

совет имел намерение выделить на кафедре медицинской химии, снова было отнято, лаборатория по-прежнему размещалась в полуподвале. Работа в ней крайне вредно сказывалась на здоровье молодого профессора, который, не видя перспектив для улучшения условий, начал искать возможность перехода в другой университет. В письмах к А. М. Бутлерову, кроме научных вопросов, А. Я. Данилевский просит помочь ему найти пригодное место.

После открытой поддержки крупного ученого анатома П. Ф. Лесгафта, известного своими прогрессивными общественными взглядами, Александру Яковлевичу становится работать особенно трудно. Стремясь любой ценой искоренить всякие проявления свободомыслия и самостоятельности, сторонники верноподданнической линии попечителя университета создали невыносимые условия либерально настроенным профессорам. В отставку были вынуждены подать Н. А. Головинский, А. Е. Голубев, А. Я. Данилевский, В. Т. Имшенецкий, П. И. Левитский, В. В. Марковников, А. И. Якобий.

Портрет А. Я. Данилевского, приложенный к статье, выполнен художником Э. Ситдиковым по групповой фотографии этих прогрессивных профессоров вместе с П. Ф. Лесгафтом. 11 декабря 1871 года граф Толстой подписал приказ об увольнении А. Я. Данилевского со службы в Казанском университете.

После отставки А. Я. Данилевского до 1894 г. кафедрой заведовал А. Я. Щербаков. Он и его преемники по кафедре А. А. Панормов, В. А. Энгельгардт и другие внесли большой вклад в развитие биохимии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арбузов А. Е. // Казанская школа химиков. — Казань, Таткнигоиздат, 1971. — С. 200.
2. Библиографический словарь профессоров и преподавателей императорского Казанского университета (1804—1904). — ч. 2. // Под ред. Н. Н. Загоскина. — Казань, 1904. — С. 455.
3. Бланко М. А., Елина О. Ю., Капланская М. Г. // В кн.: V Всесоюзный биохимический съезд. — М., Наука, 1986. — Т. 3. — С. 423.
4. Владимиров Г. Е. // В кн.: А. Я. Данилевский. Избранные труды. — М., Изд-во АН СССР. — 1960. — С. 5—37.
5. Глинка С. Ф. // В кн.: Труды института истории естествознания и техники. — М., изд-во АН СССР, 1956. — Т. 12. — С. 182—199.
6. Данилевский А. Я. // О специфически действующих телах натурального и искусственного соков поджелудочной железы. — Диссертация. — Харьков, 1863. — С. 57.
7. Данилевский А. Я. // Мед. вестн. — 1865. — № 46. — С. 437—441.
8. Данилевский А. Я., Якобий А. И. // Известия и ученые записки Казанского университета. — 1865. — Т. 1. — Вып. 4. — С. 530—536.
9. Корбут М. К. // Казанский государственный университет имени В. И. Ульянова-Ленина за 125 лет. Т. 2. — Казань, Изд. КГУ, 1930. — С. 382.
10. Кривобокова С. С. // В кн.: V Всесоюзный биохимический съезд. — М., Наука, 1986. — Т. 1. — С. 317—318.
11. Кривобокова С. С., Хайдаров А. Х. // Там же. — Т. 3. — С. 424.
12. Шамин А. Н. // Биокатализ и биокатализаторы. Исторический очерк. — М., Наука, 1971. — С. 195.
13. Шамин А. Н., Быков Г. В. // В кн.: Труды института истории естествознания и техники. — М., Изд-во АН СССР, 1962. — Т. 39. — С. 288—303.
14. Rapoport S. M. // Medizinische Biochemie. — Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1969. — S. 1052.

Поступила 13.10.86.

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И АППАРАТЫ

УДК 616.351:615.849.19

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРА В ПРОКТОЛОГИИ

Л. Н. Ицкович, Т. М. Белоусова, Е. М. Васильев, В. А. Малофеев,
А. М. Цвик

Научно-производственное объединение «Мединструмент» (генеральный директор —
канд. техн. наук В. Х. Сабигов), Казань

В последние годы происходит активное внедрение лазеров в различные области хирургии, накоплен определенный опыт их применения в лечении ряда хирургических заболеваний, расширяются показания к оперативным вмешательствам с помощью лазеров [6, 7]. Способность лазерного луча стерилизовать операционное поле, препятствуя доступу микроорганизмов в раневую поверхность (что особенно важно в условиях загрязненных ран), позволяет эффективно его использовать в хирургическом лечении проктологических заболеваний [2].

