

Из числа оперированных умерло 5 больных. Исход операции зависел от общего состояния ребенка, наличия осложнений, рационального выбора обезболивания.

Все препараты опухолей подвергались гистологическому исследованию. В 13 случаях установлен доброкачественный характер, в 4 — малигнизация новообразования.

4 ребенка поступили в возрасте старше 6 мес (6,5 мес, 11 мес, 3 года, 9 лет). Позднее поступление объяснялось недостаточной осведомленностью врачей участковых больниц о лечении данной патологии или бессимптомным течением тератом.

В послеоперационном периоде у одного из этих больных образовался ретроректальный свищ. Последний иссечен с хорошим результатом. Рецидивов после радикального вмешательства не было.

В последнее время с целью дифференциации характера опухолевого процесса в клинике применяется накожная термометрия с жидкими кристаллами, что позволяет судить о нагноении и злокачественности опухоля.

Резюмируя изложенное, мы хотим подчеркнуть важность своевременного выявления и госпитализации больных с тератомами крестцово-копчиковой области, обратить внимание врачей на возможность сочетания данного заболевания с пороками развития мочевыводящей системы, на встречающиеся в отдельных случаях нарушения функции органов малого таза. Считаем перспективным применение термометрии жидкими кристаллами для дифференциации характера тератом.

УДК 616.721.1—031.14—089.8

### **В. З. Маркелов (Атяшевская ЦРБ, Мордовская АССР). Лечение множественного перелома ребер вытяжением за грудину**

С., 17 лет, доставлен в Атяшевскую ЦРБ после автодорожного происшествия в шоковом состоянии. Экскурсия грудной клетки ограничена, дыхание поверхностное. Пульс частый, слабого наполнения, АД 85/50 мм рт. ст. По окружности грудной клетки определяется подкожная эмфизема. На рентгенограмме — двусторонний множественный перелом ребер по паравертебральной линии. Проведены противошоковые мероприятия.

На 2 и 3-й дни после поступления состояние больного крайне тяжелое. Акт дыхания сопровождается болями в грудной клетке, во время кашля отхаркивается кровь с примесью слизи. В легких влажные хрипы. АД 100/60, пульс 120 уд. в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. Перелита кровь, введены обезболивающие средства. Несмотря на лечение, состояние больного оставалось тяжелым. Произведена нижняя трахеостомия. Через трахеостомическую трубку удалено большое количество крови и слизи, после чего дыхание больного значительно улучшилось.

С целью ликвидации парадоксальных движений грудной клетки применили скелетное вытяжение за грудину с помощью пулевых щипцов, которые были подтянуты к укрепленной над кроватью больного перекладине с помощью резины. Вытяжение продолжалось 20 дней. Большой перенес его хорошо. Через каждые три дня ему делали сегментарную межреберную паравертебральную анестезию. Трахеостомическую трубку удалили на 15-й день, рана затянулась на 20-й день первичным натяжением.

На 35-й день С. в удовлетворительном состоянии выписан. В настоящее время здоров, работает электриком.

УДК 616.31—002.152—08:615.24

### **С. А. Хамидуллина (Казань). Применение хлорофиллита и оксикклозоля для лечения больных острым герпетическим стоматитом**

В настоящее время при остром герпетическом стоматите применяют главным образом противовирусные препараты. Нами изучалась клиническая эффективность хлорофиллита и оксикклозоля в терапии этого заболевания. Под наблюдением находилось 68 детей в возрасте от 1 года до 6 лет. В зависимости от степени поражения слизистой оболочки рта (количества элементов) и кожных покровов, а также от температурной реакции и общего состояния ребенка мы выделяли легкую, среднетяжелую и тяжелую форму стоматита.

30 больных лечили путем аппликации, орошения, ирригации слизистой рта 0,2% раствором хлорофиллита на новокаине и 38 — с применением оксикклозоля (аэрозоль). Обработку проводили 3—4 раза в сутки в течение 2—7 дней за 30 мин до приема пищи.

Всем детям назначали щадящую калорийную диету, витамины С, В, глюконат кальция, салицилат натрия. Двум детям с тяжелой формой герпетического стоматита трехкратно производили внутримышечно инъекции 1,5 мл гамма-глобулина.

У больных с легкой формой стоматита полная эпителизация афт наступала на 4—5-й день, независимо от метода лечения. При среднетяжелой форме стоматита лечение оксикклозолом обеспечивало значительно более быструю эпителизацию афт, чем применение хлорофиллита (соответственно на сроках  $4,6 \pm 0,2$  и  $6,2 \pm 0,3$  дня,  $P < 0,01$ ). При тяжелой форме болезни оба препарата давали одинаковый эффект —

эпителизация афт происходила в среднем через  $6,6 \pm 0,5$  и  $6,9 \pm 0,3$  дня ( $P > 0,1$ ). Первые признаки выздоровления у детей обеих групп отмечались начиная со 2-го дня при легкой и среднетяжелой формах стоматита и на 3—4-й день при тяжелой форме.

Полученные результаты позволяют рекомендовать оксициклозол и хлорофиллипт для лечения детей, больных острым герпетическим стоматитом.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616—001+617.3]:614.2

### ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СССР

*У. Я. Богданович*

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович)*

Травматолого-ортопедическая служба — один из важнейших видов специализированной помощи населению, поскольку среди причин заболеваемости, смертности и инвалидизации населения травмы и ортопедические заболевания занимают одно из первых мест. Именно поэтому в постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» (22 сентября 1977 г.) особое место отводится развитию и совершенствованию травматолого-ортопедической помощи населению страны.

Основными целями травматологической службы являются: 1) осуществление широких и эффективных профилактических мероприятий; 2) оказание пострадавшим своевременной квалифицированной первой помощи; 3) последующее высококвалифицированное лечение их.

Профилактика травматизма является в СССР задачей государственной важности. В проведении комплексных мероприятий, направленных на предупреждение травм, у нас участвуют органы государственной власти, общественные организации и медицинские работники. Для выработки и осуществления эффективных мер профилактики травматизма в конкретных условиях каждого производства медицинские работники должны хорошо ориентироваться в специфике работы предприятия в целом и наиболее «травматогенных» участков в частности, а также получать правильно оформленную полноценную первичную документацию непосредственно с места происшествия. В карте, заполняемой на каждого пострадавшего, должны содержаться следующие сведения: место и время (час и дата) несчастного случая; обстоятельства, при которых он произошел; квалификация работника, получившего травму, степень его производственного опыта; характер травмы и ее механизм; результаты лечения.

Медицинские работники должны принимать участие в разборе каждого несчастного случая на производстве, проводить анализ причин травматизма и на основании полученных данных вносить свои предложения в комплексный план мероприятий по профилактике травматизма, технике безопасности и охране труда, составляемый на каждом предприятии, при этом особое внимание необходимо уделять осуществлению социальных и санитарно-гигиенических мер. Благодаря осуществлению широких комплексных мероприятий по предупреждению несчастных случаев на производстве производственный травматизм в СССР ежегодно уменьшается на 9—10% (М. А. Роговой, 1976).

Медицинские работники принимают активное участие и в борьбе за снижение других видов травматизма. Сложившаяся в СССР стройная система оказания помощи пострадавшим от травм включает в себя само- и взаимопомощь, скорую медицинскую помощь, амбулаторно-поликлиническое и стационарное лечение.