

# ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

З. А. Зарипов

Уруссинская райбольница ТАССР (и. о. главврача — Ф. Г. Гильмуллин)

Лечение ожоговой болезни занимает важное место в работе хирурга районной больницы.

За период с января 1957 г. по июль 1961 г. в хирургическом отделении Уруссинской райбольницы лечились 65 больных с ожогами кожи.

Мужчин было 39, женщин — 26.

С бытовыми ожогами было 54 человека (83%), из них детей — 34 (52%), с производственными ожогами было 11 человек (17%).

С ожогами I—II ст. до 25% и III ст. до 15% поверхности тела было 53 человека, и с ожогами II ст. свыше 25% и III ст. свыше 20% поверхности тела было 12 человек.

Больные первой группы провели в среднем 8 койко-дней, а больные второй группы — 68 койко-дней.

Среди больных первой группы умерших не было.

Из числа больных второй группы умерли 3 человека.

I. Ребенок Б., 1 год 4 мес., поступил 23/X 1958 г. через 1 час после ожога кипятком 35% поверхности тела. Умер через 6 часов в состоянии шока.

II. К., 36 лет, поступил 3/XII-58 г. по поводу ожога II—III ст. всей поверхности тела. На работе упал в колодец с горячим мазутом. Умер через 4 часа от шока.

III. Ребенок М., 5 лет, поступил 21/IX-60 г. по поводу ожога II—III ст. кипятком 30% поверхности тела. Умер через 7 часов от шока.

Больным с ожогами в приемном же покое начинаем проводить противошоковые мероприятия: инъекции морфина, кофеина, питье теплого чая, согревание. Затем больной переводится в перевязочную, где производится туалет ожоговой поверхности теплым раствором фурациллина 1:5 000 и новокаина — 0,25%. Оболочки мелких пузырей не нарушаем, а крупных — срезаем ножницами и удаляем. Накладываем мазевую повязку. В зависимости от возможностей используем фурациллиновой, пенициллиновой, стрептоцидовой мази, эмульсией синтомицина, мазью Вишневского. При поверхностных ожогах иногда накладываем повязку из салфеток, смоченных в растворе фурациллина 1:5 000. Ожоги лица и кистей лечим открытым способом: смазываем раствором марганцовокислого калия с последующим (при отхождении корок) смазыванием стерильным вазелиновым маслом. При закрытом методе лечения, длительном течении болезни и нагноении при перевязках чередуем мази через каждые 2—3 перевязки для предотвращения привыкания микрофлоры к одному антибиотику.

Одновременно проводим подкожные вливания 5% раствора глюкозы, 0,85% раствора хлористого натрия, аминокислоты-2, гидролизина, БК-8; внутривенно вводим консервированную кровь, 0,25% раствор новокаина; инъецируем сердечные, обезболивающие средства и антибиотики.

Кожная пластика ожоговой поверхности произведена нами 5 больным 8 раз. Гомотрансплантация кожи по Тиршу произведена 3 больным: одному больному 1 раз на площади 35 см<sup>2</sup> и двум больным — по 2 раза на площади 150—350 см<sup>2</sup>. Ауто-трансплантация кожи по Тиршу на площади 200 см<sup>2</sup> после гомотрансплантации произведена одному больному; «свободная полнослойная пересадка» аутокожи перфорированными лоскутами двум больным — на площади 35 см<sup>2</sup> и 230 см<sup>2</sup>. При повторной гомотрансплантации одному и тому же больному мы наблюдали меньший процент «приживляемости» кожных трансплантатов и более быстрое их расплавление и отторжение. Последнее явление отмечают и другие авторы.

Поступила 20 сентября 1961 г.

## ИШЕМИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА

Проф. П. В. Кравченко

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В ряде случаев оперативного лечения заболеваний желудка (рак, язва) вполне оправдано стремление хирурга к радикализму — удалению большей части желудка. Однако, кроме общеизвестных осложнений подобного рода операций, встречаются редкие осложнения, связанные с деваскуляризацией культи желудка. В связи с этим мы хотим обратить внимание на необходимость осторожного подхода к мобилизации проксимальной части желудка, так как у некоторых больных значительная деваскуляризация желудка может привести к некрозу его культи.

Вопросу кровоснабжения желудка, вне- и внутриорганоу, посвящено много работ на трупах и животных (Д. П. Воробьев, Р. Д. Синельников, П. М. Пушкарёв, М. Г. Каменчик, А. А. Бочаров, Т. А. Малюгина и др.).