

Из сопутствующих заболеваний у наших больных (кроме аденомы и воспаления предстательной железы) наблюдался множественный липоматоз (у 1), туберкулез легких (у 1), гипертоническая болезнь (у 1), бесплодие (у 1), гинекомастия второй молочной железы (у 1).

Клиническая картина рака молочной железы у мужчин отличается некоторым своеобразием, что прежде всего обусловлено анатомическими особенностями строения мужской молочной железы. Обычно опухоль располагается центрально, непосредственно за соском, или вблизи ареолы, сравнительно скоро захватывает всю ткань молочной железы, срастаясь с кожей и подлежащими тканями. Опухоль, как правило, невелика, и даже в далеко зашедших стадиях процесса может не превышать 5—7 см в диаметре. У наших больных опухоль была от 1,5 до 5,5 см в диаметре. Консистенция опухоли обычно плотно-эластичная или хрящеподобная. У некоторых больных из соска выделяются капли серозной, кровянистой или мутноватой жидкости. У наших больных выделений из соска не было. Нередким симптомом является фиксация и втягивание соска, которые мы видели у 3 больных. Довольно часто образуется язва над опухолью. Мы наблюдали изъязвление у 1 больного. Сращение опухоли с подлежащими тканями грудной стенки нами отмечено также у 1 больного. У 3 больных раковая опухоль была справа и у 3 — слева. У 3 больных были обнаружены метастазы в подмышечные лимфоузлы, подтвержденные гистологическим исследованием. У 3 больных была I стадия заболевания, у 2 — II ст., у 1 — III ст.

С момента обнаружения заболевания до обращения к врачу у 3 больных прошло от 1 до 4 месяцев, у 2 — до 6 месяцев и у 1 — год. Наиболее частым симптомом при первом обращении за помощью у наших больных была опухоль в молочной железе. Эту единственную жалобу предъявили 5 больных. Один больной поступил через 2 месяца после изъязвления опухоли, хотя появление последней он заметил год назад.

Скирр был у 2 больных, скирр в комбинации с альвеолярной карциномой — у 1, аденокарцинома — у 2, начальная форма рака — у 1.

Основным методом лечения наших больных была радикальная операция, комбинирувавшаяся у 1 с предоперационной, у 3 — с послеоперационной и у 1 — с до- и послеоперационной рентгенотерапией. Один больной оказался иноперабельным (ему была назначена рентгенотерапия и внутриаптерная инфузия тио-тэф); он скончался через 2 года 3 месяца от начала наблюдения от метастазов в легкие. Из 5 больных один умер через 6 месяцев (на 71-м году жизни) от нарушения коронарного кровообращения. 4 чел. живы. Состояние одного больного оставалось хорошим в течение 2 лет, потом появился одиночный внутрикожный метастаз вблизи от операционного рубца; этот узел был удален оперативным путем (гистологически установлен метастаз рака) и проведен курс рентгенотерапии на область рубца; еще через 2 года появились множественные метастазы в коже в области грудной клетки, по поводу чего проведен (в 1967 г.) курс лечения 5-фторурацилом (7,0) с хорошим клиническим эффектом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зебольд А. П. и Фельдман С. Р. Вестн. хир., 1934, т. XXXII, кн. 95—96.
2. Комурджиев Х. А. и Рогозная А. В. Вopr. онкол., 1964, 1.—3. Ольшевский А. С. Тр. АМН СССР, 1949, 1.—4. Петров Ю. В. Рак молочной железы. Медицина, Л., 1964.—5. Холдин С. А. В кн.: Злокачественные опухоли, под ред. Н. Н. Петрова и С. А. Холдина. Медгиз, Л., 1962, т. III, часть I.

УДК 616—001.17

## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖОГОВЫХ РАН

А. Ф. Попов, М. Г. Скворцов и С. И. Иванов

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 (и. о. зав.—доц. Ш. Х. Байбекова) Казанского  
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова  
и хирургическое отделение 12-й городской больницы (главврач — Т. М. Барышева)*

Успех в лечении обожженных зависит от своевременности и качества оказания первой помощи; от проведения комплекса противошоковых мероприятий; от тщательности первичной обработки обожженной поверхности; от характера борьбы с раневой инфекцией и интоксикацией; от метода лечения и мер предупреждения осложнений.

