

Из Хирургического отделения Елабужской кантонной больницы.

## К вопросу о лечении ожогов.

Е. Н. Аврова.

Поводом к написанию этой работы послужило наблюдение над 49-ю больными с распространенными ожогами, прошедшими за последние 3 года через заведываемое мною хирургическое отделение.

Из наблюдавшихся мною 49 случаев детей было 10 ч., остальные взрослые. Смертных случаев было 5, из них детей—2-е. Большинство ожогов (32) было причинено действием кипятка, остальные 17—пламенем при пожарах.

Стационарно лечились исключительно случаи тяжелые. Первой степени было 12, с распространением от  $\frac{1}{3}$  и более  $\frac{2}{3}$  поверхности тела с одним смертным случаем; второй степени было 30, с распространением от  $\frac{1}{10}$  и более  $\frac{2}{3}$  с 2-мя смертями; 3-ей степени—7 чел., с распространением от  $\frac{1}{15}$ -й до  $\frac{1}{3}$  с двумя смертями.

Что касается патологии ожогов, то за последнее время, благодаря главным образом американским авторам, знания наши значительно расширились. Так, Weiskotten доказал, что в случаях распространенных ожогов надпочечники увеличиваются в весе в 3 и даже в 5 раз, а содержание эпинефрина в них становится низким или даже совсем отсутствует. Olbrucht обнаружил в надпочечниках людей и животных при распространенных ожогах резкие анатомические изменения, состоящие в интенсивной гиперемии и экхимозах, уменьшении или даже полном исчезновении хромафинного вещества и липоидов в зависимости от распространенности ожога и возраста больного, более резко выраженные у детей. Он подчеркивает, что надпочечники представляют тот же характер изменений, как и при анафилактическом шоке и интоксикации пептонами, приписывая эти изменения токсическому действию от разложения протейнов в обожженных тканях. Интересная работа Greenwald'a указывает, что у кроликов причина смерти от ожога может быть разделена на два стадии: 1-й начальный стадий, зависящий от шока и сопровождающийся высоким содержанием сахара в крови в зависимости от гиперфункции надпочечников и 2-й стадий, зависящий от дегенеративных изменений в них; из этого ясно, что применение адреналина, уместное во второй стадии, противопоказано в 1-й.

Garrington и Rack указали, посредством определения гемоглобина, на увеличенную концентрацию крови. Они нашли, что при распространенных, хотя бы и поверхностных ожогах, кровь становится высококонцентрированной, и считают, что степень концентрации крови может служить показателем общего состояния пациента. Davidson и Mathew объясняют эту концентрацию крови увеличенной проницаемостью капилляров. Чрезвычайная концентрация крови требует обильного введения жидкостей всеми путями. Кроме этого Davidson указывает также на понижение в крови хлоридов, которое пропорционально количеству поврежденных тканей.

Отчасти на основании изучения литературы, частью же на основании собственного опыта, мною выработан и проводился такой план лечения: при распространенных ожогах больные представляют картину первичного шока, подобно шоку хирургическому; у них отмечается притупление чувствительности, холодная влажная кожа, субнормальная ректальная температура, неправильное поверхностное дыхание, быстрый нитевидный пульс и очень низкое кровяное давление. С целью борьбы с первичным шоком мною назначался морфий в дозах достаточных, чтобы блокировать боль; применялось введение больших количеств жидкостей в виде клизмы или подкожно.

Через сутки и позднее до 14 дня появляются симптомы токсического шока от всасывания распада протейнов. Температура повышается, пульс частый, больной бывает сонливый или в бреду, частая рвота, и в этом стадии может наступить смерть. Здесь приходится принимать меры с целью обезвредить токсины или по возможности их удалить. С этой целью лечения токсемий я вводил большие количества от 4—5 литров хлористого натра в виде вливания в вену, подкожно и в клизмах, раствор соды давался через рот. Все это устраняет повышенную концентрацию крови и повышает содержание хлоридов. С целью борьбы с недостаточностью надпочечников назначался адреналин.

