

1. Белицер В. А. Биохимия животных и человека. Свертывание крови и фибринолиз.— Киев, 1982.— Вып. 6.— С. 38—57.
2. Зубаиров Д. М., Тимербаев В. Н., Байкеев Р. Ф. Биохимия животных и человека.— Киев, 1982.— Вып. 6.— С. 26—28.
3. Литвинов Р. Н.//Казанский мед. ж.— 1984.— № 3.— С. 203—213.
4. Струкова С. М. Биохимия животных и человека. Свертывание крови и фибринолиз.— Киев, 1982.— Вып. 6.— С. 26—38.
5. Baglia F. A., Sinha D., Walsch P. N.// Blood.— 1989.— Vol. 74.— P. 244—251.
6. Bloom.//Thromb. Res.— 1989.— Vol. 54.— P. 261—268.

7. Cochrane C. G., Griffin J. H.//Adv. Immunol.— New-York, 1982.— Vol. 33.— P. 241—306.
8. Fleck R. A., Rao L. V. M., Rapaport S. J., Varki N.//Thromb. Res.— 1990.— Vol. 57.— P. 765—781.
9. Komiyama Y., Pedersen A. H., Kiesel W.//Biochemistry.— 1990.— Vol. 29.— P. 9418—9425.
10. Resenberg R. D.//Am. J. Med.— 1989.— Vol. 87.— P. 3—12.
11. Sakai T., Kiesel W.//J. Biol. Chem.— 1990.— Vol. 265.— P. 9105—9113.
12. Wildgoose F., Kazim A. L., Kiesel W.//Proc. Nat. Acad. Sci. USA.— 1990.— Vol. 87.— P. 7290—7294.

Поступила 30.11.93.

УДК 616—089.8—072.1

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ЭНДОХИРУРГИИ

А. Е. Морошек, А. Н. Чугунов, В. В. Одинцов,
И. В. Федоров, Р. Ф. Гайфуллин, Л. Л. Попович

Казанская фирма «Эндомедиум» (директор — А. Е. Морошек), кафедра травматологии и хирургии (зав.— проф. Р. А. Зулкарнеев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, городская клиническая больница № 18 (главврач — К. Ш. Зиятдинов), г. Казань

Расширение спектра лапароскопических операций требует создания новых инструментов, обеспечивающих простоту и надежность хирургических вмешательств, сокращающих их продолжительность и частоту осложнений.

За последний год инженерами и хирургами фирмы «Эндомедиум» созданы оригинальные инструменты, отвечающие указанным выше требованиям.

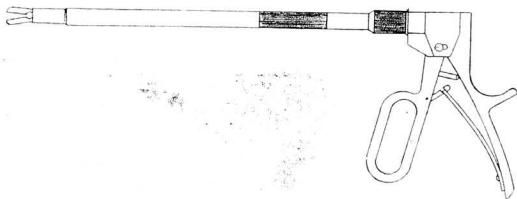


Рис. 1. Апликатор для наложения клипс.

Данный инструмент предназначен для клипирования сосудов, пузырного протока и других трубчатых структур в эндохирургии. При использовании апликаторов зарубежных фирм («К. Шторц» и др.) сжатие клипсы обеспечивается браншами за счет их втяжения в гильзу корпуса инструмента. При этом бранши неизбежно отступают от клипируемого образования на 2—3 мм. Предотвращение

этого нежелательного момента требует встречного движения руки хирурга с инструментом в момент наложения клипсы.

Предлагаемый инструмент отличается тем, что в момент сжатия ручек апликатора гильза надвигается на бранши, причем сжимая клипсу не перемещается относительно тканей. Это упрощает манипуляцию и делает ее более безопасной.

Рационализаторское предложение № 1010/16 зарегистрировано в Казанском медицинском институте 22.12.1993 г.



Рис. 2. Петлевой электрод для лапароскопической хирургии.

