

мугоихтиоловой пасты, заживали в среднем при I—II степени за 8,5 дня, при II—III степени — за 15,2 дня.

Инфицированные ожоги II—III степени или ожоги, требовавшие оперативного вмешательства (пересадки кожи), заживали в срок от 17 до 45 дней.

По данным А. И. Древвиной (Ленинград)¹, количество дней нетрудоспособности при использовании висмутоихтиоловой пасты составляло 7,2 дня при ожогах I—II степени и 11,4 дня — при ожогах II—III степени.

По нашим наблюдениям, сроки нетрудоспособности при ожогах I—II степени было 9 дней, при ожогах II—III степени — 11,4 дня. Учитывая условия сельского района (не всегда своевременная обращаемость пострадавших, некавалифицированное оказание первой помощи, и т. д.), наши результаты можно считать удовлетворительными.

Обезображивающие рубцы, контрактуры отмечены у нас в 2 случаях тяжелых ожогов у детей до 10 лет. Из группы госпитализированных больных с площадью ожога — более 30%. Скончалась одна больная, поступившая в состоянии тяжелого шока.

ВЫВОДЫ:

1. Применение местно при ожогах висмутоихтиоловой пасты с анестезином дает благоприятные результаты как в смысле заживания раневой поверхности, так и в смысле быстрого восстановления трудоспособности.

2. Изложенный метод является, на наш взгляд, простым, дешевым и доступным, как для стационарных, так и для амбулаторных больных, а поэтому его можно рекомендовать практическим врачам периферии.

Поступила 20 июля 1957 г.

ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ ВЫВИХ НАДКОЛЕННИКА

Доц. Г. С. САМОЙЛОВ

Из кафедры ортопедии и травматологии Казанского ГИДУВа
(зав. — засл. деятель науки ТАССР, проф. Л. И. Шулутко)

Горизонтальные вывихи надколенника встречаются исключительно редко. В учебниках ортопедии и травматологии этому вывиху уделено несколько фраз и то лишь в связи с описанием других повреждений.

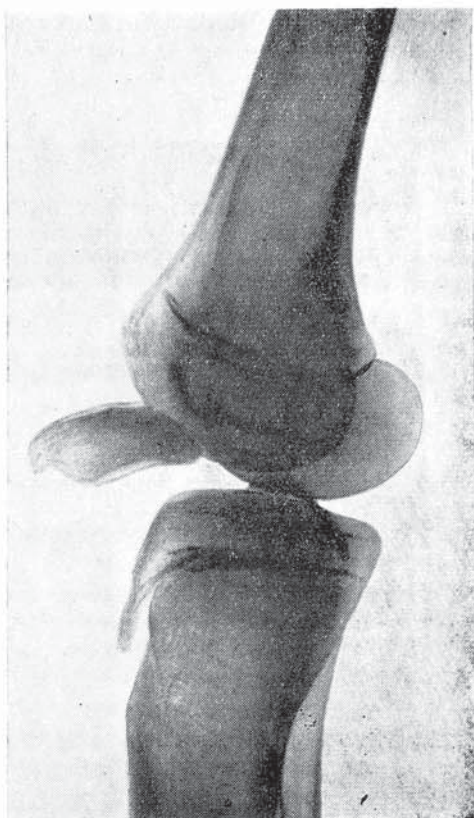
Под нашим наблюдением находился больной Алексеев, 15 лет (ист. болезни № 2042), который 3/X-1954 г. упал, ударившись передней поверхностью правого коленного сустава о небольшой металлический столбик. В течение последующих четырех дней не мог ходить из-за боли в коленном суставе. 23/X-1954 г. поступил для лечения в клинику ортопедии и травматологии Казанского ГИДУВа.

Больной ходит без костылей, прихрамывая на правую нижнюю конечность, которая находится в разогнутом под углом 180° положении.

Передняя поверхность правого коленного сустава деформирована за счет смещенного вперед нижнего полюса надколенника, расположенного горизонтально соответственно уровню суставной щели. Подвижность надколенника отсутствует. Движения в коленном суставе крайне болезненны, ограничены; возможны лишь пассивные, в пределах 180—90°. На рентгенограмме от 28/X-1954 г. № 2602 определяется горизонтальный вывих надколенника с вклиниванием его верхнего полюса в суставную щель (рис. 1).

¹ А. И. Древвина. Лечение больных с ожогами в условиях амбулатории. Медгиз, 1955, стр. 90.

2/XI 1954 г. — операция. Внутрикостная анестезия (sol повосаіні $1/4\%$ —100 к. с.). Внутренним параллельным разрезом вскрыт правый коленный сустав. Обнаружен расположенный горизонтально надколенник, суставная поверхность которого обращена вниз, а верхний полюс глубоко вклинен в межмыщелковую ямку бедра. Передняя поверхность надколенника повернута кверху и, почти на всем протяжении, отделена от мягких тканей, лишь нижний его полюс находится в связи с собственной связкой надколенника. Надколенник выведен из межмыщелковой ямки и установлен в нормальное положение. Но при незначительном сгибании коленного сустава он вновь занимает исходное горизонтальное положение, внедряясь верхним полюсом в межмыщелковую ямку. Для фиксации надколенника в правильном положении его верхний полюс фиксирован сухожильным лоскутом к четырехглавой мышце бедра. Рана зашита послойно наглухо. Конечность в разогнутом положении фиксирована задней гипсовой лонгетой на 3 недели. Послеоперационное течение гладкое. При снятии лонгеты — тепловое лечение и ЛФК. При выписке объем активных движений в коленном суставе — 180—80°. На рентгенограмме № 8576 обнаружено правильное расположение надколенника.



Поступила 22 июня 1957 г.

Рис. 1

ВСПЫШКА ПАРАТИФОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПИЩЕВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Ординаторы В. Я. ДАВЫДОВ, Д. Ш. ЕНАЛЕЕВА,
А. А. ТИМОФЕЕВА, Л. П. ГРУНИС

Из кафедры инфекционных болезней Казанского медицинского института
(зав.— доц. А. Е. Резник)

В мае 1957 года в 1-ю инфекционную больницу гор. Казани с подозрением на брюшной тиф поступила семья И-вых — мать и двое детей, проживающие в Ленинском районе города.

Заболевание сопровождалось тифозным состоянием, розеолезной сыпью, относительной брадикардией, увеличением печени и селезенки, лейкопенией. Из крови больных высеяна палочка паратифа „В“.

На 6-й день болезни реакция Видалья у всех была положительна. Диагностикумом паратифа „В“ в титре 1:200.

На основании клинических и лабораторных данных установлен диагноз паратифа „В“.

Собирая эпидемиологический анамнез, мы обратили внимание на то, что семья И-вых (4 человека) за несколько дней до заболевания употребляла в пищу холодец.

Заболела вся семья, из которых трое были госпитализированы, а А. И-ов (отец) перенес дома острый энтерит в легкой форме.

При эпидемиологическом обследовании оказалось, что холодец для семьи И-вых готовила гражданка Бу-на, которая 1-го мая 1957 г. с утра начала приготовление холодца из коровьих ног. 2 мая Бу-на произвела разделку и разлил по тарелкам готового холодца, а затем передала его семье И-вых. 3 мая холодец, который с момента изготовления хранился при комнатной температуре, был употреблен в