

окрашивание надосадочного ликвора практически не наблюдалось; оптическая плотность спинномозговой жидкости была равна  $0,009 \pm 0,002$  ед. У всех больных с ушибами головного мозга (контрольная группа) без очагов разможнения надосадочный ликвор был визуально бесцветным и имел оптическую плотность, равную  $0,005 \pm 0,001$  ед.

Как видно из приведенного, абсолютные величины оптической плотности надосадочного ликвора коррелируют с размерами ОРГМ.

Таким образом, предлагаемый способ экспресс-диагностики ОРГМ обладает высокой степенью достоверности, нетрудоемок, прост в использовании, занимает 15—20 минут.

УДК 617.552—089.48

## ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ДРЕНАЖЕМ ИЗ ВЛАЦЕФАНА

С. В. Доброквашин, В. В. Ярадайкин, А. Ю. Анисимов,  
Ю. В. Бондарев, Р. М. Мухаматдинов

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.— проф. Р. А. Зулкарнеев) Казанского медицинского университета, Республиканский центр экстренной медицинской помощи (зав.— доц. Ш. С. Каратай) МЗ РТ, Больница скорой медицинской помощи (главрач — Ю. А. Анисимов), г. Казань

Многовековой опыт хирургии не ставит под сомнение необходимость дренирования гнойной раны с целью удаления из ее полости микробов, отделяемого и продуктов тканевого распада. Полноценное дренирование, обеспечивая достаточный отток раневого экссудата, создает наилучшие условия для скорейшего отторжения некротизированных тканей и перехода процесса заживления в фазу регенерации. Различают три механизма действия дренажей. Первый заключается в оттоке отделяемого по силе тяжести, если дренаж отведен из самой низкой точки гнойной полости при соответствующем положении тела больного в постели. Второй рассчитан на капиллярные всасывающие свойства дренажа, подобно принципу устройства фитиля керосиновой лампы. Третий обеспечивает активное дренирование за счет длительного промывания раны антибактериальными растворами [3].

Большое значение для хорошего дренирования ран имеет материал, из которого изготовлен дренаж. В настоящее время для дренирования гнойных ран применяют резиновые и полихлорвиниловые трубки различного диаметра и размера, а также резиновые (перчаточные) выпускники и марлевые тампоны [2, 4]. Дренирование раны требует тщательного соблюдения правил асептики. Необходимо помнить, что дренаж может служить и входными воротами для внутригоспитальной инфекции. Сроки дренирования зависят от характера конкретного клинического наблюдения [1, 3].

С 1993 г. для дренирования брюшной полости после операций по поводу различных острых хирургических заболеваний, осложненных местным или распространяющимся перитонитом, мы применяем дренажи из синтетической пленки — влацефана, относящегося к группе гидратцеллюлозных пленок. Его изготавливают в ПО «Тасма» (Казань) в качестве материала для приготовления диализных мембран к аппарату «искусственная почка». Гидратцеллюлозная пленка токсическим действием не обладает и разрешена для применения в медицине. Материал прошел экспериментальные и клинические испытания в ЦИТО

## ЛИТЕРАТУРА

1. Барон М. А., Лясс Ф. И., Майорова Н. А. и др. // Мед. радиол.— 1975.— № 11.— С. 55—63.
2. Зотов Ю. В., Щедренок В. В. Хирургия травматических внутричерепных гематом и очагов разможнения головного мозга.— Л., 1984.
3. Лебедев В. В., Быковников Л. Д. Руководство по неотложной нейрохирургии.— М., 1987.
4. Ромаданов А. П., Верхоглядова Т. П., Станиславский В. Г. и др. // Вопр. нейрохир.— 1981.— № 2.— С. 15—20.

Поступила 21.09.94.

им. Приорова (г. Москва), где используется с 1986 г. Толщина пленки — от 25 до 70 мкм. Лист пленки складывается в виде гармошки в пакет с шириной ребра от 0,5 до 1,0 см и длиной от 10 до 30 см. Такой пакет обычно имеет 10—15 плоскостей. Дренирующий эффект сохраняется в течение всего срока его пребывания в брюшной полости и основан на втором механизме действия дренажей, так как благодаря возникающим между прилегающими поверхностями пленки капиллярными силами накапливающееся в ране отделяемое непрерывно поступает по каналам дренажа наружу [3]. Для дренирования применяем 3—5 дренажей, приготовленных по описанному выше методу, объединенных в один пакет, что дает возможность широко дренировать брюшную полость из одного разреза путем подведения каждого отдельного дренажа (или двух, трех) к наиболее важным в конкретной ситуации отделам («веерный» дренаж). Например, при аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита, осложненного местным перитонитом, можно подвести отдельные дренажи из общего «веера» к ложу червообразной оторстка в малый таз, правый боковой канал и т. д. При этом необходимо только регулировать длину отдельных дренажей. При применении дренажа из влацефана вследствие хорошего дренирующего эффекта целесообразно менять верхние слои повязки 2—3 раза в день. Дренаж готовый до операции и стерилизуют в параформалиновой камере в течение 24 часов (холодная стерилизация).

Дренаж из влацефана мы применили у 250 больных (мужчин — 99, женщин — 151, возраст — от 15 до 84 лет) с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. У 175 из них был острый аппендицит, у 21 — острый холецистит, у 17 — перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 16 — закрытая травма живота, у 11 — острый панкреонекроз, у 8 — острый гнойный сальпингит, пельвеоперитонит, у 2 — ущемленная паховая грыжа. Дренаж обычно удаляли на 3—5-е сутки, при необходимости его вводили вновь без особых технических затруднений.