Многие, особенно американские авторы, советуют переливание крови. Так, Richl в 1921 г. сообщил о переливании в 32-х тяжелых случаях ожога; 10 слу-

чаев, которые по тяжести представлялись безнадежными — выздоровели; в 11 случаях была продлена жизнь. Davidson также делал переливание крови с успехом в тяжелых, почти безнадежных случаях. Это переливание должно быть сделано по возможности до появления шока. Если же шок развивается, оно должно быть повторено. Благодаря условиям местной работы, я в широких пределах не мог пользоваться переливанием, но в 3-х очень тяжелых случаях я все же его применил, в 2-х случаях с очень благоприятным результатом.

В целях борьбы с местной токсемией Davidson в 1925 г. предложил танин, как фиксирующее ядовитые вещества в обожженных тканях. Обожженная область должна быть возможно рано покрыта марлей, смоченной в 2½% свежеприготовленном водном растворе танина. Марля должна быть оставлена сутки или более, пока поверхность ожога не покроется буровой корочкой и не будет суха. Я это лечение танином проводил систематически и во всех случаях вынес от него очень благоприятное впечатление.

После этого ожог лечится открыто в теплом воздухе, подогреваемом электрическими лампами. Полезно орошение поверхности ожога теплым раствором борной кислоты, соды или физиологическим раствором.

Некоторые советуют применять гипертонические растворы с целью извлекать токсины в повязку. Так, Wilson применял раствор хлористого натрия и глицерина, а позднее насыщенный борный раствор, часто меняя повязки. Robertson и Boyd употребляют насыщенный раствор соды.

При лечении ожогов надо помнить, что ожог есть рана, а поэтому все антисептические и асептические требования должны быть соблюдены. Сильно антисептических надо избегать и лучше применять ирригации слабым раствором марганцево-кислого калия, борным или физиологическим. Пузыри должны быть вскрыты сбоку; эпидермис их должен быть сохранен как закрытие гранулирующей поверхности; гранулирующая поверхность перевязывается разного рода мазями, как-то: борной, ксероформной и др., а для устранения боли хорошо применять мазь с фенолом.

Более быстрая эпителизация на поверхности ожога происходит под парафином, который способствует образованию меньшего рубца. В последнее время Frist рекомендовал комбинацию желатины с формальдегидом, которая образует на поверхности ожога резиноподобное вещество. На больших поверхностях, где можно ожидать контрактур, как в подмышечной и подколенной ямках, приходится прибегать к пересадкам по Тиршу.

Из всего вышеизложенного я позволю себе сделать следующие выводы: распространенные ожоги (от 10% и больше поверхности тела) должны быть лечимы, прежде всего, от шока морфием, помещаемы в теплую среду, обильным применением жидкости и, где возможно, переливанием крови.

Повязка из марли, смоченная 2½% раствором танина, должна быть наложена возможно рано и оставлена в течение суток или более до получения дубления обожженной кожи, после чего лечение производится открыто в среде теплым воздухом, с применением орошений теплыми растворами борной кислоты или соды. В этой стадии показано назначение адреналина, обильное введение жидкости и повторное переливание крови. Когда струп отпадает, для облегчения эпителизации назначается повязка с мазями — борной и др.

Из Верхне-Хавской больницы Воронежск. окр.

## Редкий случай конкремента в брюшной полости.

Д-ра М. Е. Седых.

(С 2 рис.).

При операции паховой грыжи мне пришлось натолкнуться в брюшной полости, близ внутреннего пахового канала на инкапсулированный конкремент величиною с гусиное яйцо (см. фотографии). Вследствие интереса случая сообщаю кратко историю болезни.

Л. Г., 50 л., крестьянин, поступил в больницу 30. I. 29 г. с правосторонней паховой грыжей. Больной — мужчина среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания, ничем, по его словам, ранее не болел; о детских инфекциях