

Разбор приведенного материала позволяет заключить, что в большом ряде случаев этого страдания, вероятно в не столь запущенных стадиях его течения, этот способ лечения дает весьма значительные положительные результаты. Последние прослежены автором на сроке до одного года. Результат этот сказывается как в субъективной, так и в объективной сферах. В заключение автор отмечает, что процедуры, которые он предлагает, не должны рассматриваться в смысле абсолютной терапии указанных страданий. Та переустановка работы нервной системы, какая здесь создается, должна явиться почвой, на которую должны лечь различные обычно применяемые здесь средства.

Процедуры не должны слишком часто повторяться, в хронических случаях эффект иногда задерживается.

Общие выводы докладчика по изучению им новокаинового блока нервной системы в широком поле представленных им исследований следующие:

1. Новокаиновый блок нервной системы способен в огромнейшем ряде заболеваний, протекающих с наличием болей, останавливать эти боли не только в порядке обычного обезболивающего эффекта, держащегося первые часы, а надолго, иногда навсегда и при том в стороне, вдали от места его приложения.

2. Новокаиновый блок нервов, проведенный по нашему методу, содействует устранению отека, как сопутствующего явления того или иного патологического процесса, иногда только видоизменяя течение данного процесса на время, иногда надолго, а иногда и навсегда, в последнем случае часто тем самым содействуя окончательному разрешению процесса.

3. Новокаиновый блок нервов, действуя на вегетативную нервную систему и вызывая переустановку ее работы, в конечном счете развивает свое действие (на позднем сроке), главным образом по больным, наиболее сенсibilизированным ее отделам.

Это видно из того, что огромное большинство наших вмешательств сопровождалось реакцией в больном очаге. Последняя была тем резче, чем острее был протекавший процесс.

Из поликлиники завода им. Ленина и из клиники ортопедии и травматологии Казанского ГИДУВ'а (директор клиники—проф. М. О. Фридланд).

Промышленные ранения и ожоги и лечение их риванолом.

Р. А. Вяселев.

1. Лечение риванолом промышленных ран.

В настоящее время на здравпункты промышленных предприятий и в прикрепленные к последним поликлиники поступает большое количество разнообразных по сложности и происхождению ран, как результат травматизма. Последний, как показывает статистика, из года в год, с каждым кварталом, в нашем Союзе идет на убыль и это снижение с дальнейшим укреплением здравпунктов, как основного звена здравоохранения на предприятии, с одной стороны, и проводимым в жизнь лозунгом овладения техникой, с другой, неизменно будет шагать далее вперед. Тем не менее промышленный травматизм еще остается и будет иметь место в известной мере и в будущем. Таким образом, борьба с последствиями

травматизма, правильно и рационально поставленная помощь травматикам вообще, улучшение качества лечения ран в частности, остаются и остаются актуальными задачами лечебных учреждений и здравпунктов.

Между тем своевременность и качество оказания лечебной помощи травматикам зачастую до сих пор стоят далеко не на должной высоте. Об этом свидетельствуют как сборные статистические данные по целому ряду предприятий (Нимцовицкая), так и по отдельным предприятиям (Эпштейн) нашего Союза, которые показывают колоссальную частоту осложнений (панарициев, абсцессов и флегмон) легких травм в виде резаных, колотых и др. видов ран, а также частоту нагноений после ожогов.

Поэтому, профилактика подобных осложнений, влекущих за собой большую потерю трудодней на производстве и огромный материальный ущерб государству, приобретает исключительное значение.

Мой материал—раневые травмы и произведенные наблюдения над действием риваноля имели место во вновь организованной мной поликлинике закрытого типа на территории завода им. Ленина. Из всего пройденного через хирургический кабинет травматического материала я выбрал 203 случая ранений, попадавших в поликлинику непосредственно или после оказания первой помощи на здравпункте, но не позднее 24-х часов с момента нанесения травмы. Основной контингент травматиков—слесаря, токари и столяры в возрасте от 20 до 50 лет.

