

При одиночных переломах (одного-двух ребер) раствор основания новокаина мы вводим в нижнее межреберье на уровне перелома, при множественных — отступя на 3—4 см, проксимальнее места перелома (во избежание жировой эмболии). Подобным же образом анестезируются два межреберья, выше и ниже поврежденного участка, введением в каждое межреберье по 1,5—2 мл раствора. Средняя разовая доза основания новокаина — от 10 до 20 мл.

При множественных переломах и тяжелых состояниях больных мы применяли паравerteбральную блокаду по Брауну, одновременно с шейной ваго-симпатической блокадой по А. В. Вишневскому (0,25% раствором новокаина 60 мл). Благодаря медленному всасыванию основания новокаина из подкожной клетчатки и мышц оно оказывает длительное местноанестезирующее действие (М. Д. Машковский).

Местная блокада области перелома применена нами у 31 больного, паравerteбральная — у 2, а у 7 тяжелых, наряду с местной блокадой области перелома, производилась шейная ваго-симпатическая блокада тем же раствором основания новокаина в количестве 2—3 мл.

Инъекция основания новокаина сопровождается незначительной болезненностью. В течение 2—3 дней наблюдается умеренная припухлость, которая исчезает полностью, и ее следует расценивать как реакцию тканей на раствор основания новокаина.

При технически правильной инъекции основания новокаина, как правило, спустя 5—10 минут наблюдается хороший терапевтический эффект продолжительностью от 6 до 12 дней. Наступает улучшение состояния, исчезают острые боли, дыхание становится безболезненным и глубоким.

Из 40 больных лишь у 2 не наступило должного эффекта, как и после повторной блокады водным раствором новокаина.

Применение основания новокаина снизило в среднем коечное лечение больного до 11 дней, а в неосложненных случаях расширило показания для амбулаторного лечения.

Асс. И. К. Никитенко (Оренбург). Мышечная пластика в комплексном лечении хронического гематогенного остеомиелита трубчатых костей

Из воспалительного очага удаляется некробиотический субстрат, и формируется костная полость, которую следует наиболее целесообразно заполнить.

За 1950—59 гг. в этих целях мы произвели мышечную пластику у 98 больных (мужчин 76, женщин — 22). 83 оперировались в возрасте до 30 лет. Оперированы в срок до 1 года от начала заболевания 45 больных, от 1 года до 10 лет и позднее — 53.

Остеомиелит бедренной кости был у 46, большеберцовой — у 23, плечевой — у 22, лучевой — у 2 больных. У 63 остеомиелит локализовался в диафизе, у 29 — в диафизе и метафизе и у 6 — в метафизе.

У 80 больных были одиночные или множественные свищи, исходящие от пораженной остеомиелитом кости.

Рентгенологическая картина была разнообразной. Наряду с оссифицирующим периоститом, в самой кости наблюдалась деструкция с образованием полостей и секвестров. У 68 больных секвестры были одиночными, а у 13 была субтотальная секвестрация диафиза костного сегмента. У 9 больных были одиночные или множественные костные полости, но без секвестров в них. Выраженный склероз кости с перестройкой костной структуры наблюдался нами у 60 больных. У 5 больных мы наблюдали патологические переломы бедра, наступившие до поступления.

У 51 больного операция была выполнена под интраспонгиозным обезболиванием 0,5% раствором новокаина (150—200 мл), у 42 — под общим эфирным наркозом и у 5 — под инфльтрационной анестезией по А. В. Вишневскому.

Наши наблюдения показали, что в тех случаях, когда доступ к кости идет через свищ и рубцово-измененные ткани, раны заживают плохо, нередко бывает полное или частичное нагноение с последующим заживлением вторичным натяжением. Там, где разрез проводился через здоровые ткани, рана заживала первичным натяжением.

При подготовке костной полости к пластике после удаления из нее некробиотических тканей для недопущения перегибов мышечного лоскута во всех случаях, где это возможно, мы долотом снимаем костную стенку полости, прилежащую к ножке лоскута. Формирование вырезки на склерозированной кости совершенно безопасно.

В тех случаях, где костная ткань сильно разрежена, хрупкая, формирование вырезки для ножки лоскута нужно проводить осторожно, помня о возможности патологического перелома. В нашей практике случаев патологического перелома кости при операции не было.

