

излившаяся в брюшную полость кровь собирается в стерильную банку от аппарата Боброва с помощью вакуума, создаваемого электроотсасывающим аппаратом, и к ней добавляется 4% раствор лимоннокислого натрия из расчета 10:200. После этого кровь дважды фильтруют через 8 слоев марли тем же шприцем непрерывного действия, которым мы только что проводили местную анестезию, вводят собранную кровь в любую, наиболее выраженную вену большого сальника. Свободная часть сальника, выведенная из брюшной полости, должна лежать на ладони левой кисти, а большой и указательный пальцы — охватывать в месте прокола иглу, находящуюся в вене. Таким приемом мы удерживаем шприц прочно обеими руками и фиксируем иглу в вене. После переливания крови место прокола берется на зажим и лигируется.

Нами применен этот способ 12 раз у женщин с прервавшейся внематочной беременностью. Всего мы сделали 16 таких переливаний без каких-либо осложнений и реакций. У одного больного кровь в количестве 500 мл была собрана из брюшной полости после разрыва селезенки.

Мы не рисковали переливать кровь тучным и температурающим больным. Не следует вводить кровь в сосуды брыжейки во избежание тромбоза.

Предлагаемый нами способ (с учетом всех вышеперечисленных замечаний) безопасен и прост.

УДК 616.5—089.844

А. П. Фраерман (Шабалинская районная больница Кировской области).
Свободная кожная пластика в условиях районной больницы

Кожная пластика применялась у больных с гранулирующими ранами после травм и ожогов, с трофическими язвами.

Больные с кожными дефектами получали усиленное питание, богатое белками и витаминами. Им переливалась кровь и кровезаменители. За два-три дня до операции назначались антибиотики широкого спектра действия. На ночь, если это было необходимо, назначались снотворные средства. Раневая поверхность очищалась перевязками с гипертоническим раствором, если гнойное отделяемое было обильным, и с фурациллином, если оно было незначительным. Место дефекта считалось готовым к пластике, когда грануляции были ярко-красного цвета, мелкозернисты. Незначительное гнойное отделяемое не являлось препятствием к трансплантации кожи. Кожа бралась дерматомом системы «Красногвардеец» чаще всего с передней поверхности бедра. Лоскут толщиной 0,2—0,3 мм перфорировался глазным скальпелем и пересаживался на место дефекта. Причем, чаще всего это были грануляции. Лоскут фиксировался тонкими шелковыми швами к краям дефекта, присыпался порошком синтомицина, затем накладывалась амортизирующая повязка из стерильных шариков и осуществлялась гипсовая иммобилизация.

В первые дни после операции соблюдался постельный режим. Больной получал антибиотики. Швы снимались на 7—8 день. Если повязка промокала, перевязка делалась раньше. Хотя не у всех больных нам удавалось сразу добиться полного заживления дефекта с помощью пластических операций, но мы и больные всегда были удовлетворены результатами, ибо даже там, где лоскут расплавлялся, он стимулировал эпителизацию, и срок лечения сокращался.

Всего нами сделано 30 кожнопластических операций 24 больным. Величина кожного дефекта колебалась от 50 до 1000 см².

Нашим больным пересадки делались в различные сроки после травмы. Чаще всего это был конец первого месяца и начало второго. К этому времени раневая поверхность обычно бывает готова к пересадке и общее состояние больного позволяет произвести операцию.

УДК 616.71—089.844—616 714

Х. М. Шульман и Л. И. Костандян (Казань). Первичная краниопластика теменной костью плода

Х., 10 лет, поступил 21/VII 1962 г. по поводу открытого оскольчатого проникающего перелома лобной кости с повреждением пазух и ушибом головного мозга (удар копытом). Травма сопровождалась кратковременной утратой сознания.

При поступлении состояние средней тяжести, со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Пульс 100, АД—110/70, дыхание не нарушено. Легкий правосторонний гемипарез. В левой надбровной области ушибленная рана 6,0×1,5 см. На рентгенограммах определяется многооскольчатый вдавленный перелом лобной кости слева с повреждением пазух. Через 7 часов после травмы произведена первичная хирургическая обработка. Дефект в твердой мозговой оболочке зашит наглухо. Удалена слизистая оболочка оставшихся участков лобных пазух. Последние запломбированы цементом. Дефект оперированного участка (8,0×2,5 см) прикрыт теменной