

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 защищена 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 заживала 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.

Форма ревматизма и возраст детей	Рефлекс			
	парадок- сальный	отрица- тельный	ускоренный	нормальный
<b>Хорея</b>				
Дошкольный . . . . .	8	3	1	—
Школьный . . . . .	24	22	6	3
Подростковый . . . . .	6	9	—	2
<b>Сердечная форма</b>				
Дошкольный . . . . .	19	10	2	2
Школьный . . . . .	21	28	2	5
Подростковый . . . . .	16	23	6	10
<b>Сердечно-суставной</b>				
Дошкольный . . . . .	24	14	—	6
Школьный . . . . .	66	49	9	16
Подростковый . . . . .	19	26	5	10

**М. Г. Лысая (Казань). Лечение гнойничковых заболеваний кожи введением пенициллина непосредственно в очаг инфекции**

При лечении фурункулов и гидраденитов за последние 7 лет нами производилось обкалывание инфильтрата (лучше — в начальной стадии) раствором пенициллина (100—200 тыс. ед.). Только в отдельных случаях приходится через день это обкалывание повторять. Таким образом было лечено 140 мужчин и 60 женщин; с фурункулами различной локализации — 187 и гидраденитами — 13.

Через день значительно уменьшались инфильтрат, болезненность. Полное рассасывание воспалительного инфильтрата наступало через 2 дня.

Контрольной группе в 30 больных с фурункулами и гидраденитами мы вводили пенициллин внутримышечно по 200 000 ед. с аутокровью ежедневно в течение 3 дней. Местно применяли ультрафиолетовое облучение, УВЧ и мазевую терапию. Полное рассасывание инфильтрата наступало в среднем лишь через 5—6 дней. Эффективность лечения пенициллином путем обкалывания находится в зависимости от срока начала лечения (стадии развития воспалительного инфильтрата). Наилучший терапевтический эффект получен при обкалывании фурункула пенициллином в момент его формирования.

## ОБЗОР

### ИНКЛЮЗИОННАЯ ЦИТОМЕГАЛИЯ (РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО)

Доц. В. Я. Царева

(Казань)

Инклюзионная цитомегалия — это вирусное заболевание, одним из признаков которого является появление в разных органах «цитомегалических» (гигантских) клеток с характерными включениями (инклюзиями). Несмотря на то, что патолого-анатомические описания первых случаев заболевания появились более 60 лет тому назад, клиническая картина его до сих пор сравнительно мало известна широкому