

нение данной методики способствует максимально быстрому возвращению пациентов на прежний уровень физической активности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Башкиров В.Ф. Подкожные разрывы ахиллова сухожилия: (Клиника и оперативное лечение): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1971.
2. Гиршин С.Г., Цыпин И.С. //Ортопед. травматол. — 1981. — N 5. — С. 44—46.
3. Демичев Н.П. Сухожильная гомопластика в реконструктивной хирургии. — Ростов-н/Д, 1970.
4. Локшина Л.М. //Ортопед. травматол. — 1963. — N 9. — С. 27—31.
5. Миронов С.П., Васильев Д.О., Лев С.Г. Метод пневмокомпрессии в комплексе лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы: Метод. рекомендации. — М., 1994.
6. Миронова З.С., Богоуцкая Е.В., Меркулова Р.И., Баднин И.А. //Ортопед. травматол. — 1981. — N 1. — С. 22—25.
7. Никитин Г.Д., Линник С.А., Шохман Я.Д. //Там же. — 1984. — N 11. — С. 43—46.
8. Черкасова Т.И. Функциональные нарушения в нервно-мышечном аппарате при травматическом нарушении физиологического натяжения мышц, сухожилий и нервов: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1970.
9. Haggmark T., Eriksson E. //Amer. J. Sports Med. — 1979. — Vol. 7. — P. 121—126.
10. Hart T., Napoli C. //J. Foot Surg. — 1988. — Vol. 27. — P. 30—39.
11. Jozsa L. et al. //J. Bone Jt Surg. — 1990. — Vol. 72B. — P. 293—298.
12. Kellam J., Hanter G. et al. //Clin. Orthop. — 1985. — N 201. — P. 80—83.
13. Kuwada G., Schuberth J. //J. Foot Surg. — 1984. — Vol. 23. — P. 340—343.
14. Lehto M., Duance V. et al. //J. Bone Jt Surg. — 1985. — Vol. 67B. — P. 820—828.
15. Salter R., Field P. //Ibid. — 1960. — Vol. 42A. — P. 31—49.
16. Wills C., Caiozzo V. et al. //Orthop. Rev. — 1982. — Vol. 11. — P. 57—64.

#### FUNCTIONAL POSTOPERATIVE TREATMENT OF ACHILLES TENDON SUBCUTANEOUS TEARS

S.P. Mironov, D.O. Vasiliev

The methods of postoperative functional treatment of Achilles tendon subcutaneous tears were elaborated and employed in the practical work of the Clinic of Sports and Ballet Injury, N.N. Priorov Central Institute of Traumatology and Orthopedics. These involved application of removable polyvic orthoses for postoperative immobilization. This type of the orthoses allows active controlled movements to be performed in the ankle joint. Postoperative functional treatment conducted in 14 patients significantly reduced the probability of development of long-term immobilization-associated complications and gave an opportunity to promptly revert to the initial level of physical activity.

