

результате мануальной терапии шейного отдела позвоночника отмечалось улучшение слуха.

Как показали результаты аудиометрического обследования, нарушение слуха у больных шейным остеохондрозом чаще бывает двусторонним, причем более выраженным с одной стороны, а по характеру — двух типов: чисто звуковоспринимающий и звуковоспринимающий с явлениями нарушения звукопроводения, возможно, во внутреннем ухе. Адгезивные воспалительные процессы в среднем ухе исключались. При исследовании порогов слуховой чувствительности к ультразвукам выявлено их колебание в довольно широких пределах: от 2 до 18 В (норма — 0,5—2 В). Улучшение слуха под действием мануальной терапии наступало у больных, у которых порог чувствительности к ультразвуку не превышал 5 В. Однако латерализация ультразвука у этих больных (после лечения) оставалась без изменений, несмотря на нормализацию порогов. В основном это были больные со смешанной тугоухостью, длительность заболевания которых не превышала 2 лет. У 11 из 21 наблюдаемого со смешанной тугоухостью ультразвук латерализовался в хуже слышащее ухо, в то время как тоны обычного диапазона частот не иррадиировали. Асимметрия слуха у них была выражена незначительно. Улучшение слуха, наступившее под действием патогенетической терапии, свидетельствовало о том, что данная аудиометрическая картина отражала неглубокие функциональные (обратимые) изменения в слуховом анализаторе. С другой стороны, у больных с чисто звуковоспринимающей тугоухостью и высокими порогом чувствительности к ультразвуку (более 10 В) улучшение слуха не наблюдалось. Ультразвук, как и тоны обычного диапазона частот, латерализовался в ухо, которое слышало лучше. У 36 больных шейным остеохондрозом с классической картиной синдрома позвоночной артерии и реографически доказанным вертеброгенным нарушением кровотока в вертебробазиллярном бассейне на обычной тональной аудиограмме изменений практически не выявлялось. Пороги слуховой чувствительности к ультразвуку также у большинства из них были нормальными и лишь у некоторых слегка повышенными. Однако большинство больных отмечали латерализацию ультразвука.

Таким образом, исходя из полученных данных, можно заключить, что исследование латерализации ультразвука у больных шейным остеохондрозом выявляет более ранние изменения в слуховом анализаторе в связи с патологией шейного отдела позвоночника. В то же время исследование порогов чувствительности к ультразвуку помогает определять функциональную, обратимую стадию поражения слухового анализатора и своевременно начинать патогенетическую терапию.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

УДК 616.71—001.5—089.84:615.477.33

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОДНОМОМЕНТНОЙ КОМПРЕССИИ И ФИКСАЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

А. А. Авдеев

г. Казань

Одним из важных моментов при остеосинтезе переломов трубчатых костей является устранение смещения отломков и удержание их в правильном положении до завершения манипуляций по их фиксации. Выпускаемые отечественной медицинской промышленностью для этих целей 2—3-розовые костодержатели и другие фиксирующие устройства не отвечают полностью предъявляемым к ним требованиям. При их использовании нередко наблюдаются угловые и поперечные смещения отломков, что создает трудности при остеосинтезе, неблагоприятно отражается на процессе консолидации перелома.

Для устранения смещения и компрессии костных отломков часто применяются дополнительные устройства — контракторы. Эти устройства обычно используют при остеосинтезе специальными компрессирующими накостными пластинами. Однако, создавая тягу по оси, они не обеспечивают достаточной фиксации костных отломков. Кроме того, конструктивное решение компрессирующих накостных пластин имеет еще один весьма существенный недостаток: дополнительные пазы и отверстия в них значительно снижают прочность и жесткость пластин, а значит и степень задела «металл—кость».

В целях обеспечения одномоментной компрессии и фиксации костных отломков при остеосинтезе переломов трубчатых костей любой накостной пластиной и без нее нами разработано устройство для остеосинтеза (рис. 1, 2).

