
Z PRAXE

616-001.17-08

PRÍSPEVOK K LIEČBE TERMICKÝCH POPÁLENÍN

MUDr. Tatjana MELIKOVÁ

Chirurgické oddelenie nemocnice s poliklinikou Hnúšťa-Likier, OÚNZ Rim. Sobota,
prednosta primár MUDr. Viktor FIEDLER

Liečba popálenín termického pôvodu zaznamenala za posledných 20 rokov taký prudký vývoj a zaregistrovala toľko vhodných spôsobov liečby, že prakticky nie je možné vysloviť názor „ten a žiaden iný“ čo sa týká spôsobu, ako u máloktovej choroby alebo poškodenia.

Všeobecne sa dá povedať, že koľko popálenín, toľko druhov a spôsobov liečby. Závisí to jednak na názoroch ošetrojúcich chirurgov, jednak na materiálnych a kádrových možnostiach oddelení. Je však dnes už samozrejým faktom, že popáleniny patria na aseptické chirurgické oddelenie.

Na našom terénnom pracovisku všeobecného profilu sme vyskúšali všetky spôsoby liečby. Na koľko slúžime priemyselnému terénu, máme popálených chorých pomerne veľa. K počtu priemyslových termických poškodení kožného krytu pribúda aj značný počet detských popálenín, väčšinou z nepozornosti dospelých a zo zvedavosti a nedisciplinovanosti samých detí. Najčastejšie v detskej skupine sú oparenia vreľými tekutinami. Naše skúsenosti sa týkajú všetkých vekových skupín a rôznych zamestnaní, pričom poškodenia boli spôsobené za rôznych okolností.

Možno nám preto dedukovať svoje skúsenosti a zhrnúť ich do súhrnu poznatkov, uplatniteľného v širokej praxi. Tieto skúsenosti budú užitočné, podľa nášho názoru, pre malé terénne pracoviská a pre prípad mimoriadnych okolností.

V prevážnej väčšine našich popálených sa nám osvedčila liečba otvorenou metódou. Podmienkou pre jej aplikáciu bolo, aby poškodená plocha nebola primárne hrubo znečistená a aby aspoň jej väčšia časť bola povrchová.

V krátkosti uvedieme spôsob ošetrenia, ktorý používame a ktorý sa nám plne osvedčil.

Poranený sa dostáva na naše oddelenie za 30 minút až 8 hodín po poranení (podľa vzdialenosti bydliska ev. miesta úrazu). Nemôžeme sa pochváliť, že by primárne ošetrenie bolo vždy správne. Častejšie sú prípady použitia rôznych domácich prostriedkov — nešterilných masť a olejov, vajec, mydla ap. Ak nie je popálená plocha skutočne hrubo mechanicky znečistená, omývame ju len od primárneho „ošetrenia“ teplým izotonickým roztokom NaCl za šterilných kautel na operačnom sále tak, aby sme ju zbavili arteficiálnych nánosov aspoň makroskopicky. V prípade, že sa nám to nedarí, ponechávame nečistotu in situ. Považujeme to za menšie zlo, ako ďalšie porušovanie poranenej plochy kožného krytu. Potom prebodneme alebo prestrihneme pluzgiere a vypustíme ich obsah. Vzdutú epidermis neodstrihávame, ponechávame ju ako biologický kryt. Automaticky každý poranený dostáva primeranú dávku SAT a TAT (podľa anamnézy). Bežne ordinujeme penicilín. Pri hrubšom nezistení pridávame iné atibiotikum, prípadne podávame antibiotikum širokospektrálne (podľa rýchlej mikrobiologickej diagnostiky). Chorého ukladáme na šterilnú bielizeň na nosítka a dopravujeme na posteľovú časť oddelenia. Naši popálení chorí ležia na izbe, ktorá je vyhradená pre popálených a kostno-zhybové aseptické operácie. Je samozrejmé, že sa riadime celkovým stavom chorého. Pri prítomnosti šoku najprv dešokujeme, sedatíva a parenterálny prívod tekutín, plazmy, ev. krvi, v prípade potreby kortikoidy. Na posteľ ukladáme poraneneho tak, že na posteli má prestretú šterilnú bielizeň, ktorá sa mení v secernujúcim údobí 2—3× denne. Po vytvorení pevnejších eschár (3.—4. deň) 1× denne. Aby sa bielizeň nedotýkala poranenej plochy, dávame na posteľ „búdu“ z Kramerových dláh, ktorá je zospoda i zvrchu krytá šterilnými plachtami. Chorý je chránený pred chladom i pred trením bielizne a nepriamo je nútený zachovávať posteľový režim. Zabraňuje sa tým aj prípadné zoškriabanie eschár. Ranná plocha má tedy prakticky úplný kľud pre hojenie.

Pri tomto spôsobe liečby vzniká niekoľko otázok. Ako prvú možno položiť otázku zachovania šterility. Je zaujímavé, že napriek tomu, že hospitalizujeme popáleniny prevážne väčšieho rozsahu alebo zvláštnej lokalizácie, pričom plochy poškodenia sú prevážne bullózne, nevyskytla sa nám doteraz ani jedna nozokomiálna nákaza (v rokoch 1956—61) popálenej plochy a z toho dôvodu predĺžené alebo komplikované hojenie.

Je tedy aseptické hojenie popálenín možné pri otvorenom spôsobe aj v bežnej prevádzke chirurgického oddelenia všeobecného profilu za dodržania zásad bežnej chirurgickej asepsy. Toto naše stanovisko je v súhlase s pozorovaním Kolesnikova a Arjeva.