Серьезные осложнения, причиняющие тяжелые физические и моральные страдания больным, склонность к рецидивам, нарушения функции, возникающие часто в результате проктологических операций, свидетельствуют об актуальности проблемы лечения заболева-

ний аноректоральной зоны. Поиски более эффективных способов лечения привели к использованию лазерных методов.

В литературе имеются сообщения об использовании лазерного скальпеля при геморроидэктомии, полипэктомии, оперативном лечении больных с анальными трещинами, хроническим парапроктитом [1, 3, 4, 5, 9].

Результаты клинико-экспериментальных исследований эффективности лазерного луча показали его очевидные преимущества: во время операции практически отсутствует кровотечение; в послеоперационном периоде отмечается значительное уменьшение воспалительной реакции тканей, болевого синдрома; послеоперационные раны, особенно после геморроидэктомии, регенерируют без формирования грубых рубцов; в отдаленные сроки не наблюдается рубцовых стриктур анального канала или недостаточности анального жома.

Несмотря на все достоинства, лазерный метод не нашел в проктологии такого широкого применения, как в абдоминальной хирургии, что вызвано прежде всего техническими неудобствами: малым по размерам операционным полем и применением традиционного и не вполне адекватного инструментария.

В задачу данного исследования входило определение параметров и конструктивных особенностей специальных хирургических инструментов для лазерной проктологии, позволяющих наиболее полно использовать возможности лазерных установок «Скальпель-1» и «Ромашка-2». Основой таких инструментов служат обычные зажимные устройства с кремальерой, предназначенные для атравматического сдавливания стенок полого органа или ткани с целью временного прекращения кровотечения.

Совместно с клиникой хирургии ЦНИЛ 4-го Главного управления при Минздраве СССР определен комплект инструментов, позволяющих выполнять проктологические операции с помощью лазерного излучения: для геморроидэктомии, полипэктомии, рассечения стенки аноректального свища, иссечения анальной трещины, обработки стенки анальной трещины расфокусированным лазерным лучом. Как правило, конструкция инструментов зависит от анатомофизиологических особенностей органов, их местоположения в организме, взаимного расположения относительно друг друга и наличия постоянных костно-мышечных образований.

Указанное справедливо и для инструментов, предназначенных для лазерных операций на прямой кишке и в околопрямокишечной зоне. Они должны отвечать следующим требованиям: быть достаточно жесткими и прочными с целью надежного удерживания и сдавливания толстой и богато кровоснабжаемой стенки прямой кишки с учетом значительной тракции, которую обычно применяет хирург для выведения захваченного геморроидального узла, анальной трещины или полипа из заднепроходного канала с последующим их отсечением. Рабочие части браншей должны иметь форму и размеры с учетом защитного экрана, чтобы позволить достаточно свободно манипулировать в просвете кишки на глубине до 10 см, где диаметр операционного поля при самых благоприятных топографоанатомических соотношениях с применением ректального зеркала не превышает 5—6 см (рис. 1).

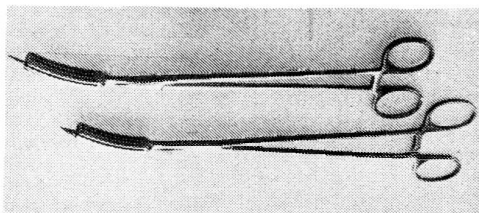
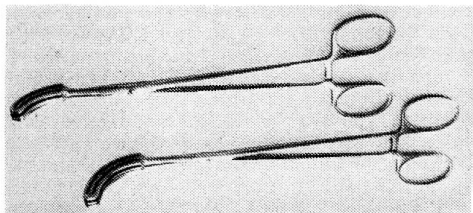


Рис. 1. Инструмент для лазерной геморроидэктомии.

Рис. 2. Инструмент для лазерного рассечения аноректального свища.

Длину браншей и их изгиб следует выбирать таким образом, чтобы ручки инструмента не совпадали с осью операционного действия. Нижнюю браншу зажима для лазерного рассечения свища необходимо оснастить пуговчатым зондом, изгиб которого можно было бы менять в зависимости от хода и направления свища при его одномоментном или поэтапном рассечении (рис. 2).