© А.И. Блискунов, 1994

А.И. Блискунов

#### ФИКСАТОР ШВОВ-ДЕРЖАЛОК ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ РУЧНОГО СОСУДИСТОГО ШВА

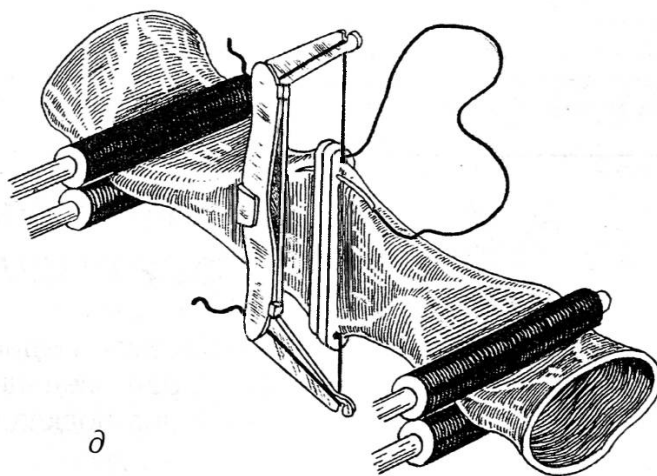
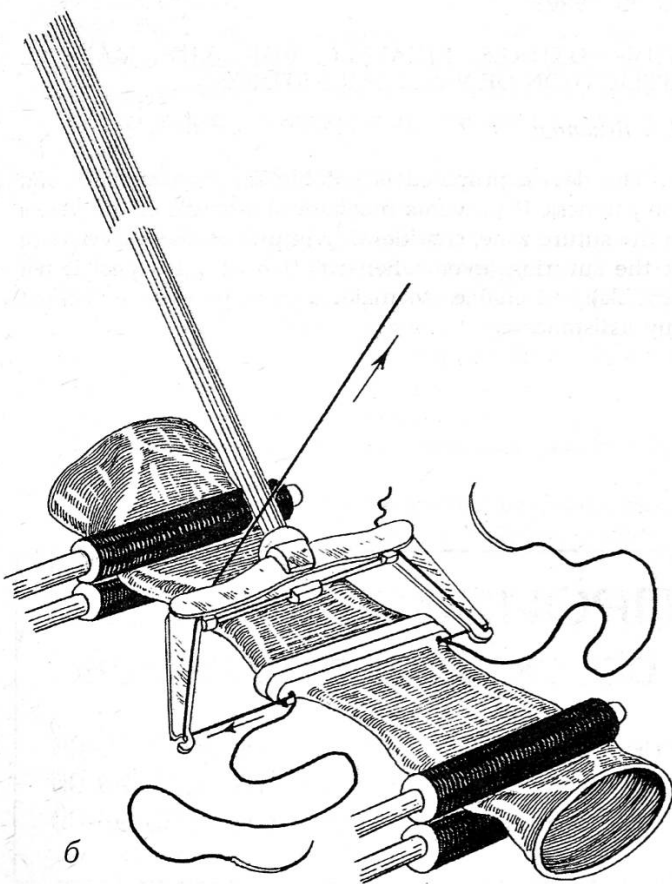
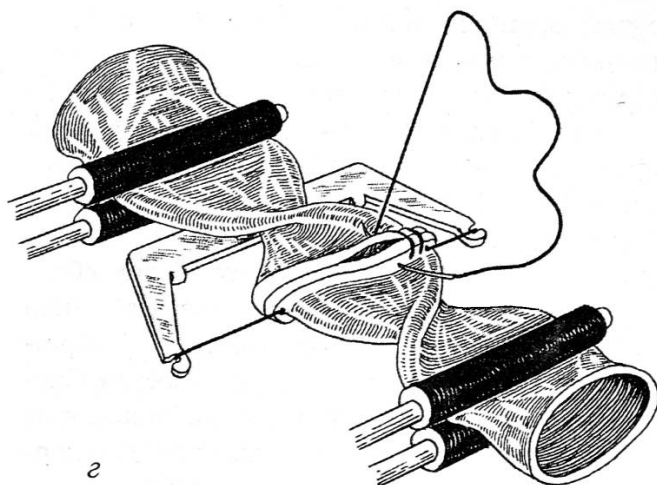
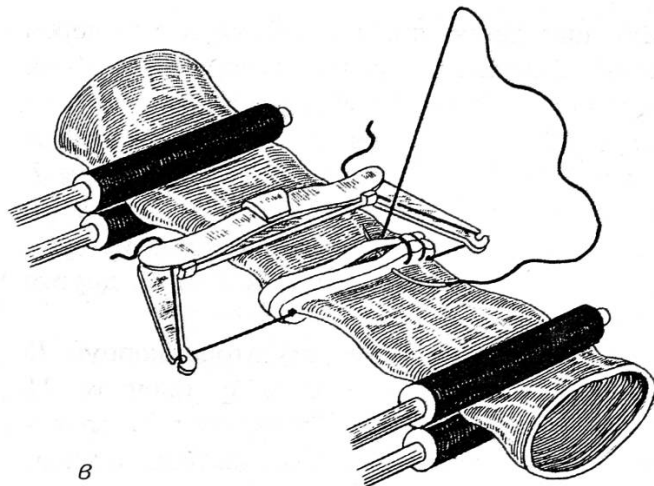
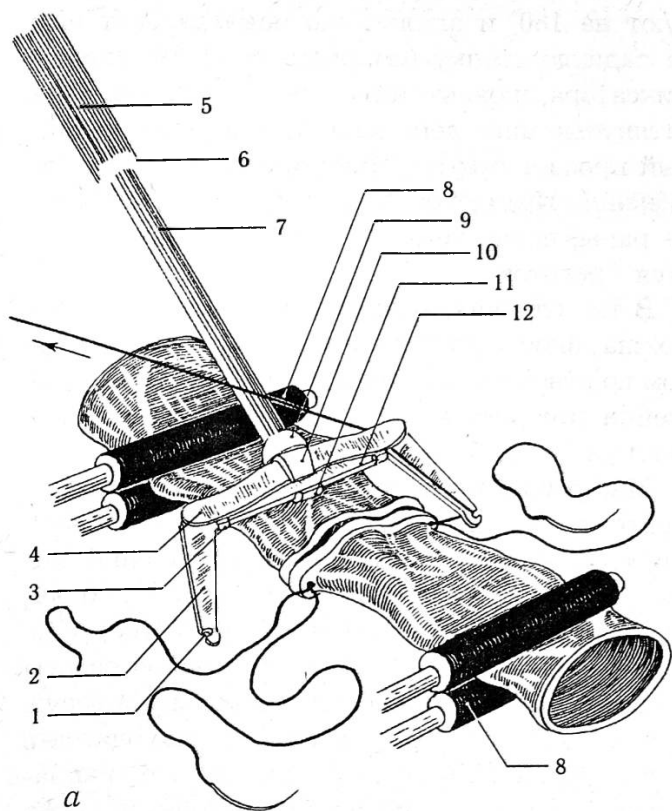
Крымский медицинский институт, Симферополь

