

НОВЫЕ МЕТОДЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.5—089.843

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СЕТЧАТЫХ КОЖНЫХ ЛОСКУТОВ

Г. А. Измайлова, Р. Р. Гараев, Л. М. Садыкова

Казанский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт имени С. В. Курашова

При восстановлении кожного покрова с обширными кожными дефектами обычно применяются устройства, позволяющие получать сетчатые транспланты из кожных лоскутов с различными коэффициентами расширения. Они состоят из режущего элемента, опорного валика и пластины. В качестве режущего элемента в них используются специальные сменные ножи, ролики с непрерывной резьбой или лезвия для безопасной бритвы, установленные в большом количестве (от 50 до 250) перпендикулярно к оси вращающегося валика или к опорной пластине. Основным недостатком этих устройств является трудность заготовки и смены режущих элементов, что опасно и требует не только значительной затраты времени, но и определенной квалификации медицинского персонала.

Для перфорации кожных лоскутов нами предложено устройство, содержащее пластину — дермоперфоратор с выступами, имеющими прямолинейные режущие кромки. Длина последних на различных пластинах разная, что позволяет получать сетчатые транспланты с большей или меньшей величиной ячеек (рис. 1). Длина выступов является

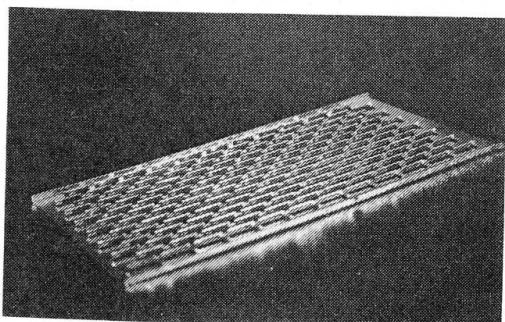


Рис. 1. Общий вид пластины — дермоперфоратора с острыми выступами.

ся одним из факторов, определяющих коэффициент расширения, по которому будет резаться кожа. Около каждого режущего выступа находится прямоугольной формы отверстие, равное длине выступа. По бокам пластина снабжена направляющими бортами, выполненными в виде загибов (1), которые гарантируют прямой вход и поступательное движение между опорными валиками (рис. 2). Параллельно расположены два опорных валика (2 и 3), связанные между собой посредством зубчатой передачи (4), и с приводом, выполненным в виде рукоятки (5). Валики зафиксированы в боковых стойках (6) корпуса (7) с возможностью замены и перемещения одного из них (верхнего) с помощью винтового механизма. На верхнем валике по краям имеются два круговых углубления, направляющие борозды, расположенные на расстоянии друг от друга соответственно ширине режущего дермоперфоратора.

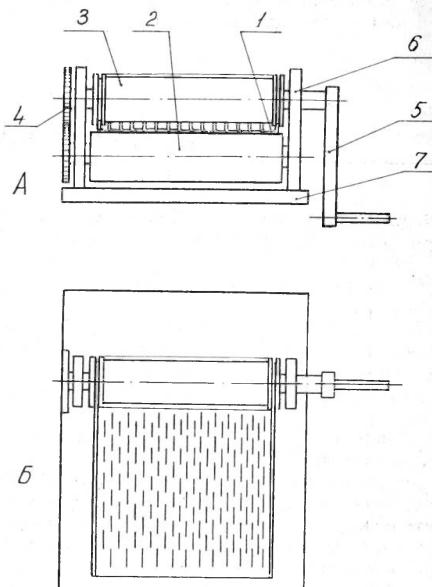


Рис. 2. Схема устройства для получения сетчатых трансплантов в сборе: А — вид сбоку, Б — вид сверху.

С целью упрочнения выступов с режущими кромками устройство снабжено набором гладких пластин — протекторов различной толщины, а для выключения из рабочего состояния необходимого числа режущих кромок придается набор пластин с прямоугольными тупыми выступами — дифференциалов.

Протектор выполнен в виде жесткой прокладки с линейными сквозными прорезями, расположение которых строго соответствует расположению режущих выступов на дермоперфораторе. Толщина протектора различна (от 0,1 мм с возрастанием на 0,1 мм до 2 мм). В зависимости от толщины перфорируемого кожного лоскута соответственно подбирают протектор, который укладывают на дермоперфоратор, и покрывают его кожным лоскутом. Суммарная толщина протектора и кожного лоскута при этом должна равняться высоте режущего выступа. Протектор повышает прочность режущего выступа дермоперфоратора, ограничивает глубину провала кожного лоскута, что способствует не только значительному увеличению долговечности работы устройства, но и упрощает снятие перфорированного лоскута. Дифференциал выполнен из жесткого материала в виде неровной пластины. Число выступов на различных дифференциалах колеблется, что позволяет получать перфорированные кожные лоскуты с различным коэффициентом растяжения. Высота выступа дифференциала рав-

на высоте режущего выступа дермоперфоратора. Дифференциал устанавливают под дермоперфоратором, при этом выступ проходит через отверстие дермоносителя или сверху, в таком случае он плотно прилегает к боковой стенке режущего выступа, выключая его из рабочего состояния.