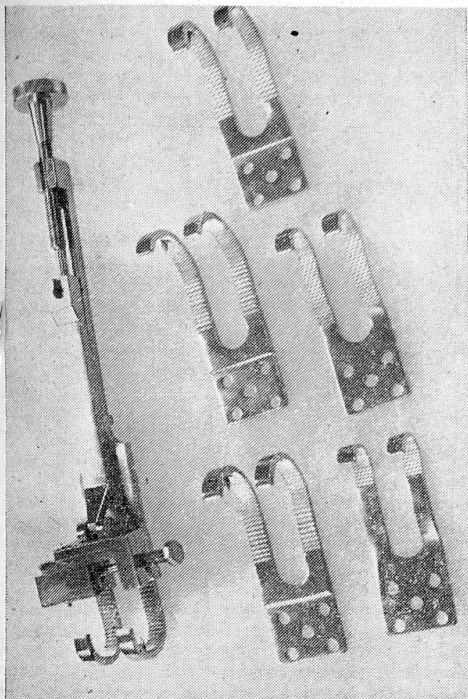


Рис. 1. Комплект деталей устройства для остеосинтеза.

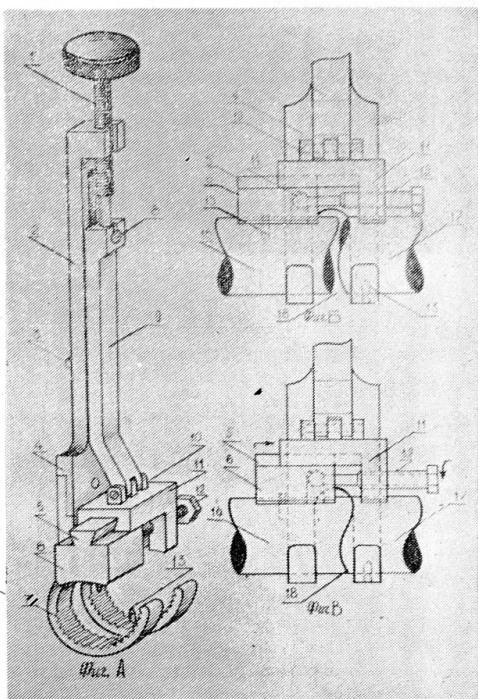


Рис. 2. Общий вид устройства для остеосинтеза в собранном виде.

Обозначения: А — общий вид, В — вид спереди в положении захвата костных отломков до их компрессии, В — то же после компрессии костных отломков.

В устройстве сохранены принципиальные конструктивные элементы 3-рожкового костодержателя, однако в прижимной лапке устройства нами установлено сближающее приспособление в виде ползуна с выступом. Кроме того, захват сделан съёмным, с шипом на одном из его рожков.

Устройство для одномоментной компрессии и фиксации костных отломков состоит из корпуса (2) с 2-рожковым сменным захватом (7), бранши (9), прижимной лапки (6, 11, 12) и ходового винта (1) с рукояткой. Ходовой винт имеет резьбовое соединение с корпусом и шарнирное (8) с браншей. Корпус в дистальном отделе заканчивается лопаткой (4), служащей для фиксации сменного захвата с помощью винта. Бранша сообщается с корпусом (2), выступом-ползуном (3), в дистальном отделе посредством стержня (10) с прижимной лапкой, которая состоит из ползуна (6), имеющего соединение в виде ласточкового хвоста (5) с неподвижной частью (11) и шарнирное — с ползуном. На нижней вогнутой поверхности ползуна находится стержневой выступ (15). Сменные захваты 6 типо-размеров (рис. 1) с диаметром кривизны, соответствующим или близким к диаметру синтезируемой кости. На правой лапке захвата — шип (13).

Подготовка устройства к операции предусматривает фиксацию сменного захвата (7), соответствующего диаметру синтезируемой кости, к лопатке (4) винтом. Для этого в центральном костном отломке (16) просверливается отверстие в одной его стенке соответственно расположению выступа (15) прижимной лапки в положении отведения ползуна. Устройство захватом подводится под костные отломки левой лапкой под центральный отломок, а правой — под периферический (17). При завинчивании ходового винта костные отломки фиксируются между прижимной лапкой и захватом таким образом, чтобы стержневой выступ вошел в отверстие, заранее подготовленное в центральном отломке. При плотной фиксации костных отломков конусовидный шип (13) правой лапки захвата врезается в периферический отломок, то есть центральный отломок фиксируется стержневым выступом прижимной лапки, а периферический — шипом правой лапки захвата. Затем фиксация костных отломков несколько ослабляется отвинчиванием винта (1) на 1—1,5 оборота. При этом ползун смещается вправо, что приводит к устранению диастаза между отломками вплоть до необходимой их взаимной компрессии. По завершении остеосинтеза устройство удаляется.