Это устройство используется для рассечения, коагуляции и тупой препаровки тканей. Традиционно применяемый Л-образный электрод предназначен для рассечения и коагуляции тканей. Однако по ходу операции нередко возникает необходимость в препаровке тканей, особенно в зоне треугольника Кало, в области устья маточной артерии и др. Л-образный же электрод может повредить жизненно важные структуры.

Инструмент аналогов не имеет, заменяя «тупфер», широко используемый в открытой хирургии.

Рационализаторское предложение № 1014/20 зарегистрировано в Казанском медицинском институте 22.12.1993 г.



Рис. 3. Устройство для интраоперационной холангиографии.

Инструмент предназначен для рентгеноконтрастных исследований желчевыводящих путей во время лапароскопической холецистэктомии. Состоит из пластмассового рентгено-негативного корпуса диаметром 5 мм, плавно переходящего в гибкую канюлю диаметром 1,5 мм. Достоинствами инструмента являются простота, надежность, совместимость с 5-миллиметровыми троакарами отечественного и зарубежного производства.

Рационализаторское предложение № 1016/22 зарегистрировано в Казанском медицинском институте 22.12.1993 г.

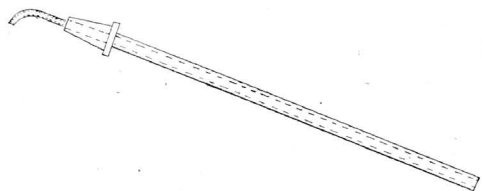


Рис. 4. Игла для гидравлической препаровки тканей.

Предлагаемая игла используется для атравматического удаления желчного пузыря при лапароскопической холецистэктомии. Это полая трубка из нержавеющей стали, на конце которой имеется игла, изогнутая под углом 90°. Инструмент частично вводят в брюшную полость через 5-миллиметровый троакар. Иглой пунктируют переходную складку печени в области ложа желчного пузыря и через нее вводят стерильную жидкость. В результате между желчным пузырем и паренхимой печени образуется пространство, инфильтрируемое вводимым раствором. Применение такой иглы позволяет предотвратить повреждение печени и стенки желчного пузыря во время лапароскопической холецистэктомии.

Рационализаторское предложение № 1012/18 зарегистрировано в Казанском медицинском институте 22.12.1993 г.

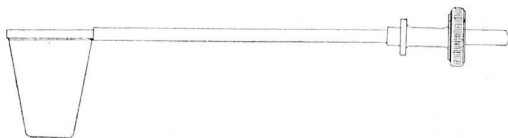


Рис. 5. Сачок для извлечения органов.

Устройство предназначено для асептического и атравматического извлечения удаляемого органа (желчного пузыря, аппендикса, кисты яичника и др.) из брюшной полости. Состоит из полиэтиленового мешочка, закрепленного на металлическом каркасе. В конце операции устройство вводят в брюшную полость через 10-миллиметровый троакар. Удаляемый орган помещают в целлофановый мешок. Горловину мешка затягивают ниткой. После этого мешок отрывают от держателя и последний извлекают из брюшной полости. Дальнейшее извлечение мешка с органом осуществляется с помощью хирургических щипцов через расширитель, при этом удаляемый орган не соприкасается с тканями брюшной стенки.

Рационализаторское предложение № 1011/17 зарегистрировано в Казанском медицинском институте 22.12.1993 г.

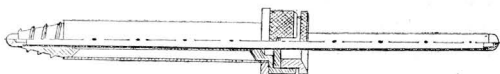


Рис. 6. Устройство для асептического извлечения органов из брюшной области.

Рекомендуемое устройство представляет собой полую трубку диаметром 20 мм. Вторая трубка имеет на одном конце герметизирующую прокладку, а на другом — конусный наконечник с винтовой резьбой. Стержень диаметром 10 мм вставляют в 10-миллиметровый троакар, который извлекают. На стержень, оставленный в проколе брюшной стенки, надевают расширитель и вкручивают в прокол, после этого его вынимают из расширителя. Вместо стержня вставляют переходную гильзу с хирургическими щипцами. С помощью последних удаленный орган извлекают наружу через полую трубку диаметром 20 мм, при этом он не соприкасается с тканями брюшной стенки.

