

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

В. Я. МИХЕЙКИН

(Олонецкая районная больница КАССР)

Ожоги, составляющие около 10% всех травм (А. Древина)¹, часто ставят в затруднительное положение периферического врача при выборе метода лечения, наиболее целесообразного и доступного в условиях сельской больницы.

Располагая 108 наблюдениями лечения ожогов, мы позволяем себе поделиться своим скромным опытом, который может оказаться полезным молодым врачам, работающим в аналогичных с нами условиях.

При лечении больных, пострадавших от ожога, мы исходили из твердо установленного учения (Ю. Ю. Джанелидзе, Ю. М. Гефтер и Г. Ф. Милюшкевич²), что ожоговая травма вызывает „ожоговую болезнь“, поражающую многочисленные системы и органы пострадавшего, в первую очередь нарушает функцию центральной нервной системы, что нередко ведет к развитию тяжелого шока.

Выведение из шока мы проводим путем согревания больного введением ему сердечных, наркотиков, противошоковой жидкости Попова, глюкозо-спиртового ликера (из расчета на 8 куб. см 40% глюкозы 2 куб. см 96° спирта) до 50—100 г.

После выведения из шока мы приступаем к местной обработке, которую проводим в строго соблюдаемых асептических условиях. Местную обработку, в зависимости от состояния пострадавшего, возраста, реактивности его организма и т. д., проводим под морфинным обезболиванием или наркозом, причем последним стараемся пользоваться как можно реже. При всех видах ожогов мы вводим 1500 А. Е. противостолбнячной сыворотки.

Вся обожженная поверхность обрабатывается по методу, предложенному Вильбушевич; она моется теплым раствором 0,25% раствора новокаина, пузыри и отслоенный эпидермис тщательно удаляются. Ожоговая поверхность осторожно высушивается стерильным материалом, а затем покрывается толстым слоем так называемой висмутонихтиоловой пасты, пропись которой заимствована нами в Ленинградском институте скорой помощи.

Zinci oxydati 40,0
Amili tritici 40,0
Bismuti subnit 2,0

¹ А. И. Древина. Лечение больных с ожогами в условиях амбулатории. Медгиз, 1955.

² Ю. М. Гефтер, Г. Ф. Милюшкевич. Биохимические сдвиги при тяжелых ожогах. Хирургия, № 4, 1949.

Ichtioli	10,0
Anaesthesini	10,0
Vaselini ad	100,0
Mf. pasta	

Сверху накладывается повязка. Смена повязки при ранней обработке и тщательном наложении производится на 4—6 день. В случае инфицированной ожоговой поверхности повязка меняется через день — два до появления свежих грануляций, а затем оставляется, как и после первичной обработки, на 4—6 дней.

Такая повязка, по нашим наблюдениям, удовлетворяет основным требованиям, предъявляемым при лечении ожога: она не пристаёт к обожженной поверхности, легко и безболезненно удаляется, хорошо всасывает экссудат, предохраняет поверхность от инфицирования; в случае же развития инфекции ведет к быстрому очищению поверхности, создавая оптимальные условия для быстрой эпителизации и образования мягкого нежного рубца. Указанная методика обработки больных проводится нами как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Кроме местного лечения, мы применяем и общее: калорийную диету, обильное питье, витамины. Антибиотики и сульфаниламиды назначаем только в случаях инфицированных ожогов и выраженной температурной реакции.

Кроме того, мы вводим внутривенно видовой-неспецифическую сыворотку проф. Беленького из расчета на каждый процент обожженной поверхности от 30,0 до 100,0 мл (в зависимости от возраста больных). Площадь ожоговой поверхности мы определяем по таблице Б. И. Постникова. Сыворотку мы стремимся вводить как можно раньше, в первые дни после обработки поверхности в период наибольшей плазмопотери. От переливания сыворотки Беленького, применяемой нами при ожогах, у нас остались самые благоприятные впечатления. В большинстве случаев мы считаем необходимой хотя бы кратковременную госпитализацию больных, даже при небольшой поверхности ожога, сопровождающегося общими явлениями. Особенно это относится к детям, у которых при амбулаторном лечении ожоги легко инфицируются.

За два с половиной года под нашим наблюдением состояло 108 больных с ожогами, госпитализировано из них было 47 человек, что составило 45,5%.

