

лечения, врачи должны направлять больных с опухолями слюнных желез к хирургам-стоматологам. Дооперационный диагноз следует основывать на данных клинического, цитологического и рентгенологического исследований. Наиболее достоверными являются результаты гистологического исследования, в 100% случаев подтверждающие клинический диагноз. Аденомы слюнных желез у женщин встречаются чаще, чем у мужчин.

Результаты изучения отдаленных исходов лечения полиморфных аденом показали, что в связи с доброкачественными характером, структурой опухолей в большинстве случаев можно

ограничиться энуклеацией опухолей околоушной слюнной железы и малых слюнных желез. При наличии опухолей в поднижнечелюстной слюнной железе необходимо удаление полиморфной аденомы с экстирпацией железы. Следует придерживаться активной хирургической тактики лечения больных с опухолями слюнных желез. Врачам нужно направлять больных с подозрением на опухоли слюнных желез для диагностики и лечения в стоматологические поликлиники и стационары с последующим анализом послеоперационного материала в патологическом отделении.

## НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ

УДК 616.717.2—001.5—085.477.33

### ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ШИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ

Т. А. Хасанов, Р. Ю. Алемасов

Для лечения переломов ключицы нами разработан функциональная шина, которая является усовершенствованной шиной С. И. Кузьминского. Она обеспечивает репозицию и устойчивую фиксацию отломков, позволяет максимально приподнимать, отводить и удерживать плечевой пояс в приподнятом положении в течение периода, необходимого для сращения отломков.

Шина выполнена из U-образной дюралюминиевой рамы, снабженной упорной площадкой для подмышечной области с возможностью перемещения этой площадки вверх и вниз. Упорная площадка надета на стержень, перемещающийся в пазах части рамы. Нижняя часть рамы выполне-

на с изгибом, который соответствует форме подвздошной кости (рис. 1). Для обезболивания места перелома вводим 10—15 мл 0,5% или 1% раствора новокаина. Шину к грудной клетке фиксируем гипсовым бинтом (рис. 2).

Репозицию и фиксацию отломков осуществляем с помощью площадки, которая упирается в подмышечную область. После контрольной рентгенографии остаточное смещение костных отломков в течение 2—3 дней устраняем при помощи дистракционного стержня. Простота конструкции и доступность изготовления позволяют рекомендовать шину для лечения переломов ключицы.

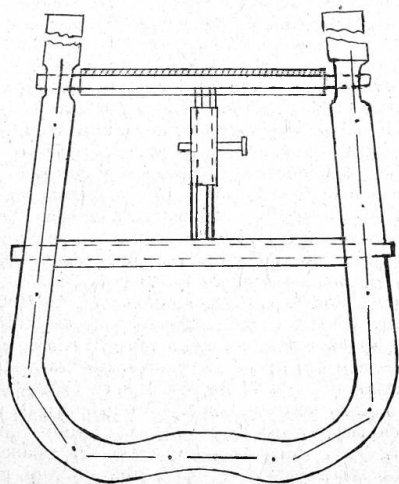


Рис. 1.

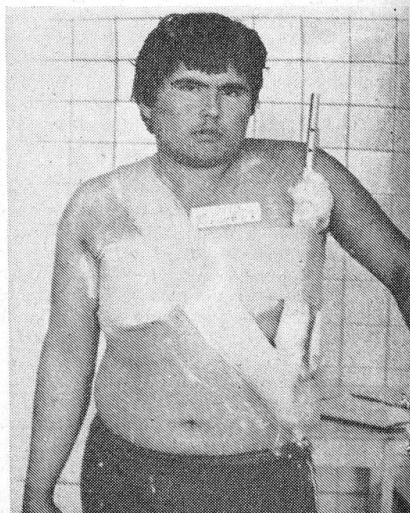


Рис. 2.