Описанная методика рекомендуется при остеосинтезе без накостной пластины. При остеосинтезе с накостной пластиной она закрепляется одним или двумя шурупа-

ми (винтами) к центральному отломку, а одно из отверстий наkostной пластины может служить для фиксации выступом ползуна прижимной лапки (высота выступа регулируется резьбовым ходом). При необходимости может быть просверлено отверстие в костном отломке. После компрессии костных отломков описанной методикой наkostная пластина фиксируется к периферическому отломку одним или двумя шурупами, затем устройство удаляется. Остеосинтез завершается дополнительной фиксацией наkostной пластины к костным отломкам. Применение устройства обеспечивает жесткую фиксацию костных отломков, предотвращая угловые, поперечные и ротационные смещения и выполнение необходимой компрессии костных отломков с любой наkostной пластиной и без нее.

Поступила 07.04.86

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК (091)

СТАНОВЛЕНИЕ ЗЕМСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИМБИРСКОЙ ГУБЕРНИИ

Заслуж. врач РСФСР П. П. Евдокимов

г. Ульяновск

В 60-х годах прошлого столетия в жизни русского общества произошли существенные изменения: в 1861 г. пало крепостное право, в 1864 г. последовала земская реформа. Она «... была одной из тех уступок, которые отбило у самодержавного правительства волна общественного возбуждения и революционного натиска...»¹. По этой реформе центральные губернии России получили право на самоуправление, но не без контроля со стороны губернатора. К земству отошли народное просвещение, народное здравоохранение, торговля, дороги и пр.

Земские учреждения в Симбирской губернии стали функционировать с февраля 1866 г. К этому времени и надо отнести начало организации земского здравоохранения. От приказа общественного призрения, ведавшего органами здравоохранения, губернское земство получило в губернском городе одну больницу на 200 кроватей, уездные земства (за исключением Симбирского уезда) — семь ветхий, едва влачивших существование больниц на 145 коек; сельских больниц не было. Врачебные кадры в названном приказе составляли уездные городовые врачи. Они заведовали больницами в уездных городах, при них были фельдшеры, чаще ротные, или из фельдшерских учеников; в некоторых уездных городах были повивальные бабки².

В становлении земского здравоохранения и его дальнейшем развитии видную роль сыграла небольшая группа врачей губернской больницы — И. С. Покровский, П. М. Козакевич, Н. Ф. Фененко, М. К. Свенцицкий, А. А. Кадьян (с 1880 г.) во главе с врачевым инспектором, доктором медицины Н. А. Глассоном. Названные врачи являлись современниками директора народных земских училищ губернии И. Н. Ульянова. На общей почве служения земству между врачами и И. Н. Ульяновым сложились деловые добрые отношения, а с некоторыми и дружеские.

Н. А. Глассон до земской реформы занимал должность старшего врача симбирских больничных заведений приказа общественного призрения. В ноябре 1868 г. вместе с земскими врачами он создал медицинское общество, которое позднее было переименовано в общество врачей г. Симбирска. На своих заседаниях это общество обсуждало все злободневные вопросы по медицинскому обслуживанию населения. По его инициативе в Симбирске была открыта бесплатная лечебница для бедных больных, позднее — больница для бедных мешан на 40 кроватей, а по предложению Н. А. Глассона (в 1869 г.) при губернской больнице — фельдшерская школа.

Для решения вопроса с врачевыми кадрами молодым симбирянам, желающим стать врачами, были выделены стипендии за счет отчислений из бюджета губернского земства.

Заслугой доктора Глассона и его коллег по обществу врачей было проведение двух первых съездов земских врачей губернии с участием городовых и уездных врачей. Первый съезд состоялся в июне 1874 г. Председателем был избран Н. А. Глассон, секретарем — земский врач Алатырского уезда В. В. Преображенский, отец знаменитого ученого, профессора чистой математики Преображенского, участника знаменитой студенческой сходки в 1887 г.

Съезд не имел определенной программы занятий, поэтому председатель предло-

¹ В. И. Ленин. Полн. собр. соч. т. 5, с. 33.

² Вестник Симбирского земства, 1891, № 3.