

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-

ная физическая работа, прогулки на воздухе, обтирание прохладной водой, гимнастика.

У 52 больных зуд кожи прекратился после первых 2 курсов лечения, у 9 отмечено значительное улучшение. У двух же больных зуд несколько увеличился.

У некоторых больных было отмечено восстановление пигментных свойств волосяного покрова головы и лобковой части.

У больных отмечалось улучшение общего состояния. Почти все больные прибавляли в весе на 2—3 кг. Исчезла раздражительность, возбудимость, бессонница, повышение мышечного тонуса.

Однако у ряда больных после инъекций новоканна появлялось головокружение, обморочное состояние, головные боли, боли в области сердца, тахикардия, стенокардия, дисфункция кишечника, увеличение зуда кожи, уртикарные дерматиты.

ГИГИЕНА И САНИТАРИЯ

УДК 616.314—002—612.014.463

О ЗАВИСИМОСТИ ЧАСТОТЫ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ г. ЗЕЛЕНОДОЛЬСКА ОТ СОДЕРЖАНИЯ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

Н. И. Петухов, В. А. Ившина

Кафедра общей гигиены (и. о. зав.— доц. Ш. Х. Жданов)
и кафедра терапевтической стоматологии (зав.— доц. Г. Д. Овруцкий)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института

Как известно, население областей и районов, снабжаемых водой с различной концентрацией фтора, не одинаково часто страдает такими заболеваниями, как пятнистость эмали и кариес (Т. А. Николаева, Р. Д. Габович, С. И. Черкинский, Ф. М. Заславская, Л. Н. Крепкогорский и Л. Н. Богусевич, Ф. К. Ньюшко и Г. Д. Овруцкий, И. О. Новик и др.).

Мы определяли содержание фтора в водоисточниках г. Зеленодольска в сопоставлении с заболеваемостью населения города кариесом.

Зеленодольск снабжается водой из подземных водонесущих. Скважины располагаются на второй надпойменной террасе р. Волги и питаются общим водоносным горизонтом четвертичных отложений. В геологическом строении района преобладают пермские отложения. Породы четвертичной системы налегают на размытые отложения казанского яруса. Основная масса пород состоит с поверхности из мелкозернистых песков, супесков, среднерезнистых песков с прослойками глин, глубже идут разнородные пески с примесью гравия, гальки и обломков карбонатных пород. Подземные воды в районе города образуют два водоносных горизонта. Первый располагается в песчаной толще четвертичных отложений, второй — в доломитах пермской системы. Эти горизонты гидравлически между собой связаны, и вследствие влияния вод казанского яруса общая минерализация их находится в пределах 259—1090 мг/л. Зеркало подземных вод на первой надпойменной террасе находится от земной поверхности на глубине 5—7 м, поток водоносного горизонта направлен в сторону р. Волги.

Данные Е. Т. Земляничной и анализ отдельных проб воды, собранных Н. И. Петуховым из некоторых водонесущих г. Зеленодольска, показали содержание фтора в количестве 0,055—0,310 мг/л.

Определение фтора в воде из скважин производилось путем прямого метода стандартных серий без отгона (по Р. Д. Габовичу). Результаты представлены в табл. 1.

Содержание фтора зимой оказалось больше, чем летом.

Нами обследовано 5169 детей от 7 до 15 лет, из них 4732 проживают в центральной части города и получают смешанную воду из буровых скважин № 1, 2 и 3 Восточного водозабора, содержащую в среднем 0,33 мг/л фтора в зимнее время и 0,13 мг/л в летнее, 437 детей проживают по ул. Загородной и пользуются водой из скважины № 1-п с концентрацией фтора 0,111 мг/л зимой и 0,077 мг/л — летом.

Обследовались только дети, родившиеся в данной местности и проживающие в ней безвыездно.

Из каждых 100 обследованных кариесом зубов поражены: в центральной части города $91,6 \pm 0,39$ человека, а по ул. Загородной — $96,1 \pm 0,94$. Различие в пораженности в сравниваемых частях города статистически достоверно.

$t = 3,94 > 2,5 (3)$.