Мужчин было 27 человек, женщин — 34, детей до шестнадцати лет — 47 человек. Возраст больных колебался от 1 года двух месяцев до 56 лет. Среди госпитализированных детей было 24 человека.

В 5 случаях тяжелых ожогов III степени мы стремились к возможно раннему оперативному удалению некротических тканей и применению кожной пластики по Гиршу (на 10—15 день); у всех 5 больных получены удовлетворительные результаты.

В 3 случаях кожной пластики у детей она взята у посторонних добровольцев из сотрудников Олонецкой больницы.

Госпитализация проводилась, в основном, в связи с общим состоянием больных, которое в значительной мере зависело от площади ожоговой поверхности, а также ее инфицированности.

Среди госпитализированных больных первое место по частоте поражения занимают больные с ожогами верхних конечностей, более редко отмечены ожоги нижних конечностей и еще реже — шеи, груди, живота.

Ожоги I—II степени у наших больных составили 93,8% всех случаев, а ожоги II—III степени — 6,2%. Ожоги, леченные наложением вис-

мугтоихтиоловой пасты, заживали в среднем при I—II степени за 8,5 дня, при II—III степени — за 15,2 дня.

Инфицированные ожоги II—III степени или ожоги, требовавшие оперативного вмешательства (пересадки кожи), заживали в срок от 17 до 45 дней.

По данным А. И. Древиной (Ленинград)¹, количество дней нетрудоспособности при использовании висмutoихтиоловой пасты составляло 7,2 дня при ожогах I—II степени и 11,4 дня — при ожогах II—III степени.

По нашим наблюдениям, сроки нетрудоспособности при ожогах I—II степени было 9 дней, при ожогах II—III степени — 11,4 дня. Учитывая условия сельского района (не всегда своевременная обработка пострадавших, неквалифицированное оказание первой помощи, и т. д.), наши результаты можно считать удовлетворительными.

Обезображивающие рубцы, контрактуры отмечены у нас в 2 случаях тяжелых ожогов у детей до 10 лет. Из группы госпитализированных больных с площадью ожога — более 30%. Скончалась одна больная, поступившая в состоянии тяжелого шока.

ВЫВОДЫ:

1. Применение местно при ожогах висмutoихтиоловой пасты с анестезином дает благоприятные результаты как в смысле заживания раневой поверхности, так и в смысле быстрого восстановления трудоспособности.

2. Изложенный метод является, на наш взгляд, простым, дешевым и доступным, как для стационарных, так и для амбулаторных больных, а поэтому его можно рекомендовать практическим врачам периферии.

Поступила 20 июля 1957 г.

ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ ВЫВИХ НАДКОЛЕННИКА

Доц. Г. С. САМОЙЛОВ

Из кафедры ортопедии и травматологии Казанского ГИДУВа
(зав. — засл. деятель науки ТАССР, проф. Л. И. Шулутко)

Горизонтальные вывихи надколенника встречаются исключительно редко. В учебниках ортопедии и травматологии этому вывиху уделено несколько фраз и то лишь в связи с описанием других повреждений.

Под нашим наблюдением находился больной Алексеев, 15 лет (ист. болезни № 2042), который 3/X-1954 г. упал, ударившись передней поверхностью правого коленного сустава о небольшой металлический столбик. В течение последующих четырех дней не мог ходить из-за боли в коленном суставе. 23/X-1954 г. поступил для лечения в клинику ортопедии и травматологии Казанского ГИДУВа.

Больной ходит без костылей, прихрамывая на правую нижнюю конечность, которая находится в разогнутом под углом 180° положении.

Передняя поверхность правого коленного сустава деформирована за счет смещенного вперед нижнего полюса надколенника, расположенного горизонтально соответственно уровню суставной щели. Подвижность надколенника отсутствует. Движения в коленном суставе крайне болезненны, ограничены; возможны лишь пассивные, в пределах 180—90°. На рентгенограмме от 28/X-1954 г. № 2602 определяется горизонтальный вывих надколенника с вклиниванием его верхнего полюса в суставную щель (рис. 1).

¹ А. И. Древина. Лечение больных с ожогами в условиях амбулатории. Медгиз, 1955, стр. 90.