

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАНЕНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

И. Б. Олешкевич

Из амбулатории Уралэлектромашин (главврач И. Б. Олешкевич, Свердловск)

Если лечению ран в обстановке стационара посвящается достаточное количество работ, то совершенно недостаточно освещается вопрос о лечении ран в условиях амбулатории. А между тем удельный вес травматических повреждений, подлежащих лечению в амбулатории, по отношению к общему количеству ранений довольно велик.

В настоящей работе я останавлиюсь на вопросе о выборе метода лечения амбулаторных ранений. Не подлежит сомнению, что в первые 6—8 часов после нанесения повреждения наилучшим методом лечения ран является первичная обработка по способу Фридриха; в случаях же ранений с большими дефектами кожи должна производиться первичная пластика. Совершенно иначе обстоит дело, когда больные обращаются в амбулаторию по прошествии этого срока. Кроме того, не во всяком хирургическом кабинете имеется соответствующая обстановка для такой операции, как первичная обработка раны с последующим наложением швов; да и не всякий амбулаторный хирург в состоянии справиться с такой операцией, а тем более с пересадкой.

В настоящее время наиболее распространенным методом лечения мелких ранений в амбулаторных условиях является сухая асептическая повязка, недостаток которой заключается в том, что повязка обыкновенно присыхает к ране, вызывая болезненность, что вынуждает больных настаивать на частых перевязках, вред же частых перевязок известен всякому хирургу: при всяком снятии повязки разрушается недостаточно устойчивый раневой барьер, открываются кровеносные сосуды, имеющаяся обыкновенно в ране слабовирулентная инфекция становится более вирулентной, что приводит к обострению воспалительного процесса, в результате чего затягивается лечение.

Способ Лера — лечение ран пастой, состоящей из рыбьего жира и вазелина, — этих недостатков не имеет. Методика Лера, как известно, заключается в том, что при свежих ранах после первичной обработки, где неприменим первичный шов или где наложены направляющие швы, а также в случаях открытых переломов, на рану накладывается толстым слоем паста, состоящая из рыбьего жира и вазелина, после чего конечность загипсовывается.

Первая перевязка обычно производится через 10—14 дней. Поверхностные раны к этому сроку оказываются зажившими.

Имея некоторый опыт применения этого метода в амбулаторной практике с хорошими результатами, я считаю нужным поделиться им с товарищами на страницах настоящего журнала. Прежде всего о применении гипсовой повязки. Несмотря на целесообразность гипсовой повязки, которая создает покой, необходимый для заживления раны, наложение гипса в амбулаторных условиях не всегда выполнимо, особенно там, где имеется большое количество травматических повреждений. Поэтому, естественно, должен ставиться вопрос об упрощении этой методики.

Многу способ Лера применяется следующим образом: рыбий жир и стерилизованный вазелин берутся в равных количествах и смешиваются. При первом обращении больного с свежей раной производится обработка последней, и в тех случаях, где это возможно, накладываются направляющие швы. Затем рана покрывается марлей, на которую наносится толстым слоем паста, состоящая из рыбьего жира и вазелина; поверх марли кладется слой стерильной ваты и затем забинтовывается. Первая перевязка производится в зависимости от тяжести ранения в среднем на 9—10-й день, в течение же этого времени допускается смена верхних слоев повязки, однако, без причинения больному болезненных ощущений. Вышеописанным методом я пользуюсь с начала 1935 года и вполне доволен получаемыми результатами. Довольны также и больные, за исключением отдельных случаев — любителей частых перевязок. Для иллюстрации привожу несколько историй болезни.

Случай 1. К. П. 38 лет, обратился 26.XI.1936 в амбулаторию УЭМ по поводу ранения первых фаланг III и IV пальцев правой руки. Ранение произошло во время работы. Объективно: на первых фалангах III и IV пальцев правой руки рваные раны в таком виде, что не осталось здорового кусочка кожи. Рана обработана. Наложена повязка из рыбьего жира с вазелином. 29.XI перевязка по настоянию больного. По снятии повязки рана кровоточит. Снова мазевая повязка. 1.XII снова перевязка с таким же кровотечением. Наложена мазевая повязка, которая не снималась до 13.XII. При последующей перевязке состояние ран хорошее, больше половины дефекта эпителизовалось, остальная поверхность ран имеет хороший вид. Наложена мазевая повязка. 20.XII повторная перевязка, раны зажили, больной получил освобождение еще на 3 дня, после чего направлен на работу.

* Случай 2. Больная Г. Е., 18 лет, 10.I.1937 обратилась в амбулаторию УЭМ по поводу ранения II и III пальцев правой руки. По профессии чернорабочая. Во время работы рука попала под вагонетку. Объективно: соответственно первым фалангам II и III пальцев правой руки имеются рваные раны, захватывающие кожу и глубже лежащие мягкие ткани, доходящие местами до кости; рана загрязнена. Под местной анестезией (1/2% новокаин) обработка раны—удаление кожных лоскутов и очистка раны от загрязнения. После обработки раны наложена повязка с пастой. Повторное посещение амбулатории 15.I. Раны не беспокоят больную. Смена верхних слоев повязки. 19.I перевязка, раны покрыты хорошими грануляциями, с краев эпителизируются. Повязка с пастой. 25.I повторная перевязка, рана на III пальце зажила, на II остался небольшой дефект без эпителия. Повязка с пастой. 29.I перевязка, рана зажила, больная выписана на работу.

