

лидация полная. Приступил к прежней работе через 3,5 мес.

А, 50 лет, токарь. Получил травму на работе: левая кисть попала под пресс. Диагноз: открытый раздробленный перелом с дефектом в области диафизов III—IV—V пястных костей, разможение мягких тканей с повреждением разгибателей II—V пальцев, сгибателей III—IV—V пальцев. Через 1,5 ч произведены первичная хирургическая обработка, шов разгибателей; выявлен дефект на протяжении диафиза III—IV—V пястных костей. Для стабильного их остеосинтеза и сохранения длины костей (первичная костная пластика не проводилась из-за опасности инфекции) выполнен остеосинтез по описанной выше методике, но с некоторыми отклонениями: две спицы проведены согласно методике, две — под углом (рис. 2а). Данное устройство позволило сохранить длину III—IV—V пястных костей. В последующем после костной аутопластики достигнуто полное восстановление костной структуры травмированных III—IV—V пястных костей и в значительной степени улучшена функция кисти (рис. 2б).

Благодаря достаточно высокому своду дуги, легкости и ажурности конструкции устройство легко переносится больными, не причиняет не-

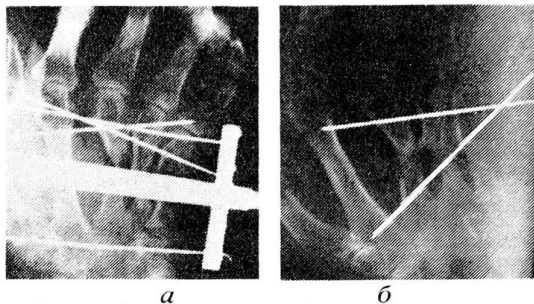


Рис. 2. Рентгенограмма кисти больного А. а) во время фиксации аппарата; б) после восполнения дефектов аутокостью.

удобств после монтажа. Высокий свод дуги обеспечивает свободный доступ при осмотре и перевязке ран тыла кисти. Изготавливается устройство из легких металлических труб, стерилизуется кипячением.

Устройство апробировано при открытых переломах одновременно трех-четырех пястных костей кисти у 3 больных с хорошими анатомо-функциональными результатами.

Поступила 29.04.87.

УДК 616.71—74:615.472.3

НАПРАВИТЕЛЬ СВЕРЛА

А. Л. Гиммельфарб

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

Благодаря широкому применению оперативных вмешательств, способствующих сохранению функции тазобедренного сустава при его заболеваниях, снижается количество артрорезов — травматических вмешательств, связанных с вывихиванием головки бедра из суставной впадины и резекции суставных поверхностей. Замыкание сустава, как правило, стали теперь осуществлять только в тех случаях, когда нет альтернативы, то есть при минимальных качественных движениях в суставе. В подобных случаях на смену травматическому открытому резекционному артродезу приходит менее травматичный, так называемый закрытый чрессуставной артродез. Однако поскольку закрытый артродез осуществляют без вывихивания головки, последующая фиксация ее во впадине связана с трудностями.

Для ускорения костной консолидации используют различные металлические фиксаторы, которые неудобны тем, что в последующем их необходимо из организма удалять, а это нередко довольно травматичное оперативное вмешательство. В отличие от металлических фиксаторов костные ауто- и аллотрансплантаты не требуют удаления. Вводят трансплантаты из подвертельной области бедренной кости через ее шейку и головку в крышу вертлужной впадины.

Согласно известному способу введения костных трансплантатов при артродезе [1],

в проксимальном отделе бедра и крыше вертлужной впадины для костных трансплантатов просверливают тоннели с помощью сверла, имеющего канал по осевой линии. Через проксимальный отдел бедра в направлении крыши вертлужной впадины вводят 2—3 спицы и после рентгеновского контроля по оптимально располагающимся спицам просверливают тоннели, при этом сверло своим каналом нанизывается на спицу.

Введение канального сверла вдоль спицы — ориентира имеет несомненные преимущества перед высверливанием тоннелей без предварительно пропущенных спиц. Однако в клинической практике наблюдаются случаи изгиба спиц при их введении в костную ткань, а последующее проведение быстро вращающегося канального сверла по изогнутой спице — проводнику вызывает повреждение последней; то же бывает и при введении по изогнувшейся спице канального трехлопастного гвоздя во время остеосинтеза шейки бедра.

Для исключения подобных осложнений нами разработан направитель сверла для ориентированной тоннелизации проксимального отдела бедра и крыши вертлужной впадины, который допускает использование обычного бесканального сверла (рис. 1).

