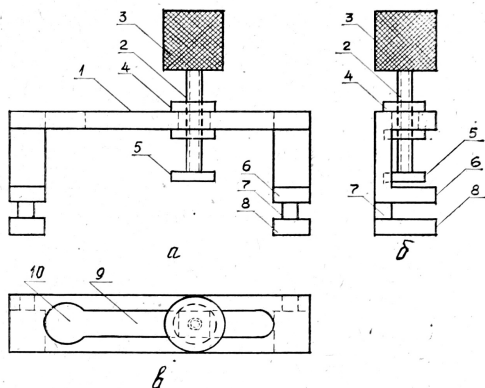


Общий вид приспособления представлен схематически. На рис. 1: *а* — вид спереди, *б* — вид сбоку, *в* — вид сверху. Приспособление состоит из рамки (1), винта (2) с ручкой (3), гайки-ползуна (4). Рамка (1) в нижней части заканчивается лапками (6, 8), которые соединены между собой стойкой (7). В верхней части рамки выполнена сквозная прорезь (9) с отверстием (10). Винт с ручкой вмонтированы в гайку-ползун и заканчиваются пяткой (5), которая шарнирно соединена с винтом.

При сборке приспособления к работе гайку-ползун вставляют в прорезь (9) рамки через отверстие (10). После разведения краев операционной раны рамочным ранорасширителем на него со стороны зубцов насаживают съемный фиксатор крючков лапками (6, 8), при этом стойку (7) располагают между зубцами. Ручку крючка для отведения органов заводят спереди в рамку приспособления. После отведения органов в необходимое положение крючок фиксируют винтом (2) к рамочному ранорасширителю. При этом пятка винта при завинчивании последнего жестко фиксирует крючок к ранорасширителю.



Поступила 3 апреля 1984 г.

УДК 617.7—072.1

## УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ

А. Я. Петрянин

*Кафедра детских инфекций (зав.—проф. А. Д. Царегородцев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Основным недостатком существующих устройств, предназначенных для измерения реакции зрачков и размеров глазной щели, является их конструктивная сложность и громоздкость.

С целью упрощения определения размера зрачка, его конфигурации и величины глазной щели разработано устройство для офтальмологических измерений (см. рис.), состоящее из прозрачной пластины (1), двух измерительных планок (2), смонтированных на одной оси (3) с возможностью измерения линейных величин, шкалы (4) из двух перпендикулярно пересекающихся линий (5) и (6), градуированных окружностей с нулевой точкой отсчета в центре (7) и с ценой деления 1 мм, ряда сквозных калиброванных (в мм) отверстий (8) в пластине с ценой деления 1 мм, причем каждое последующее отверстие больше предыдущего в диаметре на 1 мм. Поскольку у здорового человека диаметр зрачка равен в среднем 3 мм, выполнено пять отверстий диаметром 1; 2; 3; 4; 5 мм. Если зрачок больших размеров, то его можно измерить с помощью нанесенных на пластину калиброванных кругов и двух пересекающихся под прямыми углами линий с ценой деления 1—5 мм.

Устройство используют следующим образом: для измерения размера зрачка его накладывают на края глазницы обследуемого, при этом избегают касания поверхности роговицы и совмещают центр самого маленького сквозного отверстия с анатомическим центром глаза — зрачком. Если ширина зрачка шире этого отверстия в устройстве, то передвигают пластину по передней части глазницы до совпадения анатомического центра зрачка со вторым или с третьим и следующими отверстиями. Если ширина зрачка совпадает, например, с третьим отверстием, то его диаметр, то есть ширина, будет равен 3 мм.

Для определения ширины глазной щели устройство накладывают на глазницу так, чтобы измерительные планки были сверху на пластине, центр градуированных окружностей совмещают с центром зрачка. Измерительные планки за короткие концы передвигают до тех пор, пока их внутренние к центру края кромки совпадут с про-

екцией расположения краев век. Далее по осям от центра шкалы отсчитывают деления вверх и вниз по линиям-осям. Сумма этих цифр показывает искомые размеры, то есть ширину глазной щели. Аналогично можно определить длину глазной щели, отсчитывая деления вправо и влево от центра по горизонтальной линии и суммируя их.