Рационализаторское предложение № 1015/21 зарегистрировано в Казанском медицинском институте 22.12.1993 г.



Рис. 7. Игла для экстракорпорального гемостаза.

Игла, предназначенная для прошивания поврежденных сосудов передней брюшной стенки, на одном конце имеет ручку, а на другом — ушко с прорезью на боковой поверхности. Лигатуру вводят в ушко иглы и прокалывают ею переднюю брюшную

стенку в необходимом месте. Другим инструментом нить взвлекают из иглы. Второй прокол делают с противоположной стороны от кровоточащего сосуда. Лигатуру вдевают в ушко и вместе с иглой извлекают из брюшной полости, затем ее завязывают. Применение этого устройства позволяет осуществлять гемостаз без значительного повреждения тканей брюшной стенки.

Рационализаторское предложение № 1013/19 зарегистрировано в Казанском медицинском институте 22.12.1993 г.

Поступила 30.12.93.

УДК 616.596—007.44—089.8

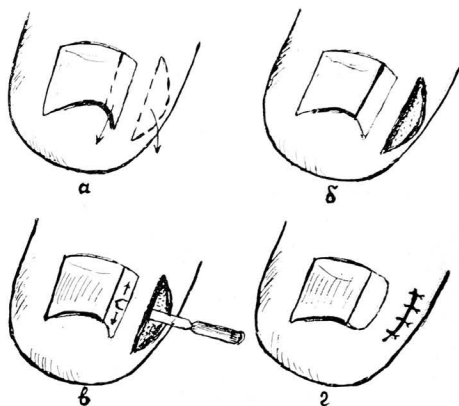
ЛЕЧЕНИЕ ВРОСШЕГО НОГТЯ

И. Е. Микусев

*Кафедра травматологии и ортопедии (зав.—член-корр. АНТ, проф. Х. З. Гафаров)
Казанского института усовершенствования врачей*

Вросший ноготь — частое и мучительное для больного заболевание. Как известно, при врастании ногтя мягкие ткани пальца надвигаются поверх краев ногтя. При этом плоскость ногтевого ложа суживается с боков и изгибается в передней части вверх. При заживлении изъязвления в месте врастания образуются рубцовые ткани, фиксирующие порочное искривление ногтевого ложа и создающие условия для повторного врастания ногтя после его удаления.

Нами предложен новый способ операции (авторское свидетельство № 1465038) при вросшем ногте (см. рис.). Цель его — предупреждение рецидива заболевания за счет уплощения ногтевого ложа. Для этого после тщательной обработки операционного поля под проводниковой анестезией 2% раствором новокаина по Оберсту — Лукашевичу проводим краевую резекцию вросшей части ногтевой пластинки до ее основания шириной от 6 до 8 мм с сохранением матрицы. Образовавшуюся рану тщательно промываем растворами антисептиков с удалением грануляций и дополнительно обрабатываем кожу. Отступя от края ногтевого валика на 1,5 см иссекаем кожу с подкожной клетчаткой в виде клина шириной до 2 см (рис. 1а, б). Затем образовавшийся



мостовидный кожно-подкожный лоскут отсепаровываем скальпелем (рис. 1 в) и рану на боковой поверхности пальца ушиваем 3—4 узловатыми швами с низведением мостовидного лоскута (рис. 1 г). На рану ногтевого ложа (то есть на область удаленной части ногтя) с целью предупреждения кровотечения накладываем повязку с 3% раствором перекиси водорода и только после этого снимаем «жгут» из марли, наложенный у основания I пальца стопы. При врастании ногтя с обеих сторон пальца операцию проводим сразу с обеих сторон, а при вросшем ногте первых пальцев на обеих стопах — одновременно на обе-