

Существующие компрессионно-дистракционные аппараты с различными устройствами для репозиции отломков при внеочаговом остеосинтезе позволяют устранять смещение фрагментов по ширине, под углом и по оси. Однако это достигается путем снятия стяжных стержней с последующим переносом их в гнезда специальных выносных планок, что создает известные трудности и неудобства в процессе работы.

Мы предлагаем специальные коленчатые шарниры для стяжных стержней компрессионно-дистракционного аппарата, посредством которых можно придавать кольцам дистального отдела или подсистеме колец любое положение и устранять смещение костных фрагментов по ширине, под углом и по оси без применения выносных планок и вынимания стяжных стержней из их гнезд, что значительно упрощает и облегчает процесс работы (см. рис.).

Предлагаемое устройство применено с положительными результатами в I и III хирургических отделениях Республиканской клинической больницы Минздрава ТАСССР на 5 больных с патологическими переломами костей голени на почве гематогенного (3 человека) и травматического (2 человека) остеомиелитов.

Поступила 17 июня 1980 г.

УДК 616.718.4—001.5—089.844

## УГЛОВАЯ ПЛАСТИНКА ДЛЯ СТАБИЛЬНОЙ ФИКСАЦИИ НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ И ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Л. Н. Анкин

(Киев)

Нами предложена угловая пластинка-болт для стабильной фиксации отломков при надмыщелковых и чрезмыщелковых переломах. Прочно фиксируя отломки, она позволяет обходиться без гипсовой повязки.

Приспособление состоит из металлической пластинки длиной от 120 до 200 мм, шириной 16 мм, толщиной 4,8 мм, с отверстиями для винтов. Одно из отверстий продолговатое — для создания компрессии с помощью контрактора. Нижняя часть пластинки, в отличие от известного фиксатора АО, под углом 95° переходит в Ш-образный клинок с резьбовой частью, на котором установлена шайба и гайка.

Техника операции с использованием приспособления такова. Бедренную кость в нижней трети обнажают наружным боковым разрезом длиной 20—25 см. Отломки бедра предварительно сопоставляют и фиксируют спицами. На 2 см выше суставной линии в мыщелках бедра с помощью сверла и долота делают отверстие для клинка и резьбовой части шпильки. Клинок со шпилькой вводят в подготовленное отверстие в мыщелках. На выступающий со стороны внутреннего мыщелка конец шпильки надевается шайба и навинчивается гайка, чем обеспечивается состояние компрессии при чрезмыщелковых переломах и дополнительная прочность фиксации при надмыщелковых переломах. Пластинку фиксируют к дистальному отломку еще двумя спонгиозными винтами, затем к центральному отломку винтом, введенным в продолговатое отверстие (рис. 1). Захватами контрактора за головку винта в продолговатом отверстии и за отверстие пластины производят сжатие отломков с силой в 60—80 кг. В состоянии компрессии пластинку фиксируют к центральному отломку еще 4—5 винтами.



Рис. 1. Принципы остеосинтеза угловой пластинкой-болтом с применением контрактора с динамометром.

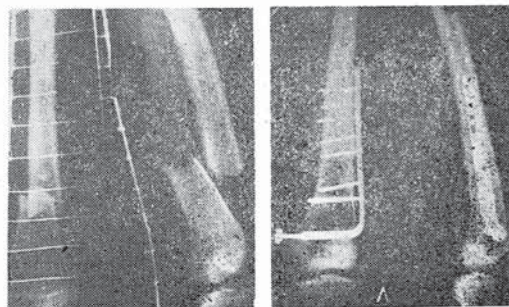


Рис. 2. Рентгенограммы больного Л., 22 лет, до (а) и после (б) остеосинтеза по поводу надмыщелкового перелома.

Благодаря механически прочной фиксации отпадает необходимость в гипсовой повязке после операции, с первых дней послеоперационного периода рекомендуются движения в коленном суставе. Ранними активными движениями в суставах травмированной конечности предупреждаются атрофия мышц и контрактура суставов, улучшается кровообращение конечности и ускоряется сращение перелома. Сокращаются сроки лечения больных, так как исключается период реабилитации, требующийся обычно для восстановления функции конечности.

