

Устройством пользуются следующим образом. Трубку (1) с поршнем (7) и навинченной фрезой (2) при снятых кольцевидных упорах (9) и удаленном штоке (6) посредством хвостовика (5) и колпачка (4) зажимают в дрели. В стерильных условиях высверливают аллотрансплантат, например, из шейки бедра, вдоль ее оси или мышечков бедра в направлении предполагаемой пересадки кости, что обеспечивает идентичность архитектуры трансплантата с местом пересадки кости реципиента. При этом трубка (1) заполняется цельным губчатым столбиком трансплантата, а поршень (7) свободно отходит к колпачку (4). Избыток жидкости и воздуха выходит через отверстие (8) поршня (7). Устройство с трансплантатом внутри извлекают из кости, отвинчивают фрезу (2), надевают кольцевидные упоры (9) на трубку и навинчивают шток (6) в поршень (7). Собранный таким образом трубку концом вставляют в костный канал реципиента, подготовленный сверлом с диаметром, соответствующим внутреннему диаметру трубки, а затем при помощи штока и поршня выталкивают в канал столбик губчатой кости, находящийся в трубке. Вставленный в канал шейки бедра костный столбик имеет идентичную с костью реципиента балочную структуру.

Плотность заполнения костного канала реципиента трансплантатом достигается за счет того, что внутренние каналы фрезы и трубки выполнены в виде усеченного конуса (2—3°). Это обеспечивает взятие губчатого трансплантата с диаметром, близким к наружному диаметру трубки, так как столбик трансплантата по мере продвижения по внутреннему конусовидному каналу сужается из-за его уплотнения при давлении стенок трубки. Кроме того, конусовидность внутреннего канала трубки облегчает выталкивание трансплантата поршнем в костный канал реципиента. Благодаря умеренному давлению поршнем на ранее уплотненный губчатый костный столбик, происходит некоторое его расширение и плотное заполнение костного канала реципиента.

Изготовление кортикальных костных трансплантатов для фиксации костных фрагментов осуществляется съемными фрезами, внутренний диаметр которых может быть различным, что определяет величину сечения трансплантата, необходимого по ходу операции. Берут стерильный трубчатый аллотрансплантат, более короткий по длине, чем трубка, с фрезой и зажимают в ручных тисках так, чтобы стенка кости, где планируется взятие трансплантата, оставалась свободной. Затем по продольной оси трубчатой кости по всей ее длине из свободной стенки высверливают кортикальный трансплантат, который используют как костный штифт при фиксации костных фрагментов.

Для заполнения костных полостей из стерильного костного аллотрансплантата забирают таким же образом кортикальную и губчатую кость в виде столбиков, затем их плотно укладывают в костную полость, только дефект кортикальной стенки заполняют кортикальными трансплантатами.

Поступила 13 апреля 1983 г.

УДК 616.001

АППАРАТУРА ДЛЯ ТРАВМАТОЛОГА

З. А. Заринов

(Зеленодольск, ТАССР)

Имеющиеся ручные и аппаратные способы репозиции отломков и устранения вывиха плеча пока не удовлетворяют полностью запросы практического врача. В течение многих лет мы применяем разработанную нами аппаратуру. К их числу относится аппарат для репозиции отломков костей предплечья, который создан нами для осуществления плавного вытяжения и сопоставления отломков костей предплечья, а также для удержания их при наложении гипсовой или другой иммобилизирующей повязки до ее полного затвердевания. Он выполнен в виде рамы из двух стоек на выпукло-вогнутой упорной пластине и перемычки, ползунок на стойках и кистедержателя в виде петель-удавок (рис. 1).

Аппарат применяем следующим образом. Больной сидит или лежит. Предплечье укладываем на стол. Производим обезболивание области перелома. На пальцы надеваем кистедержатель. К плечу прикладываем и пристегиваем ремнем выпукло-вогнутую упорную пластину. К ползунку аппарата присоединяем кистедержатель. Затем плавно тянем за ползунок и осуществляем противовытяжение отломков кости и их

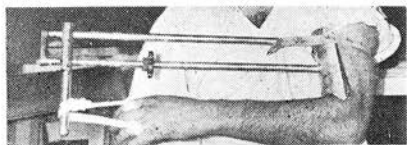


Рис. 1.

Для устранения вывиха плеча, учитывая механизм его возникновения, а также биомеханику мышц плечевого пояса, мы разработали конструкцию, с помощью которой физически значительно легче и эффективнее устраняется вывих плеча, в том числе и застарелый (рис. 2). Он состоит из упорной выпукло-вогнутой пластины с ремнем, соединенной шарнирами с двумя стойками, которые заканчиваются замыкательной пластиной. Имеет шину с ремнями для предплечья, шарнирно соединенную с ползуном, смонтированным на стойках, и винтовое натяжное устройство с рукояткой, соединяющее ползунок с замыкательной пластиной, а также толкатель головки плеча с рычагами.

После анестезии или дачи наркоза под вывихнутую руку больного подводим наш аппарат для устранения вывиха плеча. При этом упорную пластину пристегиваем ремнем к боковой поверхности грудной клетки ближе к подмышечной впадине, а предплечье укладываем и пристегиваем ремнями к шине. После этого, вывинчивая натяжное устройство, механическим способом тянем плечо по оси до установления головки плечевой кости в суставной впадине или у ее края. Дополнительными раскачивающими движениями плеча, а также при необходимости вращательными движениями плеча вокруг продольной оси завершаем устранение вывиха плеча. Смещение головки плеча в подмышечную область предотвращает и толкатель с рычагами.

В данном сообщении мы хотели поделиться своим опытом, который позволяет рекомендовать наши предложения для внедрения в широкую лечебную практику.

Поступила 14 апреля 1983 г



Рис. 2.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ



28 октября 1983 г. исполнилось 60 лет со дня рождения главного государственного санитарного врача ТАССР, заслуженного врача Татарской АССР Абрама Львовича Яковсона.

Правление Татарского отделения Всесоюзного научного медицинского общества гигиенистов и санитарных врачей и редакция «Казанского медицинского журнала» поздравляют юбиляра и желают крепкого здоровья, счастья в личной жизни, больших успехов в деле дальнейшего оздоровления условий труда, обучения, быта и отдыха населения Республики.

За многолетнюю плодотворную работу в области здравоохранения и в связи с шестидесятилетием со дня рождения Яковсон Абрам Львович награжден Почетной грамотой обкома КПСС и Совета Министров Татарской АССР.

РЕФЕРАТЫ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЭТОМ НОМЕРЕ

УДК 617.581—002.4—07:577.15.032

Значение измерения внутрикостного кровяного давления в шейке бедренной кости для ранней диагностики болезни Пертеса у де-

тей. Евсеев В. И., Шарпарь В. Д.
Казанский мед. ж., 1983, № 6, с. 408—410.

Обследован 41 больной в возрасте от 4 до 15 лет с подозрением на болезнь