Ďalšou otázkou, ktorá sa vynára, je náhrada straty tekutín. Nepozorovali sme, že by pri otvorenej metóde bola signifikantne zvýšená spotreba plazmy, krvi alebo náhradných roztokov. Bežne postupujeme podľa Evansovho alebo Clarksonovho schématu Airdovým pravidlom. Ukazateľom dostatočného prívodu tekutín je nám turgor kože, vlhkosť jazyka, náplň žíl, počet červených krviniek, množstvo hemoglobínu, hematokrit, psychický stav chorého, množstvo moča, jeho špecifická váha a sediment. V indikovaných prípadoch podávame kortikoidy. Všetci popálení dostávajú vysokobielkovinovú diету a ovocné šťavy.

Rýchlosť hojenia je okrem iného podmienená aj hĺbkou poškodenia kožného krytu. Medzi našimi poranenými bolo málo tých, ktorí by mali aj rozsiahlejšie poškodenie hlbších vrstiev, ktoré by vyžadovali transplantáciu. Tam sme k nej pristupovali, akonáhle boli splnené podmienky pre prihojenie transplantátu. Kontrolná skupina chorých, liečená metódou masťného tlakového obväzu mala rovnakú dĺžku hojenia. Veľmi kladne pôsobí na chorých psychický moment možnosti ľahkého pobytu bez obmedzovania obväzom. Tam, kde poškodenie kožného krytu postihuje oblasť zhybov, prikladáme podľa potreby masťný tyl pre uvoľnenie napätia pri pohyboch, ináč celú plochu často a pravidelne pokvapkávame šterilným olivovým olejom. Rehabilitujeme od 3.—4. poúrazového dňa, akonáhle vymizla najpaľčivejšia bolesť, prípadne pod clonou analgetík a ataraktík. Včasnou rehabilitáciou dosahujeme, že naši chorí súčasne so zhojením popáleniny sú fyzicky i psychicky plne zdatní a ich práceneschopnosť sa zbytočne nepredlžuje dodatočnou rehabilitáciou, ktorá je pochopiteľne, aj podstatne menej účinná. Ani po niekoľkých rokoch, pri správnom ošetrovaní plochy niekdajšej popáleniny, sme nepozorovali ani zvláštne keloidy ani kontrahujúce jazvy. Psychicky boli chorí veľmi dobre komponovaní práve pre včasnú rehabilitáciu a okrem toho, a v nemalej miere aj preto, že sami na vlastné oči stále mohli pozorovať úspešné hojenie.

Uvedený otvorený spôsob liečby povrchových alebo prevážne povrchových popálenín sa nám veľmi dobre osvedčil aj z hospodárskych a kádrových dôvodov. Nevyžaduje bolestivé a materiálne nákladné preväzy a nezaťažuje operačné preväzový personál. Okrem toho popálení si nevyžadujú takú neustálu opateru pri každom pohybe, ako keď sú zabalení do silnej vrstvy obväzu. Toto je výhodné najmä tam, kde je nedostatok ošetrojúceho personálu. Chorí udávajú, že im je ďaleko príjemnejšie ležať nahým alebo temer nahým, ako obviazaným, najmä v lete. Takisto aj tento moment má veľmi blahodárny vplyv na psyché poraneneho.

Keď hodnotíme výsledky otvorenej metódy liečby povrchových popálenín mimo tváre, rúk, ge-

nitálu a okolia análneho otvoru, musíme vyzdvihnúť jeho klady, za ktoré považujeme: šetrenie psyché chorého, skorú rehabilitáciu a tým aj skrátenie doby práceneschopnosti, materiálovú úšporu a nezaťažovanie operačného personálu, nepredlžujúcu sa dobu hojenia, ktoré prebieha bez komplikácií a výborný výsledok aj po dlhšej dobe (až 5 rokov). Odpadá potreba poškodzovania ďalších plôch braním autotransplantátových štepov, čo je výhodné najmä pre rozsiahle poškodenia, poprípade poškodenia multilokálne. Zistili sme, že táto metóda je výhodná najmä pre oddelenia so všeobecným chirurgickým profilom a nedostatočným počtom lekárskeho a strednozdravotníckeho kádru bez újmy na kvalite ošetrovania a bez ústupkov asepsii.

Relatívnou nevýhodou je spotreba šterilnej bielizne pre krytie postele, čo však nijako zvlášť nezaťažuje prevádzku oddelenia, kde sa denne šterilizuje. Vo výnimočných prípadoch možno vymieňať posteľnú bielizeň až raz za 2—3 dni (od

3.—4. dňa po úraze), o nezávadnosti čoho sme sa presvedčili, keď pre poruchu v práčovni sme nemali raz dostatok čistej bielizne.

Záver: Odôvodňujeme vhodnosť použitia otvorenej metódy liečenia povrchových alebo väčšinou povrchových popálenín, najmä väčšieho rozsahu pre liečbu na chirurgických oddeleniach všeobecného profilu s nedostatkom lekárskeho a strednozdravotníckeho kádru.

Uvedený spôsob liečby je vhodný pre svoje nízke materiálne a personálne nároky, skorú rehabilitáciu a skorý návrat práceneschopnosti pri nepredĺženej dobe liečenia a dobré neskoré výsledky aj pre použitie za mimoriadnych okolností.

Písemnictví

1. Holubec, Karfík: Chirurgická léčba popálenin, SZdN, 1956.
2. Rapant a kol.: Chirurgie velkých krvácení, SZdN, 1959.
3. Postnikov: Sovremennoe lečenie termičeskich ožogov. Izdat. AMN SSSR, Moskva 1952.
3. Owens et al.: A Rev. Plast. a. Reconstr. Surg., 16:480, 1955.
4. Clarkson: J. R. A. Med. Corps, 101, 3, 1955.
5. Kolesnikov, Arjev: Vest. chir. im. Grek., 6, 48, 1961.