТОР

О лечении инфицированных ран и язв концентратом витамина С

из факультетской хирургической клиники Саратовского медицинского института
(директор клиники заслуженный деятель науки профессор С. Р. Миротворцев)

Развитие витаминологии за последнее время помогло медицине разрешить целый ряд актуальных вопросов клиники. Она внесла ясность в вопросы профилактики, генеза и терапии многообразных патологических процессов, связанных с авитаминозом, научила распознавать его латентные формы. При гипоавитаминозах и авитаминозах плохо идет регенерация тканей и заживление ран (Л. А. Черкесс).

Снежков отмечает явно стимулирующее действие апельсинового сока на рост изолированной культуры соединительной ткани, что совпадает и с клиническими наблюдениями. Применением внутрь лимонного сока Узбеков достигал быстрого выздоровления больных, страдающих длительно незаживающими ранами. Эффект этой терапии автор объясняет устранением как общего, так и местного авитаминоза в зоне повреждения.

Известно, что витамины не синтезируются в организме, а вводятся извне. При раневых и воспалительных процессах возможно нарушение обмена веществ в тканях, а это, повидимому, нарушает распределение витаминов в зоне повреждения. Больные клетки получают их меньше, чем нужно для регенерации тканей. Следовательно, существует местный авитаминоз (Руфанов). Витамин при лечении ран применяла одесская клиника, руководимая проф. Н. Н. Соколовым, который в 1936 г. предложил для этой цели помидорный и апельсиновый соки, богатые витаминами А, В, С. Показанием для их применения являются 3-я и 4-я фазы раневого процесса, по классификации Н. Н. Соколова, или 2-я фаза по классификации проф. Руфанова.

Бровер и Скульский указанными соками проводили лечение длительно незаживающих язв и инфицированных ран в амбулаторных условиях. При этом они отмечали, что гнойное отделяемое ран уменьшалось, грануляции оживали и быстро заполняли тканевой дефект с последующей эпителизацией. По сравнению с контрольным лечением (гидроаналом, гипертоническим раствором и др.) процесс заживления при лечении соками ускорялся почти в два раза. Их методика приготовления и применения соков заключалась в обеззараживании зрелых и незрелых плодов в сулеме 1:500, а затем асептичным отжимом сока или извлечении пульпы. Ежедневно или через день про-

изготавливались перевязки: на раны или язвы больных прикладывались салфетки, смоченные соком или кусочки пульпы плода. При этом больными отмечалось ощущение жжения в ране. Не остались без внимания соки и таких овощей, как лук, чеснок, морковь, картофель, которые издавна применяются населением с лечебной целью.

Имея в виду, что наличие свежих фруктов и овощей находится в зависимости от географических условий и времени года, кроме того содержание витаминов в овощах и фруктах резко колеблется от многих причин (сорт, хранение и др.), мы обратились к имеющимся концентратам.

Таковым является концентрат витамина С, который можно найти в любой аптеке. Последний изготавливается заводским способом из шиповника в виде жидкости темно-коричневого цвета и с легким запахом шиповника. Бактериологическая проверка на стерильность этого концентрата не дала роста патогенных микроорганизмов. Эмпирически мы остановились на разведении концентрата вит. С 1:10 в физиологическом растворе, получив полупрозрачную жидкость желтого цвета без запаха.

Объектом применения раствора витамина С мы избрали длительно не заживающие язвы, главным образом, нижних конечностей и вяло гранулирующие инфицированные раны. Методика заключалась в следующем: для избежания мацерации кожи вокруг зоны повреждения она покрывалась цинковой пастой. На язвы или рану рыхло укладывались марлевые салфетки, обильно смоченные раствором витамина С. Сверху они прикрывались восчанкой для удержания раствора в ране и затем накладывалась марле-ватная повязка. В случаях обильного отделяемого из ран восчанка не употреблялась. Перевязки производились ежедневно или через день.

Мы могли наблюдать, как длительно не заживающие язвы с гнойно-грязными налетами, мелкозернистыми, безжизненными грануляциями после 3—4 перевязок начинали оживать, очищались от налета; грануляции становились сочными, розовыми, принимая здоровый вид. При применении раствора витамина С каких-либо неприятных ощущений у больных не отмечалось. В период лечения наши больные не придерживались строгого режима покоя. Для иллюстрации результатов проведенной терапии указанным раствором, мы считаем не безынтересным привести истории болезней.