Как в нашей стране, так и за рубежом достигнуты значительные успехи в разработке сосудосшивающих скрепочных аппаратов. Однако их применение в повседневной хирургической практике затруднительно, а в ряде случаев невозможно. Поэтому ручной способ наложения сосудистого шва продолжает занимать большое место в хирургии сосудов.

Различные способы ручного сшивания сосудов предусматривают наложение швов-держалок и затем сшивание сначала одной, а потом второй стенки сосуда. Процесс сшивания требует высокой хирургической техники и хороших условий в операционной ране. Ассистент хирурга держит швы-держалки, а хирург занят только сшиванием. Малейшая неточность, малейшее движение рук ассистента может привести к прорезыванию швов-держалок, разрыву сосуда в точке вкола иглы, к неполноценности или несостоятельности анастомоза. Диаметр просвета сосуда в месте наложения шва всегда «пляшет», ассистенту трудно сохранять нужную его величину, а в конце сшивания при связывании шовных нитей со швами-держалками может возникнуть кистирование, приводящее к сужению просвета сосуда.

Для создания оптимальных условий в ране были предложены различные конструкции, однако они громоздки и неудобны. Нами разработано простое устройство (а.с. № 349393) для наложения ручного сосудистого шва, которое отличается компактностью, не загромождает операционную рану, предупреждает механическое сужение сосуда в области шва и значительно повышает удобство его наложения даже при условии, что ротация сосуда невозможна, а самое главное — позволяет выполнить шов без помощи ассистента.