За последние 5 лет мы наблюдали 648 обожженных, из них в возрасте до 3 лет было 93, от 4 до 8 лет — 64, от 9 до 16 лет — 56, от 17 до 70 лет — 435. У 528 чел. ожоги были получены в бытовых условиях и у 120 — на производстве. Изолированно та или иная степень ожогов встречается исключительно редко. Ожоговые раны обычно

имеют глубину двух или трех степеней. Группы обожженных с учетом площади и степени поражения представлены в таблице.

| Процент обожженной поверхности тела | I—II ст. | II—III ст. | III—IV ст. | Всего |
|-------------------------------------|----------|------------|------------|-------|
| до 10 . . . . .                     | 210      | 120        | 12         | 342   |
| от 10 до 20 . . . .                 | 108      | 67         | 13         | 188   |
| от 20 до 30 . . . .                 | 35       | 24         | —          | 59    |
| от 30 до 40 . . . .                 | 20       | 13         | 1          | 34    |
| от 40 до 60 . . . .                 | 3        | 6          | 6          | 15    |
| свыше 60 . . . . .                  | —        | 7          | 3          | 10    |
| Итого . . . . .                     | 376      | 237        | 35         | 648   |

Наиболее часто ожоги занимали нижние (34%) и верхние (25%) конечности, лицо и шею (23%), туловище (18%).

У 208 больных была выраженная клиническая картина ожогового шока.

Лечение пострадавших с обширными ожогами представляет определенные трудности в каждом клиническом периоде. При шоке лекарственные вещества следует вводить только внутривенно или внутрикостно и после производства новокаиновых блокад [1]. Новокаиновые блокады проводят в зависимости от локализации ожога: при ожоге кожи туловища — шейную ваго-симпатическую, кожи верхних конечностей — футлярную, при ожоге кожи нижних конечностей — паранефральную или футлярную. Блокады нормализуют пониженный сосудистый тонус, приводят к уменьшению проницаемости капилляров и тем самым повышают эффективность трансфузионной терапии. Обожженным, которым по тем или иным причинам нельзя было произвести венопункцию, растворы вводили внутрикостно.

Кроме новокаиновых блокад мы делали повторные инъекции пантопона или промедола. Детям младшего возраста давали 3—5 капель настойки опия внутрь, детям старше 5 лет — 0,5 мл 1% раствора пантопона или промедола внутрикостно вместе с жидкостями, вливаемыми капельно или внутримышечно.

Обожженную поверхность сразу же после поступления покрывали стерильными салфетками, смоченными 2% раствором новокаина, и стерильной простыней.

Почти всем пострадавшим внутривенно или внутрикостно вводили 10—20 мл 0,5—1% раствора новокаина, 500—700 мл полиглюкина или поливинилола, 250—500 мл протившоковой жидкости. При тяжелом шоке давали закисно-кислородный наркос.

В последнее время мы получали хорошие результаты от введения гидрокортизона в дозе 100—200 мг.

Всем обожженным в состоянии шока вводили нативную или сухую плазму, переливали кровь и их заменители. Предпочтение отдавали нативной плазме. При определении дозы плазмы и ее заменителей (аминопептид, полипептид, гидролизат, БК-8, ЛК-103, синкол и др.) учитывают площадь поражения. С 1948 г. мы пользуемся формулой Гаркуиса (1946), согласно которой на 1% обожженной поверхности берут 50 мл плазмы. Ее вводят не сразу, а в течение суток, со скоростью, приближающейся к скорости плазмопотери через пораженную поверхность. Половину суточной дозы плазмы мы вводили капельно в первые 6 часов после травмы, четверть — во вторые 6 часов и четверть — в последующие 12 часов. Если явления шока держались и на вторые сутки, то вводили плазму повторно, приблизительно в таком же количестве. С. О. Португалов (1964) определяет дозу плазмозаменителей из расчета 3 мл раствора на 1 кг веса больного и на один процент обожженной поверхности. Третью этого раствора он предлагает вводить в начале первых 8 часов, треть — в срок от 9 до 24 часов и треть — между 25 и 48 часами.

XXVII Всесоюзный съезд хирургов рекомендовал вводить сыворотку реконвалесценто́в, перенесших ожоги не менее 10% поверхности тела не более 3 лет назад. Такую сыворотку мы переливали всего лишь 3 больным, результат был положительным.

Для борьбы с интоксикацией, обезвоживанием, гемоконцентрацией и гипохлоремией вводили большие дозы физиологического раствора (2—3 л), гипертонического раствора NaCl и глюкозы (по 40—60 мл), давали обильное питье подщелоченно-солевого раствора (на 1 л воды по 1 чайной ложке поваренной соли и двууглекислой соды). Всего в течение суток пострадавший должен получить 3—4 л различных жидкостей под контролем почасового определения количества выделяемой мочи. Если в течение часа выделяется не менее 30 мл мочи, то введение жидкостей продолжается согласно расчетным данным. При олигурии количество жидкостей ограничивают, производят паранефральную блокаду, внутривенно капельно вводят до 500 мл 0,1% новокаина, назначают полиглюкин для повышения АД, мочевого пузыря промывают теплым 1/4% раствором новокаина. В последние годы мы с успехом применили у 12 больных осмотические, диуретические средства (мочевину, маннитол). Пострадавшие в состоянии шока должны получать кислород не только в смеси с закисью азота, во время лечеб-

ного наркоза, но и через специальную установку с увлажнителем. Через 1—2 дня повторяли переливание плазмы (200 мл), полипептидов или гидролизина (500 мл), а также вводили раствор Рингера (1 л) и 40% глюкозу (20—40 мл). С начала второй недели, когда наступают явления гидремии, через каждые 3—4 дня переливали кровь по 200 мл. С первых дней пострадавшие получали целенаправленную антибиотикотерапию и комплекс витаминов.