Шт. Б. И. (история болезни № 5013). 66 лет, парикмахер, поступил 25/XII 38 г. в фак. хирург клинику по поводу длительно не заживающих язв обеих голеней. Работая парикмахером чуть ли не с детского возраста, больной получил варикозно-расширение вен голеней, на почве чего образовались язвы. 20 лет тому назад, после перенесенной операции по поводу варикоза голеней, язвы зажили, а затем вновь появились и не поддавались лечению в течение 15 лет. Это заставило больного обратиться в нашу клинику.

Анамнез: венерические болезни и туберкулез как у себя, так и у родственников отрицает. Из перенесенных болезней помнит лишь сыпной тиф в 18-летнем возрасте.

Больной среднего роста, пикнического сложения, хорошей упитанности. Внутренние органы без особенностей. На обеих голенях выражены мелкие, множественные узлы расширенных вен. Кожа в дистальной трети голеней склерозирована и багрово-синюшной окраски. По передней поверхности левой голени расположены 2 язвы с неровным дном и подрывными краями. Покрывают они гнойно-грязным налетом с небольшим зловонным отделяемым. Одна язва размерами $7 \times 6 \times 0,5$ см, другая — $6 \times 4 \times 0,5$ см. На правой голени имеются подобные же 2 язвы, но значительно меньших размеров — $1 \times 1 \times 0,3$ см. Реакция Вассермана — отрицательная.

26/XII 38 г. начато лечение. Кожа около язв покрывалась цинковой пастой и ежедневно производились перевязки с раствором витамина С. Через 4 перевязки налет с

язв исчез, отделяемое резко уменьшилось, запах пропал. Начали разрастаться грануляции, а с периферии, в виде фиолетового ободка, шла эпителизация. 13/I 39 г., т. е. через 18 дней, наступило заживление язв правой голени, а 2/II-39 г., т. е. через 37 дней, зажили язвы левой голени. Таким образом, язвы, которые существовали у больного 15 лет, зажили при нашем лечении в 5 недель.

Маз. Н. Ф., ист. бол. № 436, 46 лет, колхозник, поступил в фак. хирург. клинику 19/X-38 г. с открытым повреждением правого локтевого сустава, осложненным септико-пиемией. 7/X 38 г., работая по мельнице, больной по неосторожности попал в приводной ремень и был прижат к шкиву. В результате получил перелом ребер и открытое повреждение правого локтевого сустава. С 7/X 38 г. лечился в районной больнице, а затем был переведен в нашу клинику.

Анамнез. Наследственность здоровая. Из перенесенных болезней отмечает лишь сыпной тиф 1920 г. Больной правильного телосложения. Удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледны. Внутренние органы без особых изменений. Пульс 119 в минуту, удовлетворительного наполнения. Вся правая рука отечна. Кожа области локтевого сустава гиперемирована. Правосторонние подмышечные лимфатические железы увеличены. На наружно-передней поверхности правого локтевого сустава имеется рана размерами 10×8 см, в виде неглубокого четырехугольника, в которой видны обнаженные суставные концы костей плеча и предплечья. Местами они лишены хрящевого покрова и частично размяты. Рана имеет пышные, кровоточащие грануляции и обильное гнойное отделяемое, в котором бактериологически обнаружены золотистый стафилококк и вульгарный протей.

Исследование крови: лейкоцитоз 12000, гемоглобин 65%, РОЭ — 56 мм в час. Моча — норма. На рентгенограмме правого локтевого сустава виден клиновидный дефект в надмышечковой области плечевой кости. Вывих головки лучевой кости со смещением кзади. Контуры мягких тканей нарушены и в их тени отмечается наличие воздуха. На пораженную конечность больного была наложена мостовидная гипсовая повязка. Для борьбы с общей инфекцией больному внутривенно вводился 40% раствор уротропина, а на рану ежедневно применялась сухая, рыхлая асептическая повязка.

В течение 5 недель рана хорошо заполнялась грануляциями и гнойное отделяемое резко уменьшилось. От первоначальных ее размеров осталась $\frac{1}{3}$ раневой поверхности, но на этом заживление ее и остановилось. Применение стерильного вазелинового масла, рыбьего жира оказалось безуспешным. 2/XII-38 г. начато лечение раствором концентрата витамина С. Через несколько перевязок грануляции раны ожили и вновь стали заполнять ее с последующей эпителизацией. Через 34 дня наступило заживление раны, и больной выписан домой в хорошем состоянии.

Поступила 9. V. 1939.