Устройство состоит из трубки (2), на рабочем конце которой имеется храповой зуб (1). На противоположном конце трубки нарезана резьба (3) для фиксации в резьбовом ка-

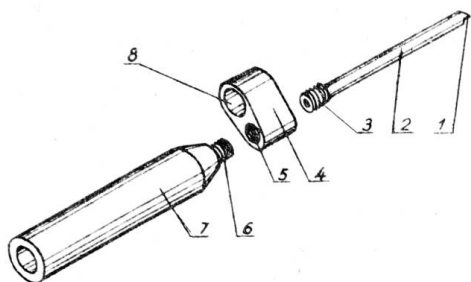


Рис. 1. Направитель сверла.



Рис. 2. Схема применения направителя сверла при операции.

нале (5) переходника (4). Аналогичная резьба (6) сделана и на ручке (7). Посредством этой резьбы ручку фиксируют в противоположном конце резьбового канала переходника. Ручка представляет собой полый цилиндр с коническим заострением на стороне резьбы. Переходник имеет второй, гладкостенный канал (8). В комплект направителя входит набор переходников с различными диаметрами гладкостенных каналов под сверла различных диаметров.

Устройство работает следующим образом. Небольшим разрезом обнажают латеральную поверхность подвертельной области бедра, откуда через его шейку и головку проводят 2—3 спицы в крышу вертлужной впадины. После

рентгеновского контроля оставляют оптимально расположенную спицу. В переходник направителя ввинчивают трубку и ручку. Из набора предварительно подбирают переходник, гладкостенный канал которого соответствует диаметру предполагаемого к использованию сверла. Трубку устройства надевают на спицу и вращательными движениями вводят в шейку бедра, при этом храповой зуб облегчает продвижение трубки вглубь, нарезаая для нее вокруг спицы канал. Трубку вводят до упора переходника в латеральную поверхность подвертельной области бедренной кости (рис. 2 а), затем отвинчивают ручку, скусывают выступающий из канала переходника избыток спицы. Через канал переходника сверлом соответствующего диаметра по заданному направлению в проксимальном отделе бедра и крыше вертлужной впадины просверливают тоннель (рис. 2 б), в который вбивают костный трансплантат (рис. 2 в). Направляющую спицу извлекают после введения в тоннель костного трансплантата.

Для предупреждения проваливания в полость малого таза конца спицы или слишком длинного сверла предварительно измеряют длину шейки и головки бедра по рентгенограмме с помощью специального устройства [2]. Это позволяет вводить спицу и сверло на необходимую глубину и тем самым избежать тяжелых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новиков Н. В., Попов В. А. // Ортопед, травматол. — 1975. — № 6. — С. 39—41.
2. Юсупов Ф. С. // В кн.: Рационализаторские и новаторские предложения в травматологии и ортопедии. — Казанский НИИ травматологии и ортопедии. — Казань, 1960.

Поступила 29.09.86.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Акопов И. Э. Важнейшие отечественные лекарственные растения и их применение. Ташкент, Медицина, 1986.

В настоящее время интерес к фитотерапии, уходящей своими корнями в народную медицину, возрос среди врачей и студентов-медиков. Это связано прежде всего с тем, что мир растений с древних времен служит человеку надежным источником лекарственных средств и одновременно предоставляет неограниченные возможности для успешного поиска новых лечебных препаратов. Повышение интереса к лекарственным растениям в значительной степени определяется и теми разочарованиями, которые постигают практических врачей, использующих все возрастающее количество синтетических препаратов, которые дают большое число осложнений и зачастую не оправдывают возлагаемых на них надежд. Заслуженный деятель науки, профессор-фармаколог Н. В. Лазарев в 1951 г. утверждал, что народная медицина не исчерпала своих возможно-

стей и «в дальнейшем удастся получить некоторые ценные лекарственные вещества также из народной медицины».

В связи с этим высока потребность в литературе, посвященной лечебным свойствам лекарственных растений, — книги на подобные темы моментально исчезают с книжных прилавков. Неудивительно, что последняя работа И. Э. Акопова «Важнейшие отечественные лекарственные растения и их применение», вышедшая в декабре 1986 г. в Ташкенте, уже сейчас стала библиографической редкостью.

В данной монографии обобщены достижения медицинской науки и сведения, накопленные народной медициной, о более чем 250 лекарственных растениях, произрастающих на территории нашей страны. Описанные в книге лекарственные растения охватывают четыре группы: 1) вошедшие в государственный реестр Минздрава СССР; 2) изученные отечественными учеными и используемые в народной медицине; 3) употребляемые в пищу и отличающиеся безопасностью в сочетании с ле-