Фиксатор швов-держалок (см. рисунок, а) состоит из корпуса 12, выполненного в виде П-образной скобы, на основании которой имеется изогнутая стойка 10 для пружины 4. На лапках 2 сделаны прорези 1, а в месте перехода лапок в основание скобы — выступы 3, которые удерживают пружину 4 под изогнутой стойкой 10 и одновременно ориентируют



**Фиксатор швов-держалок для наложения ручного сосудистого шва.**

*a* — момент установки фиксатора: на концы сосуда наложены швы-держалки, одна из нитей заведена через прорезь *1* под пружину *4*; *б* — вторая нить шва-держалки заведена через прорезь *1* под пружину *4*, ширина просвета сосуда зафиксирована; *в* — накладывается обвивной шов на переднюю стенку сосуда; *г* — произведена ротация сосуда на 180° между зажимами, накладывается обвивной шов на заднюю стенку сосуда; *д* — вариант наложения сосудистого шва при невозможности ротации сосуда: фиксатор швов-держалок устанавливается вертикально.

нить шва-держалки на прохождение через место наибольшего давления пружины 4 на основание корпуса 12. Для удобства применения фиксатор снабжен съемным держателем 6, выполненным заодно с полым стержнем 7. На его конце установлен упор 9, а внутри проходит резьбовой стержень, взаимодействующий на одном конце с ручкой 5, а на другом несущий крючок 11.

Перед применением фиксатора корпус 12 зажимают между упором 9 и крючком 11. Сосуд пережимают по общепринятым правилам зажимами 8 и на его концы накладывают два шва, которые используют в качестве держалок. Фиксатор подводят к сосуду, нить входит в прорезь 1, ее направляют по плоскости скобы к пружине 4 и заводят под нее. Подтягиванием нити приближают лапку 2 к стенке сосуда, оставляя зазор 3—5 мм. Затем берут противоположную нить шва-держалки, аналогичным образом пропускают ее через прорезь 1 и заводят под пружину 4 (см. рисунок, б). Подтягиванием нити устанавливают необходимую степень растяжения стенок сосуда по линии шва. Поворотом ручки 5 фиксатор освобождают, и он остается на сосуде. Таким образом, нити швов-держалок удерживают стенки сосуда в растянутом состоянии и одновременно удерживают фиксатор на сосуде. Специально держать фиксатор нет необходимости.

Используя нить с иглой как третью держалку, накладывают шов на переднюю стенку сосуда (см. рисунок, в). После связывания шовной нити с нитью шва-держалки сосуд роти-

руют на 180° и аналогично накладывают шов на заднюю стенку (см. рисунок, г). Не снимая фиксатора, шовные нити связывают, при этом натянутые швы-держалки удерживают заданный просвет сосуда, предупреждая его грубое сужение. Нити обрезают. Фиксатор удаляется из раны, после чего по сосуду восстанавливается кровоток.

В тех случаях, когда ротация сосуда невозможна, фиксатор устанавливают в вертикальном по отношению к операционному полю положении (см. рисунок, д). Сшивание производят аналогичным образом.

Мы работали с фиксатором и в эксперименте, и в клинике. Удобно шить с ним в глубоких раневых каналах. Из ощущений, испытываемых хирургом, хочется отметить большую свободу в операционной ране (нет еще одной пары рук) и возможность точной работы с иглой и стенками сосуда, поскольку и сосуд, и швы-держалки, и шовная нить находятся в одних руках. Нам представляется, что травматологам, хирургам, которым приходится иметь дело с сосудистым швом, такой фиксатор был бы полезен.

GUY SUTURES FIXATIVE FOR THE MANUAL APPLICATION OF VASCULAR SUTURES

*A.I. Bliskunov*

The device proposed is notable for its simplicity and compactness. It prevents mechanical stenosis of the vessel in the suture zone, considerably improves the convenience of the suturing (even when rotation of the vessel is not possible) and enables to make a vascular suture without any assistance.



## ФИРМА ПРОИЗВОДИТЕЛЬ реализует со склада в Москве

- Костыли медицинские
- Трости медицинские опорные
- Судна подкладные медицинские

тел. (095)475-78-00  
(095)283-99-09  
факс (095)283-99-09