Случай 3. К. М., 33 лет, обратился 19.I.1937 в амбулаторию УЭМ по поводу ранения большого пальца правой руки. Рука попала в строгальный станок. Объективно: на ладонной поверхности большого пальца имеется глубокая рана с рваными неровными краями. Обработка раны под новокаиновой анестезией. На обработанную рану наложена повязка с пастой. Первая перевязка 28.I, рана на 2/3 эпителизовалась, оставшаяся часть покрыта здоровыми грануляциями. Повязка с пастой. 6.II повторное обращение в амбулаторию, рана зажила, больной выписан на работу.

Случай 4. К. И., 19 лет, слесарь, 13.I.1937 обратился в амбулаторию УЭМ по поводу ранения большого пальца левой руки. Во время работы палец попал в фрезерный станок. Объективно: в области ногтевой фаланги имеется рваная рана, захватывающая всю тыльную поверхность и часть ладонной; ноготь вместе с мягкими тканями сорван. Рана не загрязнена и имеет сравнительно ровные края. Обработка раны, после чего наложена мазевая повязка. 17.I смена верхних слоев повязки. Рана не беспокоит. 20.I перевязка, рана с краев эпителизируется, остался сравнительно небольшой дефект кожи. Повязка с пастой. 25.I повторная перевязка, рана эпителизовалась, больной трудоспособен.

Таким способом проведено 160 больных, причем у всех было повреждение пальцев и кисти рук. Для того чтобы легче было произвести разбор всех этих случаев, я их подразделил на следующие 4 группы: легкие повреждения—60 человек, повреждения средней тяжести—84 человека, с тяжелыми повреждениями—12 человек и требующие ампутации одного или нескольких пальцев—4 человека. Последних 4 человек я выделил из группы тяжелых повреждений потому, что эти больные вынуждены были перейти на работу с меньшей ква-

лификацией, тогда как 12 человек с тяжелыми повреждениями остались на своей прежней работе. Подразделение это, конечно, искусственное, но оно облегчает описание всех случаев. Показателем тяжести повреждения, как видно из дальнейшего, является характер повреждения ткани и срок, необходимый для окончательного восстановления функции конечности.

С легкими повреждениями было 60 человек, т. е. 37,5% общего количества больных. Это были случаи с поверхностным нарушением кожи, главным образом пальцев рук. Всем этим больным при обращении в амбулаторию накладывалась повязка с пастой и они продолжали выполнять свою работу и только в конце рабочего дня менялся бинт. Почти ни у одного из них рана не нагноилась и всегда быстро заживала.

К группе средних повреждений я отношу единичные или множественные ранения кистей и пальцев рук, где при единичном ранении одного пальца или кисти повреждения мягких тканей были со значительным дефектом кожи, требующим по существу первичной пересадки кожи, а в случаях множественных ранений повреждения эти были более поверхностными. Всего больных с такими повреждениями было 84. Больничными листками пользовались от 3 до 12 дней, в среднем 8 дней. К тяжелым повреждениям мною отнесены ранения кисти или пальцев рук, носящие характер преимущественно рваных ран. При последних, как правило, требовалась первичная обработка раны, и в тех случаях, где это возможно, накладывались направляющие швы. Всего больных с подобными ранениями было 12. Продолжительность нетрудоспособности при этих ранениях равнялась от 15 до 30 дней, в среднем 20 дней. Период заживления раны была несколько короче этого срока. И, наконец, с повреждением пальцев рук, требующим ампутации, было 4 человека. Показанием к ампутации являлись: открытые переломы, повреждения сухожилий, сопровождавшиеся резким повреждением кровеносных сосудов. К ампутации приходилось прибегать в самом крайнем случае, т. е. когда никакими средствами нельзя было сохранить поврежденный палец. Здесь также после наложения швов на рану накладывалась повязка с пастой. Из-за незначительного числа больных этой категории вывести среднюю продолжительность нетрудоспособности не представляется возможным. Но и в подобных случаях мазевая повязка имеет преимущество перед сухой повязкой, так как последняя присыхает к ране и при снятии ее невольно причиняется боль. Кроме того, под мазевой повязкой создаются условия влажной камеры¹, вследствие чего лучше происходит регенерация клеточных элементов. Немаловажное значение для больного имеет также и то, что мазевая повязка не вызывает болевых ощущений в ране, что является одним из необходимых условий лечения ран. Последнее особенно наглядно было у больных с легкими повреждениями, когда им с такой повязкой приходилось выполнять свою работу.

Таким образом, мазевая повязка с рыбьим жиром при промышленных повреждениях в условиях амбулаторной работы себя оправдала.

¹ Условия влажной камеры благоприятно влияют и на развитие инфекции.
Р е д.