

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОЖОГАМИ

Доцент А. Ф. КОТОВИЧ

Из клиники госпитальной хирургии (заведующий — профессор И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института (ректор — профессор Г. А. Медведева)

По литературным данным, среди стационарных больных с травматическими повреждениями больные с ожогами составляют 5—7 проц. В Витебской областной клинической больнице за пятнадцать лет (1946—1960 гг.) они составили 1,7 проц. к хирургическим, 7,3 проц. к травматическим больным. За указанный срок под нашим наблюдением находилось 424 больных с ожогами, из них 43,6 проц. падает на детей до 10 лет, 49,3 проц. на возраст от 11 до 50 лет и 7,1 проц. на лиц старше 50 лет.

Тяжесть течения ожоговой травмы зависит от распространенности ожога, глубины поражения тканей, возраста пострадавшего, физических свойств агента, вызвавшего ожог, характера проводимых лечебных мероприятий. Для определения глубины поражения тканей предложено много классификаций.

У наших больных 60 проц. поражений относились к одной какой-либо степени, а 40 проц. — поражений носили комбинированный характер. 80,4 проц. составили ожоги II—IIIА степени и 19,6 проц. IIБ и IV степени. У 61,6 проц. больных ожоговая поверхность была до 10 проц. и у 38,4 проц. — свыше 11 проц. поверхности тела. Явления шока наблюдались нами у 68 больных. У детей до 10-летнего возраста шоковое состояние встретилось у 26 проц., у взрослых у 16,5 проц.

Успех в лечении больных с ожогами зависит от правильного оказания им первой помощи, проведения противошоковых мероприятий и последующего лечения.

Противошоковые мероприятия мы начинали в приемном покое и продолжали в операционной. Для борьбы с шоком применяли морфин, переливание крови, внутривенное введение противошоковой жидкости, полиглюкина, раствора глюкозы, новокаиновую блокаду, сердечные средства, кислород, хлоралгидрат в клизме. За 1946—1955 гг. (первый период) из 46 больных с шоком только 2 перелита консервированная кровь и одному больному плазма, а остальные получили противошоковую жидкость, физиологический раствор хлористого натрия, 5-проц. раствор глюкозы. Из 46 этой группы больных умерло 16.

За 1956—1960 гг. (второй период) из 29 больных с шоком 20 перелита кровь по 250—500 мл и остальным плазма. После переливания крови внутривенно вводили полиглюкин, 5-проц. раствор глюкозы и др. У некоторых больных указанные мероприятия сочетались с поясничной блокадой, футлярной анестезией, орошением ожоговой поверхности теплым 0,25-проц. раствором новокаина или с введением последнего под ожоговую поверхность.

Больным с обширными ожогами, находившимся в состоянии тяжелого шока, противошоковые мероприятия продолжались в течение двух суток. Количество переливаемой жидкости не превышало 3000 мл в сутки. Из 29 больных этой группы умерло 6.

При развитии токсемии больным переливалась кровь в количестве 250—400 мл, 5-проц. раствор глюкозы, физиологический раствор хлористого натрия, применялись антибиотики, сердечные, кислород, хлоралгидрат в клизме. Все эти мероприятия проводились под контролем

общего состояния больных, анализов крови и мочи, биохимических сдвигов и продолжались от 3 до 6 дней.

К концу первой недели у них развивалась вторичная анемия, длительное время держалась лихорадка, наблюдался повышенный распад белка, что приводило к гипопротейнемии. Часть больных находилась в состоянии ожогового истощения. В фазах септикотоксемии и регенеративных процессов в целях стимуляции регенерации, улучшения состава крови и общего состояния детям переливалась кровь по 250 мл, взрослым от 500 до 1000 мл 1—4 раза в неделю. Переливания крови являлись подготовкой к пластическим операциям.

С 1946 по 1952 гг. мы производили первичную хирургическую обработку ожоговой поверхности по Вильбушевич, с 1953 г. — туалет обожженной поверхности без удаления отслоившегося эпидермиса (пузырей), что положительно сказалось на заживлении ожоговой раны.

Лечение больных с ожоговой поверхностью в основном мы проводили закрытым методом с применением автомобильного отработанного картерного масла (ОКМ), стрептоцидной эмульсии, фурацилиновой мази, раствора риваноля, синтомициновой эмульсии. Раствор риваноля нами применялся при подготовке ран к операции.

При ожогах II степени (341 больной) средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 9,8 дня. 21 проц. этих больных выписался с зажившими ожогами, остальные заканчивали лечение в поликлиниках.

С ожогами IIIБ и IV степени мы наблюдали 83 больных, им регулярно производили массивное переливание крови, давали полноценное питание (с повышенным содержанием белков и витаминов), а некоторых больных питали аминокислотами при помощи желудочного зонда.

Всем больным обеспечивался хороший уход. В целях профилактики ожогового истощения, получения лучших функциональных результатов и сокращения сроков лечения 45 больным 75 раз произведена пересадка кожи. До 1957 г. пересадка кожи у нас производилась на гранулирующие раны с использованием мелких кусочков кожи, а с 1958 г. дерматомным лоскутом кожи. У больных с обширными и глубокими ожогами тела некрэктомия и последующая свободная кожная пластика производились поэтапно большими дерматомными лоскутами и методом «почтовых марок». У некоторых больных аутоотрансплантаты приживали полностью, а у большей части больных приживление трансплантатов наблюдалось в 90—95 проц.

Приводим наше наблюдение.

Больная Т., 2 лет, была доставлена в клинику 4 марта 1960 г. с обширными гнойными ранами в области живота, промежности, бедер, ягодиц, области тазобедренных суставов. 12 января девочка получила ожоги IIIБ-IV степени пламенем. Общая площадь глубокого ожога 40 проц. В районной больнице девочке проведен полный объем противошоковых мероприятий и некрэктомия. При поступлении в клинику у ребенка были отеки, лихорадка, анемия, гем. 37 проц., эр. 1 900 000, белок в моче. Белок крови равен 4,5 мг/проц. Ребенок был крайне истощен. В клинике ей 29 раз переливалась кровь по 150—250—500 мл, 6 раз производилась пересадка аутокожи расщепленным лоскутом «почтовых марок» и перемещенным полнослойным лоскутом. Больная находилась в клинике 139 дней, выписана в хорошем состоянии с зажившими ранами.

Результаты лечения таковы: из 424 больных умерло 35, что составляет 8 проц., у детей летальность 11,8 проц., у взрослых — 3,8 проц.

В первом периоде нашей работы из 270 умерло 24 (8,9 проц.), во втором периоде из 154 больных умерло 11 (7 проц.).

Снижение летальности во втором периоде на 1,9 проц., по сравнению

с первым, связано не более легкими ожогами, а с улучшением методов лечения. Так, в первом периоде обширные глубокие ожоги составили 17,5 проц., тогда как во втором периоде — 20,3 проц. Детей до 10 лет в первом периоде было 39,2 проц., а лиц старше 50 лет — 6,3 проц., в то время как во втором периоде соответственно 51,3 и 8,4 проц.