Вид и локализация ран:

Органы Вид раны	Верхняя конечность						Ниж. конеч.	Итого	
	кость	пальцы					несколько пальцев		стопа
		I	II	III	IV	V			
Резаная	12	16	20	8	8	12	2	—	78
Ушиблен.	4	12	8	8	11	—	3	18	64
Рваная	—	9	12	8	3	—	4	—	36
Колотая	3	4	4	4	—	4	—	6	25
Итого .	19	41	44	28	22	16	9	24	203

По степени тяжести весь материал делится на следующие три группы:

Глубина и объем раны	Отрыв ногт. фаланг от 1 до 3 пальцев	Повреждения с дефектом кожи и разрывом мягких тканей	Раны разл. глубины	Нарушение эпидермиса	Гематомы	Итого	Наибольшая потеря трудоспособности в днях
Название группы							
Ранения легкие, без отрыва от производства	—	10	83	22	5	120	—
Ранения сред. тяжести, с отрывом от производства	—	37	10	—	11	58	9
Тяжелые ранения, с отрывом от производства	5	12	7	—	—	24	19
Итого	5	59	100	22	16	203	

Риваноль во всех случаях применялся в виде раствора 1:1000 (в прокипяченной ех тепроге дистиллированной воде) с двумя назначениями: для первичной обработки ран и для последующих повязок.

Первичная обработка ран в смысле очистки полости и окружности их, по удалении грубых инородных тел и потерявших связь с организмом частиц тканей при помощи стерильного анатомического пинцета, производилась во всех случаях марлевыми или ватными шариками, сочно смоченными риванолем, причем эта манипуляция носила характер очень нежно протирающих движений, без стремления удалить во что бы то ни стало все видимые признаки загрязненности на поверхности и окружности раны. Это осторожное пользование риванолем при первичной обработке раны давало возможность избегать всякий раз вторичного кровотечения, сводящего эффект риваноля почти на-нет.

После проведенной описанным выше способом обработки и по полной остановке кровотечения, рана покрывалась, захватывая довольно полно и окружность ее, стерильной повязкой, состоящей из 2—3 слоев обильно смоченной тем же раствором риваноля марли, слоя ваты, причем бинтование производилось тщательно и с достаточным натяжением, чтобы не оставить повода пострадавшему самому „поправлять“ повязку дома. При лоскутно-рваных ранах бинтование всегда производилось в направлении от основания лоскута к вершине его, что обеспечивало наиболее плотное прилегание лоскута без образования складок, что в свою очередь имеет огромное значение для наиболее полной регенерации раны и скорейшего возвращения раненого на работу.

Наложенная таким образом риванолева повязка при ранениях второй и третьей групп оставалась нетронутой от 2—5 дней, в зависимости от размеров и вида раны и продолжительности срока нетрудоспособности.

Отсюда—одним из основных правил при применении риваноля являлось максимально возможное ограничение перевязок, чем создавался необходимый для регенерации тканей и для успешной реакции на инфекцию со стороны самого организма покой в области раны. С целью наименьшего травмирования раны и во избежание причинения мучительных болей пострадавшему, и при этих уреженных перевязках, как правило, оставался нетронутым самый нижний слой повязки, так что новая повязка своими смоченными риванолем слоями накладывалась на этот, оставленный нетронутым, слой от предыдущей повязки. Исключая необходимость тщательного и длительного отделения этого, тесно слипшегося с раневой поверхностью, слоя повязки, такой прием, кроме того, представляет большую экономию времени, что при большом количестве перевязок имеет громадное значение.

Некоторое исключение в отношении частоты перевязок составила *1 группа пострадавших* (легкие ранения), которые непосредственно по наложении повязки или на следующий день направлялись на работу (при направлении на работу в каждом отдельном случае учитывался характер производства в данном цехе и, если работа была связана с неизбежным увлажнением повязки, пострадавший и при легком ранении освобождался от работы на 1—2 дня). Ввиду значительной загрязняемости во время работы повязки, особенно верхних ее слоев, эта группа подвергалась ежедневным перевязкам после работы, но, как правило, оставляя нетронутым нижний слой повязки. Достаточно плотно, без излишней толщины, наложенная риванолева повязка, минимально затрудняющая движения в кисти, представляла возможность лечить эту группу б-ых, не снимая их с работы и, что особенно замечательно, без заметного удлинения сроков заживления ран и без единого случая осложнения. Так, 120 подобных ран по срокам заживления распределяются следующим образом:

19% — от 2—3 дней,

69% — „ 3—5 „ „

12% — „ 5—6 „ „

Перехожу к результатам лечения риванолем ранений *2-ой группы*. Сюда относятся ранения, в большинстве рвано-ушибленного характера,

требовавшие, гл. обр. по значительности своих размеров, лечения в условиях покоя, что создавалось предоставлением освобождения от работы. Обработка ран, первая повязка—по вышеописанному способу. Перевязки, благодаря отсутствию условий для загрязнения первой повязки, производились не ранее, как через 2—3 дня. По выписке на работу—ежедневные перевязки, но не более одного—двух раз. Признаки воспаления, появление гнойного отделяемого отсутствовали во всех случаях этой группы. Наибольший срок потери трудоспособности равнялся 9 дням, что отмечено в 5 случаях из общего количества в 58 ранений этой группы (8,6%); в остальных случаях—от 3—7 дней.

