

ных крана, манометр от аппарата для измерения артериального давления, стеклянные тройники и стеклянные гнутые трубки от аппарата Боброва (см. рис.).

Принцип работы: колбу 1 заполняют раствором фурацилина 1 : 5000, затем открывают вентили на газовом баллоне 3 и редукторе 4, краны 5 и 8 (краны 6 и 7 закрыты). Газ начинает поступать в колбу 1, вытесняя раствор фурацилина в колбу 2. Как только вытеснится весь раствор, закрывают краны 5 и 8, и аппарат готов к работе. Выходную трубку аппарата 9 соединяют с маточным наконечником (при пертубации) или иглой, введенной через переднюю стенку в брюшную полость (если создается пневмоперитонеум), и открывают краны 6 и 7, после чего газ начинает поступать в матку или в брюшную полость. Давление вводимого газа контролируется по манометру 10 и регулируется вентилем 4. Количество введенного газа будет равно количеству вытесненного из колбы раствора. Если необходимо ввести более 500 мл газа, процедуру повторяют.

Аппарат может быть изготовлен в любом медицинском учреждении без каких-либо затрат. Эксплуатация его проста и надежна. Газ поступает непрерывной струей под определенным, постоянным, контролируемым давлением. Кислород и закись азота, в отличие от атмосферного воздуха, быстрее всасываются из брюшной полости, меньше раздражают брюшину, благодаря чему процедура легче переносится больными.

Оценку результатов пертубации производят по общепринятым методам. Весь аппарат, кроме редуктора и манометров, можно стерилизовать кипячением или автоклавированием. При необходимости к выходной трубке 9 можно подсоединить контактный манометр и пишущий аппарат (кимограф) и записывать кривую пертубации.

Поступила 3 ноября 1980 г.

УДК 616.71—001.5—089.84

НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО АППАРАТА ПРИ ВНЕОЧАГОВОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ

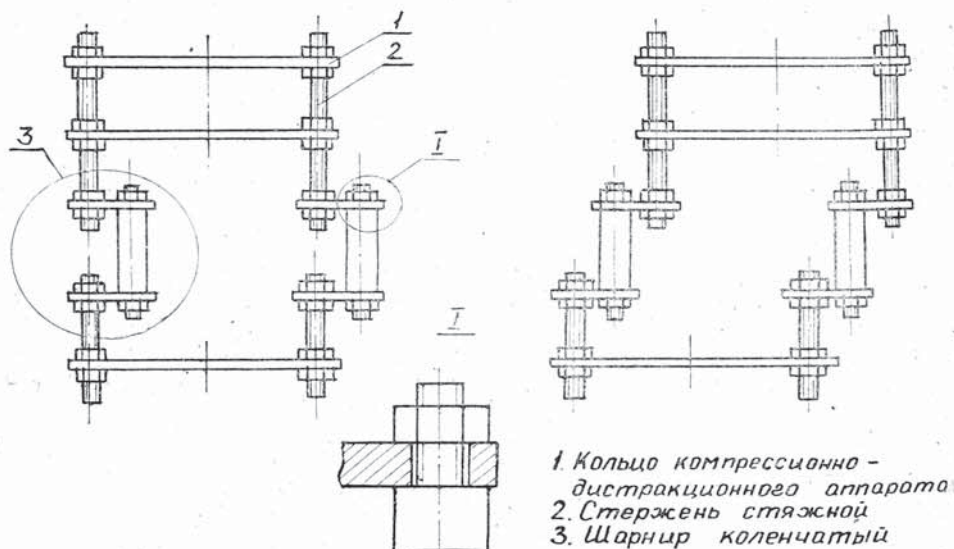
В. Г. Морозов, В. С. Гафаров, Ю. Н. Лепоринский

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Предлагается новое устройство для компрессионно-дистракционного аппарата при внеочаговом остеосинтезе. Описан способ его применения у больных при лечении переломов.

Ключевые слова: переломы, внеочаговый остеосинтез, устройство для компрессионно-дистракционного аппарата.

1 иллюстрация.