При лечении обожженных в септический период основное внимание обращали на борьбу с гипопротенемией и инфекцией. Через каждые 1—2 суток переливали по 200—400 мл плазмы. При выраженной анемизации через 3—5 дней переливали кровь (200 мл) или эритроцитарную массу (100—200 мл). Широко использовали кровезаменители. Антибиотики давали в больших дозах с учетом чувствительности к ним микрофлоры, но не более 10 дней с момента поступления. Диету назначали разнообразную, богатую белками и витаминами. Очень важным компонентом в комплексном лечении обожженных в этой фазе является поэтапная пересадка свободных кожных лоскутов.

Первичную обработку обожженной поверхности производили только после надежного выведения пострадавших из шока и стабилизации АД на уровне 100 мм. рт. ст.

Первичная обработка заключалась в обмывании теплым  $1/2\%$  раствором нашатырного спирта и ректификата окружающей кожи и не вскрывшихся ожоговых пузырей. Лишенную пузырей ожоговую поверхность смачивали теплым раствором фурациллина 1:5000. Если обработку производили под закисно-кислородным наркозом, то и эти участки обмывали ректификатом. Мелкие не вскрывшиеся пузырьки диаметром от 0,5 до 1,5 см мы не вскрывали, большие пузыри надрезали ножницами у основания и содержимое их выдавливали с помощью салфеток. Эпидермис вскрывшихся пузырей тщательно удаляли. Дальнейшее местное лечение обожженных проводили только закрытым способом, за исключением лица, которое оставляли открытым. Повязки накладывали чаще всего с 5—10% синтомициновой или стрептоцидной эмульсией с добавлением 3% анестезина, фурациллина, 10% прополисом, фибринными пленками и парнетальной брюшной крупного рогатого скота. В фазе дегидратации применяли фурациллин, гипертонические растворы, кварцевое облучение. Исключительно важное значение мы придаем тщательности наложения повязок, их устойчивости на ожоговой поверхности, предупреждению инфицирования ожоговых ран. Поэтому повязки на местах, где они обычно плохо держатся, мы зашивали нитками или отдельными полосками от бинта, а на отдельные анатомические области накладывали готовые стерильные форменные повязки, например на туловище — повязку формы жилета или рубашки-распашонки с завязками, на тазовую область — «труссы», на кисть — «перчатки», на лицо — «маску». Повязка состоит из 4 марлевых слоев. Форменные повязки готовят заранее и автоклавируют. Их накладывают на 7—8 дней и больше.

Обожженным конечностям придавали функционально выгодное положение и фиксировали шинами или гипсовыми лонгетами. Первые 2—3 перевязки мы производили через 7—8 дней, как правило, под закисно-кислородным наркозом. Если ожоговая поверхность не имеет признаков нагноения, то назначение ванн перед перевязками с целью отмачивания повязки мы считаем нецелесообразным, так как при этом трудно уберечься от инфицирования. Ожоги II степени, как правило, через 10—14 дней заживают. Более глубокие поражения (III—IV ст.) на 4—5-й неделе очищаются от некротических тканей и покрываются грануляциями. На этом сроке наиболее выгодно для ускорения заживления ран, для борьбы с раневым истощением и с целью предупреждения образования обезображивающих рубцов, деформаций и контрактур производить аутодермопластику. Пересадку свободных кожных лоскутов мы делали всем нуждающимся в ней, за исключением лиц, категорически отказавшихся от этого метода. Аутотрансплантаты на гранулирующие ожоговые раны пересажены 48 обожженным: 30 — расщепленные лоскуты, взятые с помощью электрического или ручного дерматомы, 12 — цельные перфорированные лоскуты по Б. В. Парину, 6 — эпидермальные лоскуты по Тиршу. У 11 больных пересадку производили в два этапа. Приживление лоскутов наблюдалось на площади от 60 до 85% обожженной поверхности. Пересадка кожи давала хорошие косметические и функциональные результаты. Гомотрансплантаты, пересаженные 6 пострадавшим, ни у одного не прижили даже на короткий срок.

С целью профилактики и лечения рубцов, деформаций и контрактур мы широко используем физиомеханотерапию и протеолитические ферменты (лидазу, ронидазу, стекловидное тело, алоэ, ФИБС).

В результате применения комплексной терапии летальность от ожогов снизилась до 2,3%. Среди погибших было 6 детей в возрасте от 1 месяца до 4 лет. Подавляющее большинство умерло в токсической фазе ожоговой болезни.

Среднее число койко-дней — 13,8.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А. А., Шрайбер М. Г., Долгина М. И. Хирургия, 1962, 6.—2. Попов А. Ф. Казанский мед. ж., 1959, 3.