Что касается *3-ей группы* ранений, то, краткости ради, я остановлюсь лишь на двух наиболее тяжелых случаях.

Эти два случая, вызвавшие потерю трудоспособности в течение 19 дней каждый, являются единственными по длительности заживления среди всей *3-ей группы*. Сроки потери трудодней для остальных случаев колеблются между 8—13 днями.

Таким образом, в результате последовательного лечения риванолом, на 203 случая различной тяжести ранений, мне не пришлось наблюдать ни одного случая гнойного осложнения ран. Мало этого—, как видим, значительно ускоряется самый процесс заживления ран. Это и понятно: воздействуя риванолом на попавшие в рану микроорганизмы, уничтожая или ослабляя их токсичность, мы тем самым способствуем сокращению того этапа в заживлении раны, который характеризуется как взаимодействие между клеточными элементами и секретом раны, с одной стороны, и бактериальными токсинами—с другой, т. е. этап борьбы организма с инфекцией. При сокращении этого этапа, естественно, скорей наступает процесс регенерации, воссоздания тканей в области раневого дефекта, т. е. процесс собственно заживления раны.

Приведенный материал дает, по моему, право сделать заключение о полном соответствии лечебного эффекта риваноля с экспериментальными данными о его бактерицидной силе. И, если последняя, как видно из некоторых литературных сообщений, в известных случаях не проявляется, то причину этого, по видимому, следует искать в недостаточно строгом проведении тех мер, которые должны служить экономии и повышению биологических сил раневой области, без чего действие какого бы то ни было антисептического вещества может оказаться мало или совершенно недостаточным. Игнорирование, напр., моментов ассимиляции в процессе заживления раны, значения целости грануляционной ткани, как для быстрой регенерации, так и для борьбы с инфекцией, постоянное травмирование ее при частых перевязках и т. д. может привести к совершенно нежелательным результатам. Если на моем материале риваноль давал неизменно хороший эффект, характеризующий его, как прекрасное средство для профилактики раневой инфекции, то это я объясняю удавшимся мне сочетанием последовательного применения риваноля, с учетом определенных особенностей отдельных групп повреждений, с одной стороны, и—с другой—с поступлением пострадавших в поликлинику в пределах того срока, когда инфекция—пусть даже очень вирулентная—еще способна задержаться в своем размножении и дальнейшем проявлении своих вредных для организма свойств.

Что организация своевременной обрабатываемости травматиков—раненых имеет неоспоримое и совершенно конкретное значение, в этом убеждает высокое число нагноений, как осложнений промышленных ранений, среди рабочих ф-ки „Пишмаш“ в Казани, где мне пришлось проводить обследование клинической картины промышленных травм. Здесь весьма часто наблюдались панариции, абсцессы и флегмоны верхних конечностей в результате даже легких раневых травм, благодаря, гл. обр., тому, что рабочие не были обеспечены как хорошо поставленной первой помощью (на здравпункте), так и своевременно оказываемой поликлинической помощью. Не снимаемые с работы, без заключения не только хирурга, но и вообще врача здравпункта, они направлялись немедленно в свои цеха, а освобождаемые от работы—в хирургические кабинеты разных поликлиник с различными методами лечения ран, как правило, на другой день, когда предупреждение нагноения бывает затруднено, даже при безукоризненной методике.

На примере помогавшей мне при лечении ран фельдшерицы, систематически и добросовестно приучавшей себя к умелому обращению с ранами вообще и пользованию риванолом в частности, легко доказывается огромное значение квалификации лечащего, в том числе, среднего персонала.

В заключение привожу статистические данные бюро техники безопасности завода о потерях трудодней, относящиеся, с одной стороны, к периоду, когда на территории завода поликлиники не было, и с другой,—к периоду, когда последняя функционировала.

Потеря человека-дней по несчаст. случаям в ‰ к отработанным человеко-дням (при одинаковых количественных показателях травма):

1 квартал 1933 г. (Поликлиника не работала)	0,76‰
2 „ „ („ с 15/V работала)	0,59‰
3 „ „ („ работала)	0,38‰

Эти данные являются ярким показателем сокращения потерь трудодней во 2-ом и 3-ем квартале против 1-го квартала, главным образом, за счет улучшения качества лечения ран, в частности с применением риваноля.

