

По методике Келлера два электрода из листового цинка 10×10 см накладывались на подкладку из резиновой губки таких же размеров и толщиной около 1 см и помещались один — на область относительной тупости сердца, другой точно напротив на спину. Электрод на груди соединялся с положительным, на спине — с отрицательным полюсом маленького переносного аппарата для йонтофореза. Резиновую прокладку анода пропитывали 1,5% раствором $MgSO_4$ или $MgCl_2$, катод же смачивали дистиллированной или свежей водопроводной водой. Начинали сеансы с 5 мин и постепенно удлиняли до 10 мин, первоначально сила тока была 0,5 мА, а затем с сеансами она также повышалась — до 1,5 мА. Курс лечения состоял из 12 сеансов.

У 27 больных боли прошли, у 15 наступило явное улучшение, у 8 — слабое улучшение и у 3 эффекта не было. Прекращение или ослабление приступов стенокардии сочеталось с улучшением ЭКГ и биохимических показателей.

Метод не вызывал каких-либо побочных явлений, и его можно проводить и в амбулаторных условиях. По эффективности он не уступает витамину Е, резерпину и аспирину, и, видимо, следует ожидать более высокой эффективности при комплексном их применении.

**А. М. Артемьев (Ижевск). Применение электрофореза новокаина
при некоторых видах травм**

Начиная с 1953 г. в клинике факультетской хирургии Ижевского медицинского института с целью обезболивания и лечения при некоторых видах травм применяется электрофорез 10% раствора новокаина.

83 больных были с закрытой травмой грудной клетки, из них у 71 — повреждение ребер; 11 человек — с ушибом позвоночника, из них у трех — перелом поперечного, у двух — остистого отростков, 15 — с ушибами крупных суставов, 7 — с ушибами конечностей, 3 — с переломами лобковых костей и 4 — с фантомными болями после ампутации конечности. Мужчин было 77, женщин — 46.

У всех больных, кроме пяти (3 — с переломами ребер и 2 — с фантомными болями после ампутации конечности), после электрофореза новокаина (не свыше 8 сеансов) отмечено уменьшение и даже исчезновение болей. Это давало возможность больным свободно дышать, откашливать мокроту, начинать ранние активные движения в суставах, заниматься лечебной физкультурой и применять раннюю нагрузку на поврежденную конечность, что положительно сказывалось на ускорении срока лечения больных. Пяти больным, у которых не было эффекта от новокаиного электрофореза, в последующем применялась местная новокаиновая блокада.

**В. В. Власов (Новосибирск). О пластике эмбриональной гомокожи
у обожженных**

В комплексном лечении ожогов у 22 человек применена кожа 4—6-месячных плодов с целью временного закрытия обширных раневых поверхностей и стимуляции регенеративных процессов. Кожа хранилась при температуре $+4^\circ C$ в физиологическом растворе с пенициллином и стрептомицином и применялась в разные сроки до двух недель с момента ее заготовки.

Пластика эмбриональной гомокожи без разрушения грануляций каждый раз оказывалась серьезным вмешательством в общее состояние организма. Наблюдения показывают, что такая пересадка ведет к сенсibilизации организма со всеми вытекающими из этого последствиями. Эффект от пересадки эмбриональной гомокожи мало чем отличается от эффекта пересадки кожи взрослых, и целесообразность применения обоих этих трансплантатов практически следует считать одинаковой.

**Е. М. Морозова (Москва). Опыт применения билирина в комплексной терапии
деформирующих артрозов**

Билирин — коллоидно-дисперсная эмульсия, приготовляемая из желчи животных с добавлением этилового спирта и лизоформа.

Всего лечилось мужчин 20 и женщин 23.

Были поражены: плечевой сустав — у 9, лучезапястный, мелкие суставы кисти — у 7, тазобедренный — у 1, коленный — у 17, голеностопный — у 4, суставы стопы — у 5 больных.

Лечились только примочками из билирина 26 человек, остальные — примочками в сочетании с подкожными инъекциями 2% раствора новокаина. Нескольким больным вводилось стекловидное тело (20—30 инъекций на протяжении месяца).

Лечение билирином проводилось 12—18 дней. На ночь на область больного сустава накладывалась примочка и производилась фиксация повязки мягким бинтом. Через 10—12 часов повязка снималась. Никакого обмывания при этом не производилось.

Только у одного больного было раздражение кожи (покраснение и высыпание), которое исчезло после кратковременного перерыва в применении билиарина без какого-либо специального лечения.