Существующие компрессионно-дистракционные аппараты с различными устройствами для репозиции отломков при внеочаговом остеосинтезе позволяют устранять смещение фрагментов по ширине, под углом и по оси. Однако это достигается путем снятия стяжных стержней с последующим переносом их в гнезда специальных выносных планок, что создает известные трудности и неудобства в процессе работы.

Мы предлагаем специальные коленчатые шарниры для стяжных стержней компрессионно-дистракционного аппарата, посредством которых можно придавать кольцам дистального отдела или подсистеме колец любое положение и устранять смещение костных фрагментов по ширине, под углом и по оси без применения выносных планок и вынимания стяжных стержней из их гнезд, что значительно упрощает и облегчает процесс работы (см. рис.).

Предлагаемое устройство применено с положительными результатами в I и III хирургических отделениях Республиканской клинической больницы Минздрава ТАСССР на 5 больных с патологическими переломами костей голени на почве гематогенного (3 человека) и травматического (2 человека) остеомиелитов.

Поступила 17 июня 1980 г.

УДК 616.718.4—001.5—089.844

УГЛОВАЯ ПЛАСТИНКА ДЛЯ СТАБИЛЬНОЙ ФИКСАЦИИ НАДМЫШЕЛКОВЫХ И ЧРЕЗМЫШЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Л. Н. Анкин

(Киев)

Нами предложена угловая пластинка-болт для стабильной фиксации отломков при надмышелковых и чрезмышелковых переломах. Прочно фиксируя отломки, она позволяет обходиться без гипсовой повязки.

Приспособление состоит из металлической пластинки длиной от 120 до 200 мм, шириной 16 мм, толщиной 4,8 мм, с отверстиями для винтов. Одно из отверстий продолговатое — для создания компрессии с помощью контрактора. Нижняя часть пластинки, в отличие от известного фиксатора АО, под углом 95° переходит в Ш-образный клинок с резьбовой частью, на котором установлена шайба и гайка.

Техника операции с использованием приспособления такова. Бедренную кость в нижней трети обнажают наружным боковым разрезом длиной 20—25 см. Отломки бедра предварительно сопоставляют и фиксируют спицами. На 2 см выше суставной линии в мышечках бедра с помощью сверла и долота делают отверстие для клинка и резьбовой части шпильки. Клинок со шпилькой вводят в подготовленное отверстие в мышечках. На выступающий со стороны внутреннего мышечка конец шпильки надевается шайба и навинчивается гайка, чем обеспечивается состояние компрессии при чрезмышелковых переломах и дополнительная прочность фиксации при надмышелковых переломах. Пластинку фиксируют к дистальному отломку еще двумя спонгиозными винтами, затем к центральному отломку винтом, введенным в продолговатое отверстие (рис. 1). Захватами контрактора за головку винта в продолговатом отверстии и за отверстие пластины производят сжатие отломков с силой в 60—80 кг. В состоянии компрессии пластинку фиксируют к центральному отломку еще 4—5 винтами.

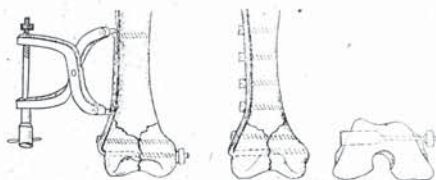


Рис. 1. Принципы остеосинтеза угловой пластинкой-болтом с применением контрактора с динамометром.

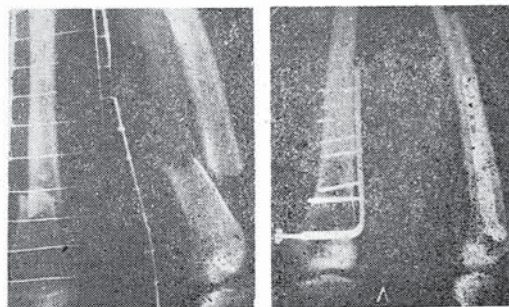


Рис. 2. Рентгенограммы больного Л., 22 лет, до (а) и после (б) остеосинтеза по поводу надмышелкового перелома.