II. Лечение риванолом промышленных химических и термических ожогов.

Местные ожоги, будучи не настолько обширными, чтобы внушать опасения за жизнь пострадавших, представляют такую группу поражений, которые вызывают тяжкие страдания из-за мучительных болей и значительную, по срокам, потерю трудоспособности. Последнее обстоятельство, как правило, бывает связано с осложнением ожогов нагноительным процессом. С этой точки зрения, ожоги II-ой и III-ей степени, а иногда и I-ой степени, поскольку при них фигурирует нарушение эпидермального слоя кожи, должны рассматриваться как материал, подверженный с самого момента возникновения инфицированию в такой же, а иногда и в большей степени, чем только что рассмотренный раневой травматизм.

Исходя из того, что как и при ранах, при лечении ожогов в центре внимания должно быть предупреждение инфекции и оберегание от нее впоследствии, для лечения ожогов в условиях того же завода я применял раствор риваноля в комбинации с медицинским вазелиновым маслом (ol. vaselinum medicinale).

Материал, прошедший через поликлинику завода, состоит из 32 случаев ожогов, распределяющихся по локализации и тяжести следующим образом:

Органы Сте- пень ожога	Лицо и шея	Пред- плечье	Кисть	Отдельн. пальцы	Голень	Стопа	Итого
I	—	1	2	3	—	1	7
II	1	6	5	5	1	3	21
III	—	3	1	—	—	—	4
Итого . .	1	10	8	8	1	4	32

Действующими агентами являлись: в 4 случаях—электр. ток, в 1— H_2SO_4 , в 1—горячий креозот, в 20—горячая вода или пар, причем следствием действия первых четырех оказались ожоги, преимущественно, II и III степени, тогда как горячая вода и пар вызвали ожоги I и II степени.

Все пострадавшие являлись в поликлинику или непосредственно, или же через здравпункт, но не позднее 24 часов после ожога. На здравпункте, по договоренности, первая помощь выражалась в наложении на обожженное место стерильной повязки, а в некоторых случаях—с риванолом.

Лечение ожогов заключалось в следующем: на месте ожога, без различия размеров поражения, накладывалась стерильная, сочно смоченная раствором риваноля (1:1000) марля в 2—4 слоя, по возможности больше захватывая полосу пограничной здоровой кожи, и достаточной толщины слой стерильной ваты, с последующим бинтованием без всякого натяжения. Через день—перевязка: нижний слой предыдущей повязки оставлялся на месте, на него накладывалась такая же повязка, как первая; вторая перевязка—на 4—5 день: по снятии предыдущей повязки, но опять не трогая нижнего слоя, накладывалась новая, уже жидко-вазелиновая повязка. Затем, на следующий день повязка, уже легко отделяемая (присутствие вазелинового масла), снимается целиком для контроля состояния заживления. В дальнейшем—до полного заживления—повязки со стерильным вазелиновым маслом.

Уже при первом контроле, т. е. на 4—6 день, во всех случаях ожогов II степени можно было констатировать полную эпидермизацию обожженной поверхности и сплошное покрытие последней свежими грануляциями, а местами и эпидермисом—в случаях III степени.

Во всех случаях риваноловые, впоследствии—жидко-вазелиновые повязки действовали успокаивающе, болевые ощущения с первого же дня становились минимальными.

Все ожоги, за исключением двух случаев, протекали совершенно гладко, без малейших признаков нагноения.

Максимальный срок потери трудоспособности выразился в 14 днях (1 случай), в трех случаях—от 10—13 дней; сроки для остальных случаев колеблются между 3—9 днями.

Как видим, и здесь применявшийся способ лечения риванолем с редкими перевязками дал прекрасный эффект в смысле наиболее быстрого заживления, а также большую экономию как перевязочных, так и медикаментозных средств. И при лечении ожогов риванолем явился, таким образом, наиболее щадящим пораженные ткани препаратом, обладающим в то же время явными профилактическими в отношении инфекции свойствами.

(Моск. Обл. Ин-т промышл. травматологии, ортопедии и протезирования). Директор Н. Н. Приоров. Зав. Челюст. отд. проф. А. Э. Рауэр.

Восстановление трудоспособности после заболеваний и повреждений челюстей.

Ст. асс. Н. М. Михельсон.

Работа нашего Института, имеющего специальное отделение челюстно-лицевой хирургии, показала, что далеко не всегда страховые врачи могут легко и правильно решить вопрос о трудоспособности, когда это касается челюстей.

Малое знакомство врачей вообще, и страховых в частности, с заболеваниями челюстей объясняется тем, что существование у нас челюстно-лицевой хирургии, как самостоятельной единицы среди других медицинских дисциплин, стало достоянием только последних лет, а именно со времени империалистической войны, которая дала сотни тысяч раненых в лицо и челюсти и заставила, таким образом, организовать систематическую, квалифицированную борьбу с последствиями этих ранений.