Уже через 2—3 дня после начала лечения примочки боли ослабевали или даже исчезали совсем. Ремиссии длились около года. Наиболее удобным представляется применение примочек с билиарином на области коленного и лучезапястного суставов.

Лечение билиарином следует повторять примерно раз в полгода, купируя возникающие боли в самом начале.

Л. Г. Максимова (Казань). Из практики лечения множественных переломов тазовых костей с повреждением мочевого пузыря

К., 54 лет, была сбита грузовой машиной. Доставлена в состоянии тяжелого шока. Видимые слизистые и кожные покровы бледны. На вопросы отвечает вяло. Пульс 110. АД — 80/50. В органах грудной клетки патологии не найдено. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, болезнен в нижних отделах, над лобком. Даже при легком ощупывании тазовых костей и сдавлении слышна крепитация и отмечается резкая болезненность. Ноги полусогнуты в коленных суставах, симптом «прилипшей пятки». На передней стенке влагалища лоскутная рана 9×7 см, переходящая на задний свод и проникающая в брюшную полость. Из раны вытекает моча, смешанная с кровью. Болевая чувствительность на тыле правой стопы и наружной поверхности правой голени понижена; парез правой стопы.

На рентгенограмме: оскольчатый перелом левой лобковой кости со смещением отломков, перелом правой лобковой кости, оскольчатый перелом правой и левой седалищной кости, перелом крыла подвздошной кости в области правого крестцово-подвздошного сочленения.

Проведены противошоковые мероприятия: капельное переливание консервированной 0 (1) группы крови — 400 мл, физиологического раствора — 500 мл, сердечные средства. Через два часа состояние больной несколько улучшилось: пульс — 80, АД — 100/80.

При ревизии раны передней стенки влагалища обнаружены отломки лобковых костей, выступающие из краев раны. Произведено ушивание раны влагалища и заднего свода. Сделано высокое сечение мочевого пузыря, наложен надлобковый свищ, рана пузыря частично ушита. В дальнейшем между швами на передней стенке влагалища просачивалась моча. Больная уложена на щит с полусогнутыми в коленных суставах ногами, назначены антибиотики, сульфамиды, прсмывания мочевого пузыря, витамин В₁, прозерин.

Пузырно-влагалищный свищ закрылся через три недели. Через 48 дней удалена трубка из надлобкового свища. Появилось самостоятельное мочеиспускание. Через 10 недель после перелома больной было разрешено ходить с помощью костылей. Проведено физиотерапевтическое лечение и курс лечебной гимнастики. В дальнейшем функция обоих тазобедренных, коленных и левого голеностопного суставов восстановилась в полном объеме. Ходит без костылей. Остался лишь небольшой парез правой стопы.

С. П. Карпов (Чебоксары). Раннее выявление сколиозов методом флюорографии позвоночника

У 602 школьников в возрасте от 7 до 14 лет флюорография позвоночника производилась стандартным флюорографом Ф-58 с размером экрана 40×40 см, с большей экспозицией и жесткостью рентгеновских лучей. Обследуемый становился спиной к экрану в естественном вертикальном положении туловища. Позвоночник снимался от IV крестцового позвонка и выше, насколько позволяла высота экрана. У детей до 15—16 лет на снимках обычно полностью фиксируются поясничный и грудной отделы позвоночника.

Было выявлено искривление позвоночника у 173 детей (28,7%).

У 105 детей (17%) была первая степень сколиоза по классификации проф. Л. И. Шулюто, у 55 (9%) — II ст., у 13 (2%) — III степень. III ст. сколиоза у детей младшего школьного возраста не была обнаружена.

Было также просмотрено 5244 флюорограммы легких детей-школьников в возрасте от 7 до 14 лет, у 18% было установлено боковое отклонение позвоночника незначительной степени, у 0,6% явно выраженный сколиоз.

Для окончательного суждения о состоянии позвоночника у обследованных детей необходимо данные флюорограмм легких и позвоночника сопоставлять с результатами общего осмотра и повторного рентгенологического исследования.

Б. Ф. Сметанин (Казань). Рациональные приемы вправления перелома луча в типичном месте

Приемы, которыми пользовался проф. И. В. Домрачев, состоят в следующем.

При смещении дистального отломка в тыльную сторону со штыкообразной деформацией в месте перелома пострадавший после подкожного введения морфина или пантопона и 15—20 мл 2% раствора новокаина в месте перелома укладывается на стол или усаживается на стул со спинкой. Оператор берет кисть больного в поло-