Наш небольшой опыт не выявил каких-либо отрицательных моментов, а лишь убедил в целесообразности применения дренажа из влацефана при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Каншин Н. П., Абакумов М. М. Лечение гнойников методом проточно-фракцион-

ного промывания с длительной аспирацией// Вестн. хир.—1974.—№ 11.—С. 25—31.

2. Поляков Н. Г. Дренирование в хирургии.— Киев, 1978.

3. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей/Под ред. М. И. Кузина, Б. М. Костюченко.—2-е изд.

4. Стручков В. И., Гостищев В. К., Стручков Ю. В. Руководство по гнойной хирургии.— М., 1984.

Поступила 16.05.94.

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### II (XII) СЪЕЗД ВРАЧЕЙ-ФТИЗИАТРОВ

(6 — 9 сентября 1994 г., г. Саратов)

II (XII) съезд врачей-фтизиатров состоялся под эгидой Научно-медицинской ассоциации фтизиатров (ИМАФ, г. Москва). На нем присутствовали более 300 врачей и ученых России, гости из Азербайджана, Белоруссии, Литвы, Молдавии, Украины и других стран СНГ, представители ВОЗ. Форум проходил в то время, когда эпидемиологическая ситуация по туберкулезу ухудшается во всем мире, когда вновь возникает проблема детской смертности от туберкулеза, увеличивается число молниеносных и злокачественных форм чахотки. Председательствовал на съезде директор центрального НИИ туберкулеза РАМН, академик РАМН А. Г. Хоменко; президентом была избрана заведующая кафедрой фтизиопульмонологии Саратовского медицинского университета проф. Л. Б. Худзик, известная своими работами по геморрагическим осложнениям туберкулеза.

На съезде было проведено 4 пленарных и 13 секционных заседаний, прослушан цикл лекций ведущих фтизиатров и пульмонологов России, организованы 2 дискуссии за «круглым столом», работали секция стендовых докладов и выставка медицинского оборудования и фармпрепаратов. Участники посетили все противотуберкулезные учреждения города.

Академик А. Г. Хоменко в своем докладе «Туберкулез сегодня и завтра, проблемы и пути их решения» с тревогой отметил, что эпидемиологические показатели по туберкулезу ухудшаются. В 1991, 1992 и 1993 г. смертность от туберкулеза в России составляла соответственно 8,1, 9,3 и 12,6 на 100 тысяч населения, заболеваемость туберкулезом — 34,0, 35,8 и 42,9. Охват вакцинацией новорожденных в 1993 г. был равен 85,5%. Эти данные были подтверждены выступлениями директора Московского НИИ туберкулеза МЗ РФ проф. А. А. Приймака, директора НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ проф. А. В. Васильева (г. Санкт-Петербург), Л. П. Капков привел данные Министерства здравоохранения России о заболеваемости туберкулезом персонала фтизиатрической службы.

Проблеме патоморфологии в изучении туберкулезного воспаления был посвящен доклад проф. В. В. Ерохина. Проф. Г. О. Каминская осветила роль биохимических исследований в формировании современных представлений о патогенезе туберкулеза. Иммунологические аспекты фтизиатрии были затронуты в докладах А. Е. Александровой (Санкт-Петербург), В. И. Литвинова

(Москва), Д. А. Адамбекова (Бешкек), Э. Г. Беллендир (Санкт-Петербург) и др.

Пленарные заседания последнего дня съезда были посвящены современным методам диагностики и лечения туберкулеза. Лучевые методы диагностики туберкулеза были подробно охарактеризованы проф. В. А. Соколовым (Екатеринбург), чл.-корр. РАМН А. К. Стрелисом (Томск), эндоскопические методы диагностики и лечения — проф. В. П. Филипповым (Москва). Проф. В. И. Чуканов изложил рекомендации Центрального НИИ туберкулеза РАМН по тактике химиотерапии, а проф. В. Н. Наумов (Москва) — хирургическую тактику лечения туберкулеза.

Секционные заседания съезда были посвящены эпидемиологии туберкулеза, диспансерной работе, лечению туберкулеза легких, внелегочному туберкулезу, дифференциальной диагностике бронхолегочной патологии, фтизиохирургии, микробиологии, биохимии и иммунологии туберкулеза, клинической физиологии дыхания, проблемам детского туберкулеза.

Горячие дискуссии велись за «круглым столом» съезда. Необходимо отдать должное мудрости и такту проф. ЦНИИТа РАМН Н. М. Рудоя, который умело руководил этими непростыми мероприятиями с обсуждением самых различных мнений со стороны известных специалистов. Первый из них был посвящен современной отечественной классификации туберкулеза. Высказывались мнения о необходимости ее значительного упрощения, о введении диагноза *генерализованный туберкулез*, дискутировались вопросы патогенеза так называемых *эмпиемы плевры и туберкулезной интоксикации у детей и подростков*. В итоге в классификацию в качестве отдельных клинических форм предложено ввести *миллиарный туберкулез и казеозную пневмонию, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов* из раздела классификации «Туберкулез органов дыхания» перенести в раздел «Туберкулез других органов и систем», в раздел «Осложнения» добавить «дыхательную недостаточность».

«Круглый стол» по внесенной изменений в методические указания относительно контингентов противотуберкулезных диспансеров не обрел столь четкого консенсуса, как при обсуждении классификации. Были внесены временные изменения до следующего съезда, создана рабочая группа с целью ее доработки. Если включение фтизиатрического персонала в IV группу учета и создание VIII группы для