

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-

жении «рукопожатия» и тянет за кисть. Другой рукой берет предплечье больного в обхват в месте перелома и фиксирует первый палец на высоте выступления дистального отломка лучевой кости. Помощник, обхватив обеими руками предплечье больного, производит противотягу. В момент максимальной тяги по оси предплечья оператор производит легкое тыльное сгибание в месте перелома, сильно надавливает первым пальцем левой руки на выступающий дистальный отломок луча и переводит кисть в положение сгибания и локтевого отведения.

Ясное ощущение костной крепитации в месте перелома, пальпация по оси лучевой кости дают основание судить о правильном сопоставлении отломков. В этом положении, не прекращая слабой тяги, накладывают лонгету на ладонно-тыльную поверхность предплечья, охватывающую в виде желоба $\frac{3}{4}$ окружности его от уровня пястно-фаланговых суставов до локтевого отростка, а в осложненных случаях до середины плеча, сроком на 12—24 дня (в зависимости от тяжести повреждения, возраста больного), с последующей контрольной рентгенограммой.

При выраженном отеке необходимо сменить лонгету. После снятия лонгеты проводят обычные тепловые процедуры, функциональную терапию.

Вправление отломков можно произвести и без помощника. В этом случае оператор берет кисть больного в положении «рукопожатия», а другой рукой в обхват предплечье в месте перелома, прижимая предплечье больного к своей груди, и сам производит тягу и противотягу. Силу вытяжения руками оператор увеличивает выставлением своей груди вперед. В момент максимальной тяги оператор так же, как и в первом случае, производит легкое тыльное сгибание кисти при давлении на дистальный отломок луча и переводит кисть в положение сгибания в локтевом отведении с последующей фиксацией предплечья лонгетой.

При переломе Смитта, когда дистальный отломок луча смещается не в тыльную, а в волярную сторону, эти же приемы дают возможность правильно сопоставить отломки костей, только роль первого пальца могут выполнять второй, третий, четвертый пальцы. Положение рук оператора при фиксации кисти, тяге по оси предплечья и давлении на дистальный отломок лучевой кости будет зависеть от руки пострадавшего. При переломе лучевой кости слева оператору удобнее будет взять кисть больного в положении рукопожатия правой рукой, а левой обхватить предплечье. При переломе правого луча оператору удобнее взять кисть больного левой рукой, а обхватить предплечье и произвести давление на дистальный отломок луча правой.

Л. С. Абдрашитова, И. Г. Ямашев (Казань). Врожденная кистаденома околоушной слюнной железы

В литературе часто встречаются описания врожденных кистаденом яичников, рож — печени, почек, щитовидной железы. В доступной нам литературе мы не встретили описания врожденных кистаденом, расположенных в челюстно-лицевой области, в частности, исходящих из околоушной слюнной железы.

Приводим наше наблюдение.

Н., 24 лет, поступил 8.VIII 1962 г. В 1960 г. больной заметил на лице в области правого угла нижней челюсти медленно увеличивающееся опухолевидное образование. Временами здесь отмечалась некоторая болезненность, вне зависимости от общего состояния.

Асимметрия лица за счет опухоли в области правого угла нижней челюсти. Опухоль бугристая, туго эластической консистенции, размером с куриное яйцо. Связи с кожей и костью нет. Кожные покровы над опухолью нормальной окраски. На некотором отдалении от основного конгломерата опухоли отмечаются единичные, величиной с горошину, плотные опухоли, интимно спаянные с кожей. Пальпаторно в области ветви правой половины нижней челюсти также определяется бугристая плотная опухоль. Открывание полости рта свободное, все зубы интактны.

17/VIII-62 г. опухоль удалена через экстраоральный разрез.

Вывушенная опухоль представляла собой подобие грозди винограда, состоящей из отдельных кистовидных полостей, наполненных тягучей жидкостью молочного цвета, без запаха.

Опухоль исходила из околоушной слюнной железы.

Патогистологическое заключение: мукоэпидермоидная опухоль.

Е. П. Домрачев (Казань). Внутримышечные инъекции новокаина в комплексной терапии зудящих дерматозов

При лечении больных зудящими дерматозами мы проводим комплексное лечение.

С 1959 г. мы лечили по нашей схеме 64 мужчин и 6 женщин в возрасте от 40 до 75 лет. У 15 больных была микробная экзема, у 10 — себорейная, у 20 — невродермит, у 10 — чешуйчатый лишай и у 15 — уртикарный дерматит.

Свежеприготовленный 2% раствор новокаина вводился через день по 2—5 мл, всего 10—12 инъекций на курс, после чего назначался перерыв от 10 до 30 дней. В течение года проводилось 4—5 курсов.

Наряду с указанным лечением больным назначались препараты йода, витамины С, группы В, рутины, фолиевая кислота, гормональные и антигистаминные препараты, а также физиотерапевтическое лечение: электролечение и водные процедуры, посиль-