

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 см<sup>2</sup>.

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 темнойной

костью черепа плода. Трансплантационный материал был консервирован замораживанием при температуре от  $-20$  до  $-30^{\circ}\text{C}$  в течение 40 дней. Пересаженная кость фиксирована к краям костного дефекта четырьмя шелковыми лигатурами. Прилежащие к воспринимавшей кости участки трансплантата прикрыты отслоенной надкостницей. Рана послойно зашита наглухо. На контрольной рентгенограмме в боковой проекции, произведенной через неделю после операции, определяется тонкая пластинка костного трансплантата толщиной в 1 мм, закрывающая дефект кости.

Послеоперационное течение осложнилось менингоэнцефалитом и нагноением в области лобной пазухи, с образованием свищевого хода. Терапия антибиотиками оказалась неэффективной, в связи с чем 15/XII 1962 г. произведена вторичная обработка раны с удалением цемента из лобных пазух. Через 2 недели после операции рана закрылась.

При пальпации область замещенного дефекта твердая, повторяет конфигурацию соответствующего участка правой половины лба.

На прицельной рентгенограмме при выписке отмечается смыкание верхнего края трансплантата с наружной пластинкой лобной кости. Внутренняя поверхность трансплантата соединена с *lamina vitrea* лобной кости нежной костной перемычкой. Пересаженная кость выглядит утолщенной в два раза с наличием двух компактных слоев и губчатой костной структурой между ними.

Создается впечатление, что консервированная кость способна хорошо моделироваться, функционально перестраиваться и противостоять инфекции. Последнее обстоятельство соответствует клиническим данным, полученным проф. А. Н. Окуловой.

УДК 616.71—007.235

**И. М. Березин, И. П. Легар, Ю. С. Федоров (г. Тольятти).  
Несовершенное костеобразование у детей**

В основе заболевания лежит врожденная неполноценность соединительнотканной основы и нарушение периостального остеогенеза при нормальном эпифизарном окостенении.

Заболевание характеризуется легкой ломкостью костей, синевой склер, понижением слуха, разболтанностью суставов, коричневой окраской зубов. Кисти и стопы нормальных размеров. Мелкие кости почти никогда не ломаются.

Ранняя форма — тяжелейшее врожденное заболевание, при котором дети рождаются ослабленными и нередко вскоре умирают.

При поздней форме заболевания симптомы выражены слабее. Ребенок выделяет особую форму — *osteogenesis imperfecta cystica*, которая характеризуется теми же изменениями в костях и наличием множества кист в них.

Под нашим наблюдением находятся двое больных.

1. Г., 2,5 лет, родился в срок от первой беременности, нормально развитым ребенком весом 2800,0. После рождения, на шестой день при пеленании, наступил закрытый перелом костей правой голени. В дальнейшем переломы часто повторялись. При осмотре в декабре 1961 г. отмечается выраженная деформация нижних, верхних конечностей и грудной клетки. Общее число переломов 20. Ребенок самостоятельно не ходит, пониженного питания, отстает в росте, слух хороший. Глаза выразительные, темные, склеры синие. Череп мягкий, податливый, легко изменяет форму при давлении. RW отрицательна. На рентгеновских снимках костей отмечается их «стеклянный» вид с истончением кортикального слоя. Определяется множество переломов длинных трубчатых костей различной давности, кости уменьшены в диаметре, обезображены. Рентгенограммы костей кажутся нечеткими, кости плохо контурируются на фоне мягких тканей.

Описанное наблюдение относится к ранней форме несовершенного костеобразования.

2. К. 11 лет, ползунок, родилась доношенным, третьим по счету, ребенком. Переломы трубчатых костей начались с пятимесячного возраста и наступали при пеленании, поворотах, игре и т. д. За 10 лет было 42 перелома. Деформация рук, ног и грудной клетки резко выражена. Череп увеличен, основные роднички и швы неокостеневшие. Склеры имеют голубую окраску. Больная слышит хорошо, умственно развита нормально. Последний год переломов костей не наблюдается. Четверо других детей в семье и родители здоровы.

Второе наблюдение является примером позднего несовершенного костеобразования. У обоих больных переломы наступали без существенной травмы, протекали почти без болей и быстро срастались.

Эффективных методов лечения врожденного несовершенного костеобразования пока еще нет. Наблюдаемые нами больные получали препараты железа, кальция, фосфора, рыбий жир, поливитамины и облучение ультрафиолетовыми лучами. Переломы костей лечили по общепринятым методикам.