

ПОЛИЭТИЛЕНОВАЯ КАНЮЛЯ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ ТРЕПАНОПУНКЦИИ

В. М. Бобров

Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. В. Г. Черных) Устиновского ордена Дружбы народов медицинского института, ЛОР-отделение (зав.— С. А. Никифорова) МСЧ № 7 г. Устинова

При диагностике и лечении фронтитов широкое распространение получила трепанопункция лобной пазухи, после которой пазуху промывают и через дренажную канюлю вводят в нее лекарственные растворы. Дренажная канюля должна надежно фиксироваться, иметь достаточный просвет для введения лекарственных веществ, не вызывать болевых ощущений при манипуляциях, пролежней мягких тканей. Существующие металлические канюли с мандреном для лобной пазухи не удовлетворяют всем этим требованиям.

В последнее время для дренирования лобной пазухи после трепанопункции мы применяем полиэтиленовую канюлю в своей модификации. Канюлю изготавливаем из полиэтиленового большого объема стержня для пасты от шариковой ручки, который имеет съемный конусовидный наконечник в виде трубки. Наружный диаметр дистального отдела наконечника соответствует наружному диаметру сверла от трепанотома. К проксимальному концу наконечник конусовидно расширяется и заканчивается опорной площадкой диаметром 5 мм. С отступом на 4 мм от опорной площадки спежаем оставшуюся цилиндрическую часть трубки и получаем окончательный вариант канюли для дренирования лобной пазухи (рис. 1). После стерилизации канюли кипячением вводим ее в лобную пазуху стандартным трепанотомом. Благодаря конической форме канюля легко погружается на определенную глубину и плотно прилегает к стенкам костного канала. Герметичность и уменьшение давления опорного диска на мягкие ткани исключают образование пролежня. Промывание лобной пазухи проводим шприцем без переходной иглы, так как внутреннее отверстие проксимального конца канюли совпадает с наружным диаметром канюли шприца, создавая достаточную герметичность при промывании пазухи различными лекарственными растворами. Для закрытия канюли используем резиновую пробку от стандартной системы для катетеризации подключичной вены (рис. 2). Положение канюли можно контролировать рентгенографически после введения йодолипола или металлического мандрена.

С помощью описанной конструкции произведено длительное дренирование лобных пазух у 27 больных острыми и хроническими формами фронтита. Получены хорошие результаты. Расшатывания и выпадения канюли, инфицирования мягких тканей, возникновения пролежней под упорным диском и других осложнений не наблюдалось. Надежность фиксации, простота изготовления, удобство при манипуляциях позволяют рекомендовать ее при лечении больных фронтитом методом трепанопункции.

Поступила 19.02.85.



Рис. 1

Рис. 1. 1 — полиэтиленовая канюля для дренирования лобной пазухи после трепанопункции; 2 — резиновая пробка для закрытия канюли.

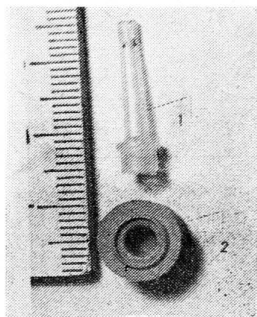


Рис. 2

Рис. 2. Положение введенной в лобную пазуху полиэтиленовой канюли после трепанопункции.

СПОСОБ СШИВАНИЯ СУХОЖИЛИЙ

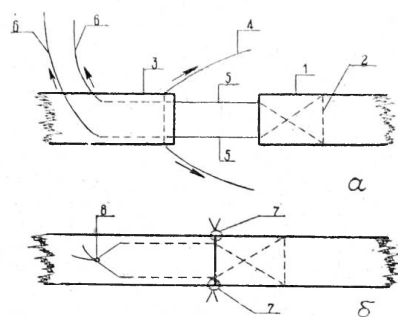
Г. Г. Неттов

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР, проф. У. Я. Богданович)

Известно более 100 способов соединения концов сухожилий, однако все они страдают одним существенным недостатком: при накладывании швов происходит зна-

чительная травматизация концов сухожилий, что ведет к образованию грубых рубцовых спаек между швом и окружающими тканями.

Для уменьшения травматичности вмешательства дистальный конец поврежденного сухожилия ретроградно подтягивают временным П-образным швом к месту соединения концов сухожилий, а последние закрепляют восьмиобразным швом.



Этапы осуществления этого способа изображены на рис. 1 (а, б). На проксимальный конец (1) поврежденного сухожилия накладывают восьмиобразный шов (2), свободные концы нити (5) выводят в рану. Далее через дополнительный разрез освобождают дистальный конец (3) сухожилия, который подтягивают временным П-образным швом (4) и, используя его как держалку, через дистальный конец (3) сухожилия проводят свободные концы (5) восьмиобразного шва (2) и выводят их (6) из сухожилия. Свободные концы П-образного шва (4) ретроградно выводят в рану. Путем натяжения свободных концов нитей (4 и 6) плотно сближают поврежденные концы сухожилий (1, 3). Не ослабляя натяжения нитей накладывают на концы сухо-

жилий боковые адаптирующие швы (7). П-образный шов-держалку удаляют, свободные концы (6) восьмиобразного шва завязывают в узел (8). Атравматичность сближения концов сухожилий, отсутствие накожных фиксированных швов способствуют меньшей спайке сухожилия с окружающими тканями.

Способ успешно апробирован в отделении хирургии кисти при лечении 16 больных, которым сшито указанным способом 27 сухожилий. У всех пациентов получены хорошие клинико-функциональные результаты. Клинические испытания показали атравматичность данного способа при соединении поврежденных концов сухожилий, сохранение блоковидных связок и хорошую адаптацию концов сухожилий.

Поступила 19.02.85.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 066.728.3—001—085.83

ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ф. Ш. Бахтиозин, Е. С. Вальнева

Кафедра травматологии и ортопедии (зав.—доц. Р. А. Зулкарнеев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени имени С. В. Курашова медицинского института, городская клиническая больница № 15 (главврач—Р. И. Туишев) г. Казани

Клинические наблюдения за 239 больными, оперированными по поводу повреждений менисков, показали целесообразность иммобилизации конечности гипсовой лонгетой в течение 7—10 дней после операции с наложением на сустав давящей ватно-марлевой «сушки» в первые 2 дня. Со 2-го дня после операции всем больным назначали физиотерапию, которую сочетали с лечебной физкультурой. В период гипсовой иммобилизации больные получали электрическое поле УВЧ и диадинамические токи в палате. Курс лечения — 6—7 сеансов. После окончания курса УВЧ и диадинамических токов больным предписывали фонофорез с гидрокортизоновой мазью (8—10 сеансов) на аппарате УТИ-1 мощностью 0,4—0,6 Вт/см²; продолжительность сеанса составляла 6—8—10 мин. Тепловые процедуры в раннем периоде после операции на коленном суставе не показаны, так как способствуют развитию синовитов и около-суставных оссификатов. Ранняя физиотерапия в послеоперационном периоде, наоборот, снимает болевой синдром, купирует реактивный синовит, возникший в связи с оперативным вмешательством, значительно сокращает число пункций коленного сустава.

При назначении лечебной физкультуры в послеоперационном периоде преследовали следующие задачи: восстановление подвижности в суставе, приспособление тканей сустава к статической нагрузке, восстановление силы мышц, развитие устойчивости коленного сустава. Занятия лечебной гимнастикой мы разделили условно на 2 периода: первый — во время гипсовой иммобилизации (7—8 дней), второй — после снятия гипсовой лонгеты (с 8—9-го дня и до выписки из стационара). В первом пе-