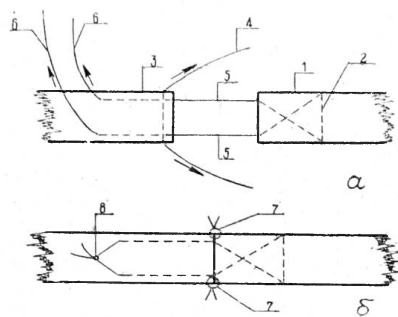


чительная травматизация концов сухожилий, что ведет к образованию грубых рубцовых спаек между швом и окружающими тканями.

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). Атрауматичность 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 атрауматичность 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-

риюде уже со 2-го дня после операции проводили локальные упражнения изометрического характера в виде ритмичных напряжений четырехглавой мышцы бедра и сгибателей голени для предупреждения образования спаек в полости сустава, особенно в пателло-фemorальном сочленении. Одновременно назначалась лечебная гимнастика голеностопного сустава. Широко использовалось реперкуссионное влияние физических упражнений, выполняемых симметричной здоровой конечностью. Больным разрешалось вставать и ходить с помощью костылей без опоры на оперированную конечность с 3—4-го дня. Предварительно производилась тренировка сосудов путем 10—15-кратного попеременного опускания на пол оперированной конечности и придания затем вновь ей горизонтального положения.

При резекции мениска с удалением только разорванной части и благоприятном послеоперационном течении с 6—7-го дня еще до удаления швов временно снимали гипсовую лонгету и больным назначали изотонические упражнения в виде активного сгибания и разгибания коленного сустава со скольжением стопы по постели до ощущения боли. После снятия гипсовой лонгеты дозировку физических упражнений постепенно увеличивали. При отсутствии реактивных изменений в коленном суставе добавляли упражнения с противодействием и отягощением с постепенным увеличением амплитуды движений. Ходьба с помощью костылей без нагрузки оперированной конечности осуществлялась до 18-го дня. В дальнейшем разрешалась постепенно возрастающая осевая нагрузка, а через 3 нед после операции — полная осевая нагрузка на конечность.

При оперативных вмешательствах по поводу кисты менисков или разрыва дискового мениска, а также при сочетании разрыва мениска с частичным разрывом боковой связки комплекс упражнений лечебной гимнастики проводили на 2—3 дня позднее обычного, а осевую нагрузку конечности — лишь к концу 4-й недели. Ввиду довольно часто развивающейся при повреждении менисков атрофии четырехглавой мышцы бедра назначали комплекс упражнений, направленный на восстановление силы и тонуса этой мышцы.

Больных выписывали, как правило, на 20—21-й день после операции при отсутствии выпота в сустав; у большинства больных объем движений в оперированном суставе при выписке был полным (90%). При ограничении движений к 16—18-му дню и сохранении реактивного синовита продолжалось лечение фонофорезом гидрокортизона с диметилсульфоксидом (24 больных). Для фонофореза применяли следующую смесь: 10 мл 50% раствора диметилсульфоксида, 50 мг суспензии гидрокортизона и 50 мл дистиллированной воды. Назначенное лечение купировало реактивный синовит, что исключало необходимость пункций сустава, позволяло к концу стационарного лечения (к 24-му дню) достигнуть полного восстановления движений в оперированном суставе.

Поступила 03.12.85.

В ПОМОЩЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

УДК 616—022.363:7

ОБЪЕКТЫ ВРАЧЕВАНИЯ В ЗЕРКАЛЕ ИСКУССТВА

В. Я. Скворцов

Кафедра философии и научного коммунизма (зав.— проф. Н. Н. Седова) Волгоградского медицинского института

Человек является главным объектом медицины и искусства. В стремлении к его целостному познанию медицина и искусство не могут обойтись друг без друга, что особенно наглядно подтверждается историей изобразительного искусства, эволюция которой неразрывно связана с анатомо-физиологическими познаниями художников. Мы видим, например, как в статуе курсора (Нью-Йорк, Метрополитен-музей), высеченной на рубеже VII—VI вв. до н. э., скульптор подчеркнул характерные признаки атлетически развитого тела — широкие плечи и узкую талию. Но, не владея точным знанием анатомии, мастер лишь приблизительно намечает мускулатуру: на животе — врезанными линиями, на спине — декоративными узорами. Все мускулы тела показаны в одинаково напряженном состоянии.

Дальнейшее изображение тела обнаженного человека зримо показывает, как с развитием научных знаний совершенствовался представления художников об анатомии движущегося тела, возрастной анатомии и т. д. Достаточно сравнить фрески Чимабуэ и Джотто с картинами Леонардо да Винчи, Микеланджело, Рафаэля, Дюрера и других художников XV—XVI вв., которые прилежно изучали анатомию, слушалось, под руководством выдающихся ученых. И, овладев ею, они достигали при