

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, выстоящие 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-