Предложенная нами пластинка применена у 12 больных с дистальными переломами бедра и у 2 больных для фиксации отломков после надмыщелковой остеотомии (рис. 2, а и б). Во всех случаях достигнута стабильная фиксация, позволившая обойтись без дополнительной иммобилизации. Консолидация переломов наступила своевременно, полностью восстановилась функция коленного сустава.

Мы полагаем, что предложенное нами приспособление для остеосинтеза дистальных переломов может быть рекомендовано для практического применения.

Поступила 15 февраля 1980 г.

## БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

**Н. Л. Бидло.** Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре (под ред. чл.-корр. АМН СССР проф. М. В. Даниленко). М., Медицина, 1979

Издание представляет собой перевод латинской рукописи Н. Л. Бидло 1710 г., единственный экземпляр которой хранится в фундаментальной библиотеке Военно-медицинской Академии им. С. М. Кирова в Ленинграде. Перевод рукописи сделали канд. филол. наук А. А. Содомора и доктор мед. наук М. И. Дубовой. Книга хорошо иллюстрирована. Изображения хирургических инструментов, принадлежащих Петру I, взяты из собрания государственного Эрмитажа. В числе иллюстраций — стилизованные рисунки хирургических операций, воссозданные на основе текста рукописи львовским художником — кандидатом мед. наук А. И. Менделян и доцентом Г. М. Скубченко. Книга великолепно оформлена художником Б. К. Кривицким. В целом издание является образцом полиграфического искусства.

В деятельности Н. Л. Бидло получили яркое отражение прогрессивные реформы «действительно великого человека» (Ф. Энгельс) — Петра I. В. А. Оппель назвал Н. Л. Бидло первым учителем хирургии в России. Теперь есть все основания считать его и первым учителем анатомии, стоящим у истоков высшего медицинского образования в России. В руководстве Н. Л. Бидло 4 части.

В части I «Наставление по хирургии», начиная с определения хирургии как правильного раздела медицины, автор подчеркивает, что «знание и опыт для лечения болезней лучше, чем сама по себе теория». К хирургии Н. Л. Бидло относит: анатомию, химию, ботанику и операции; операции подразделяет на соединение, разделение, удаление и протезирование.

В одной из глав изложены требования к хирургу. Они представляют интерес и в наше время, созвучны современным деонтологическим положениям. «Хирург должен быть не слишком молод или стар, хорошо изучивший теорию науки и имеющий опыт в своем искусстве. Он должен обладать рассудительным умом, острым зрением, быть здоровым и сильным. Во время операции быть внешне безжалостным; не сердиться, способным, славным, трезвым. Далее, чтобы хирург не гневался на больного, а старался расположить его к себе.

Если надежда на спасение превышает опасность, тогда надо делать операцию. Но если опасность больше надежды на спасение, то следует воздержаться от операции».

Часть II «О хирургических операциях от головы до пят» содержит описание хирургических операций применительно к отдельным областям человеческого тела. Выделяются следующие разделы: об операциях головы, шеи, груди, внизу живота, на конечностях, об операциях и перевязывании переломов во всем теле, о перевязывании и закреплении вывихнутых костей, об операции извлечения, об операции опухолей. Содержание текста не сводится только к оперативной технике. Изложение обычно начинается определением заболевания или перечнем заболеваний. Далее рассматриваются причины с подразделением на внешние и внутренние, приводятся наиболее характерные симптомы, обосновывается прогноз и объясняется лечение, иногда с характеристикой возможных осложнений. Для тех случаев, когда необходима операция, дается ее определение, перечисляются показания и противопоказания. Иногда это дополняют замечания, уточняющие то или иное показание. Особенно тщательно перечисляются названия хирургических инструментов, разновидности перевязочного материала, лекарства, то есть все, что составляет аппарат операции. Ход операционных вмешательств описывается с мельчайшими подробностями.

Часть III «О лечении болезней» содержит сведения о лечении болезней костей, венерического люэса, окуриваниях, нарывных лекарствах, банках, клизмах или клистирах.