На верхней бранше зажима имеется продольное щелевидное отверстие, предназначенное для прохождения через него лазерного луча. Сплошная нижняя бранша служит экраном, предохраняющим подлежащие ткани от воздействия на них лазерного излучения.

Апробация данного инструмента в клинике хирургии ЦНИЛ 4-го Главного управления при Минздраве СССР показала, что применение CO_2 -лазера в комплекте со специальными инструментами способствует более быстрому снижению активности воспалительных и некротических процессов, ускорению заживления ран, ослаблению болевых ощущений в области операционных ран и уменьшению частоты послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаев О. Г., Бабаев Х. Б. // Хирургия. — 1983. — № 3. — С. 108—110. — 2. Кочурков Н. В., Дербенев В. А. // В кн.: Актуальные вопросы лазерной хирургии. — М., 1982. — 3. Крапивин Б. В., Куркин А. Н., Владыка Л. А. и др. // В кн.: Разработка и использование

отечественных изобретений в области лазерной хирургии. — Ашхабад, 1984. — 4. Савчук Б. Д., Ульянов В. И., Шмидт Ф. В. // Там же. — 5. Скобелкин О. К., Брехов Е. И., Башилов В. П. и др. // Вестн. хир. — 1980. — № 1. — С. 63—65. — 6. Скобелкин О. К., Брехов Е. И., Корепанов В. И. // В кн.: Наука и человечество. — Международный ежегодник, 1984. — 7. Скобелкин О. К., Брехов Е. И., Корепанов В. И. // В мире науки. — 1984. — № 4. — С. 49—56. — 8. Покровский Г. А. // Хирургия. — 1983. — № 3. — С. 40—45. — 9. Slutzki S., Abramsohn R., Bogokowsky H. // Amer. J. Surg. — 1981. — Vol. 141. — P. 395—396.

Поступила 29.10.86.

УДК 617.578—001—085.851.81

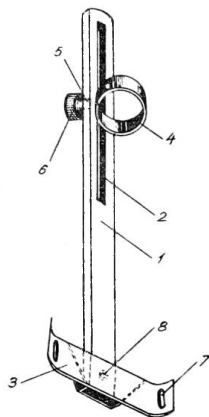
УСТРОЙСТВО ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ДВИЖЕНИЙ В СУСТАВАХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Г. Г. Неттов

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

После переломов фаланг пальцев и повреждений их сухожильно-связочного аппарата восстановление движений в суставах пальцев представляет значительные трудности. Несмотря на множество предложенных приспособлений и шин [1], достичь дифференцированной разработки движений пальцев пока не удается.

С целью дифференцированной разработки движений в межфаланговых суставах пальцев кисти с участием самого больного предлагается специальное устройство (см. рис.). Оно состоит из основания (1) с продольным пазом (2) на дистальном конце и браслетом (3) на проксимальном конце основания. В продольном пазе крепится кольцо (4) с помощью резьбового штыря (5) и винта (6). На концах браслета имеются поперечные прорезы (7) для крепления. Основание соединено с браслетом шарниром (8).



Устройство для разработки движений в суставах пальцев кисти.

Устройство применяют следующим образом. Основание накладывают продольно на тыльную поверхность кисти и крепят на уровне лучезапястного сустава браслетом, ремешком или бинтом, проведенным через прорезы. Наличие шарнира позволяет устанавливать основание вдоль разрабатываемого пальца. При разработке первого пальца используют устройство с более вогнутым браслетом. На разрабатываемый палец надевают кольцо и фиксируют последнее к основанию через паз с помощью резьбового штыря и винта. Наличие продольного паза дает возможность перемещать кольцо на тот уровень, который необходим для разработки нужного межфалангового сочленения. При разработке движений в средней фаланге кольцом фиксируют основную фалангу, а при разработке движений в ногтевой фаланге — среднюю фалангу.

Устройство успешно апробировано у 12 больных с последствиями травмы кисти; у всех получены хорошие клинические результаты. Перед лечебной гимнастикой с использованием данного устройства целесообразно назначение парафиновых или озокеритовых аппликаций для достижения наилучшего результата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колонтай Ю. Ю., Панченко М. К., Андрусон М. В. и др. // Открытые повреждения кисти. — Киев, Здоров'я, 1983.

Поступила 29.09.86.