Для ликвидации инфекции костная полость промывается физиологическим раствором, протирается марлевым шариком со спиртом и через 5—7 минут в нее вводятся антибиотики, чаще всего пенициллин, в сухом виде или в растворе в количестве 100—200 тысяч ед.

Крайне необходимо бережное отношение к мышечной ткани. Важно учитывать и направление магистральных кровеносных сосудов в мышце, чтобы не повредить их при выкраивании лоскута. Лоскут должен быть по возможности длинным и массив-

ным, короткий и тонкий лоскут при сокращении отходит от стенок костной полости, и между ними образуется остаточная полость, препятствующая приживлению лоскута. Нельзя допускать перегиба лоскута, так как это нарушает его питание.

Если остеомиелитический очаг локализуется в верхней или средней трети сегмента конечности, мышечный лоскут выкраивается на проксимальной ножке, а если в нижней трети, то на дистальной. На дистальной ножке наилучшую приживаемость дают лоскуты, пересеженные в костную полость с нижней трети бедра. Это, по-видимому, вызвано хорошим кровоснабжением тканей области коленного сустава. Лоскуты же, пересеженные в костные полости нижней трети большеберцовой кости, дают наибольший процент некрозов. Нами произведена пластика мышечным лоскутом на проксимальной ножке 74 больным, на дистальной — 24.

Когда костная полость большая и выкроенный мышечный лоскут выполняет ее не полностью, нами выкраивался дополнительный лоскут из той же или другой, близлежащей мышцы. В некоторых случаях одна костная полость заполнялась мышечным лоскутом на проксимальной ножке и другим лоскутом на дистальной.

У 89 больных операция закончена полным зашиванием раны наглухо, у 9 рана была зашита частично.

В послеоперационном периоде проводилось лечение антибиотиками. В особо тяжелых случаях больные получали комбинированное лечение различными антибиотиками, переливанием крови, общеукрепляющими средствами и витаминизированным питанием. Конечность иммобилизовалась лонгетой или глухой гипсовой повязкой.

У 80 больных рана зажила первичным натяжением, у 18 частично или полностью нагноилась и зажила в течение 4—6 недель; только у одного свищи не закрылись. Все выписались в удовлетворительном состоянии. Выписаны на амбулаторное наблюдение и лечение в гипсовой повязке 63 больных, 35 больным гипсовая повязка снята в клинике.

В отдаленном периоде после операции (от 1 года до 10 лет) прослежены 65 больных. У 22 остеомиелит был ранее рецидивирующим. Стойкое выздоровление наблюдалось у 56 (86,2%). У 9 (13,8%) остеомиелит вновь рецидивировал. При других способах заполнения секвестральной полости мы наблюдали более высокий процент рецидивов.

Асс. А. И. Шварева (Казань). Терморегуляционный рефлекс при ревматизме у детей различных возрастных групп

Произведено 501 исследование терморегуляции у 243 больных в динамике ревматического процесса. С целью контроля исследовано 30 практически здоровых детей от 3 до 16 лет. Частота и характер терморегуляционного рефлекса у больных ревматизмом следующие:

Таблица 1

Характер рефлекса	Возраст		
	3—7 лет	8—12 лет	13—16 лет
Парадоксальный	25	57	18
Отрицательный	19	51	41
Ускорена теплоотдача	1	13	—
Нормальный	1	8	10
Итого	46	129	69

Динамика терморегуляционного рефлекса у отдельных больных представляет кривую с чередованием отдельных фаз. Так, в начале острого периода при хорее более недели сохраняется нормальный рефлекс, и лишь затем наступает извращенный, а при значительных изменениях в сердце, при затяжных, волнообразных формах стойко отмечается отрицательная фаза рефлекса.

Частота и характер терморегуляционного рефлекса в течение заболевания в зависимости от формы ревматизма в различных группах больных показаны в таблице 2.

У больных ревматизмом терморегуляционный рефлекс выявляет малую их теплопродукцию. Характер реакции не зависит от формы заболевания, но отражает особенности течения ревматизма в каждой возрастной группе.

Нормализация терморегуляционного рефлекса отстает от клинического улучшения в состоянии больного. Он сохраняется патологическим и в межприступном периоде, когда другие показатели остроты процесса (температура, состав крови) нормализуются.