Пользуясь измерительным устройством, можно выявить, например, анизокорию после закапывания раствора гомеотропина при проведении дифференциальной диагностики параза VII пары черепно-мозговых нервов разной этиологии, миоз.

Разделение градуированных окружностей на пластине на четыре сектора позволяет точно установить место нахождения инородного металлического тела малого размера на роговице глаза.

Устройство просто в изготовлении, оно безопасно, атравматично и рекомендуется для применения в глазных клиниках, кабинетах как у взрослых, так и у детей.

Экономический эффект состоит в улучшении и ускорении диагностики заболеваний, сопровождающихся поражением органа зрения, в том числе инфекционной этиологии.

Поступила 18 декабря, 1984 г.

## БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

**Р. А. Зулкарнеев. Экспресс-эндопротезирование с использованием быстродействующих полимеров в медицине. Казань, Изд-во Казанского ун-та, 1984, 211 с.**

Возросшая гиподинамия, болезни и рост случаев травматизма ведут к раннему износу и разрушению органов и тканей человека. Однако широкому внедрению аллотрансплантации препятствует барьер иммунологической несовместимости. Взятие собственных тканей сопряжено с дополнительным травмированием и возникновением дефекта на донорском участке. Поэтому учеными всего мира проводятся интенсивные исследования по созданию искусственных органов и систем, что свидетельствует о важности и своевременности рецензируемой монографии.

Она состоит из введения, пяти глав, заключения, обширного указателя литературы, включающего работы 199 отечественных и 589 иностранных авторов, и приложения.

В кратком введении подчеркивается актуальность и недостаточная разработанность данной проблемы. В I главе изложены достоинства и недостатки современных искусственных материалов, применяемых в восстановительной хирургии скелета. Во II главе описаны полиуретаны и определено их значение в восстановительной хирургии. С участием Казанского филиала ВНИИСК им. С. В. Лебедева разработана принципиально новая технология синтеза полиуретана, который позволяет создавать эндопротезы непосредственно как в организме (пункционным и «литьевым» способом), так и вне его.

Экспериментально обосновано использование полиуретана СКУ-ПФЛ в целях эндопротезирования посвящена глава III, в которой кроме вопросов синтеза приведены физико-механические свойства, дана бактериологическая оценка, рассмотрена возможность применения полиуретана совместно с антибиотиками и лекарственными веществами.

Клиническим разработкам предшествовали биомеханические и экспериментальные исследования, показавшие стабильность, нетоксичность и биоинертность полиуретана, отсутствие канцерогенности, местной и общей реакции на имплантацию полиуретана.

Исследования физико-механических свойств показали ценность полимера для экспресс-протезирования: эндопротезы легко подгоняются к каждому больному, восстанавливают топографо-анатомические соотношения тканей. В IV главе изложено применение полиуретана в ортопедии, а в V — в травматологии. Подкупает новизна методов эндопротезирования, некоторые клинические примеры уникальны («литьевое» эндопротезирование дефектов костей, деформаций лица). Они отличаются от известных за рубежом тем, что низкая температура реакции полимеризации эластомера не обжигает ткани и не вызывает отторжения протеза и неблагоприятных общих реакций. Хорошая адгезия полиуретана СКУ-ПФЛ с металлом послужила основанием для создания металлополимерных эндопротезов суставных концов костей. В зависимости от целей имплантации к полимеру добавляются антибиотики, пиримидиновые основания, противоопухолевые средства и вещества, регулирующие регенерацию.

В заключение автор отмечает, что в ближайшие годы будут получены новые полимеры медицинского назначения, способные взять на себя функции тканей человека. В качестве приложения к книге приводится мнение ВНИИМТ о пригодности для протезирования полиуретана марки СКУ-ПФЛ.

Монография написана хорошим литературным языком, композиционно продумана, имеет 69 рисунков, 10 таблиц, хотя качество некоторых из них оставляет желать луч-