Для получения сетчатых трансплантатов кожный лоскут эпидермисом вверх укладывают на режущие элементы дермоперфоратора с предварительным размещением соответствующей толщины протектора (если перфорация предусматривает получение лоскута с максимальным коэффициентом расширения) или дифференциала с избранным коэффициентом расширения и подают в зазор между опорными валиками. Величину зазора устанавливают с помощью винтового механизма. С по-

мощью рукоятки вращательное движение сообщается одному из опорных валиков и через зубчатую передачу — второму валику. Кожный лоскут вместе с дермоперфоратором получает поступательное движение между валиками. Направляющие борты дермоперфоратора входят в круговые борозды верхнего валика, что гарантирует прямолинейность движения. При этом на кожный лоскут одновременно в шахматном порядке наносятся многочисленные линейные проникающие разрезы, соответствующие длине режущих выступов применяемого дермоперфоратора. В результате нанесения таких разрезов кожный лоскут превращается в сетчатый трансплантат.

Поступила 02.02.89.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Л. А. Лещинский. «Деонтология в практике терапевта». М., Медицина, 1989. Тираж 100 000 экз., 208 с.

Настоящая монография посвящена малоизученному разделу деятельности участкового врача — этике взаимоотношения дуалистического единства «врач и больной». В сущности, с момента публикации знаменитой монографии академика И. А. Кассирского «О врачевании, проблемах и раздумьях» (1970) не было подобных фундаментальных изданий, целенаправленно написанных для врача-терапевта.

Книга состоит из 7 глав. В главе I даны понятия об основных разделах врачебной (медицинской) деонтологии. Подчеркнута большая значимость именно терапии как фундаментальной клинической специальности и основы врачевания в любой клинической области.

В главе II анализируется долг врача и медицинского работника перед обществом и государством. До настоящего времени решающая роль в «верности знамени» специальности интерниста принадлежит моральной стимуляции — престижу, народному уважению, добруму имени врача среди больных и здоровых. К сожалению, в главе нет сведений о правовой защищенности врача, что можно объяснить отсутствием в нашем законодательстве соответствующего кодекса.

Самая большая по объему глава III открывается лозунгом: «Главная черта „медицинского характера“ — любовь к больному или чувство долга?» В ответ на заданный вопрос Л. А. Лещинский пишет, что любовь врача должна распространяться на всех пациентов и лежать в основе его постоянной готовности к подвигу, самопожертвованию. Чувство же долга требует от врача безупречного, со «знаком высшего качества», выполнения своих профессиональных обязанностей, что при существующем процветании «полицентрии» является особенно актуальным (в лечении больного, по данным автора, принимают участие 9,45 врача!). Одновременно с любовью к пациенту и выполнением профессионального долга настоящий врач должен постоянно совершенствовать свои знания, ибо «во врачебном деле нет людей, закончивших свою науку» (М. Я. Мудров). Полноценный специалист обладает максимальной требовательностью к себе, беспощадным самоконтролем при определенной снисходительности к ошибкам и промахам других.

Важнейшие врачебные качества закладываются уже в студенческие годы, причем начиная со II — III курса. По мнению автора, известного клинициста, будущим врачам необходимо прививать искусство эмпатии, овладеть которым можно лишь «человеку по своему нраву прекрасному и добруму» (Гиппократ), ибо «...недостаточно делать добро, его нужно делать красиво» (Д. Диодро).

Выделены четыре аспекта врачебной деятельности — профилактика, диагностика, лечение и прогностическая оценка. Автор подробно рассматривает деонтологические стороны названных разделов и подчеркивает необходимость коллегиального подхода к диагностическому процессу. В основу лечения больных должно быть положено правило индивидуальной направленности терапии, предполагающее решение трех следующих задач: 1) необходимо знать, чем лечить; 2) точно представлять, какую именно болезнь, в какой конкретной форме, вариантах, сочетаниях с другой патологией он собирается лечить; 3) какой конкретно организм предстоит лечить. Современная клиника стала полиморбидной, «...что во много раз усложняет построение индивидуально наилучшей (то есть идеально индивидуализированной) терапии». Необходимо помнить, что «каждое лекарственное лечение — это известный риск для больного».

В специальном разделе монографии рассмотрены основные качества врача при ведении больного — вежливость, такт, деликатность, внимательность, доверительность и душевная тонкость. Нужно уметь хранить врачебную тайну и ко всем своим больным относиться справедливо и ровно. Автор категорически против предпочтения своего рода «элиты» больных, выделения пациентов по имущественному, должностному принципу, принципу родства, знакомства, «деловых связей». На фоне современного возврата к милосердию, общечеловеческим ценностям это требование звучит в унисон с традициями отечественной интеллигентности!

Центральной темой монографии является обсуждение ятрогении, сестротерапии и эрготерапии. Примеры из терапевтической, кардиологической, нефрологической и онкологической практики учат врача правильно вести себя в аналогичных ситуациях. В отличие от предшествовавших работ, посвященных проблемам деонтологии, большое внимание в монографии уделено причинам сестротерапии как источникам вербальной психогенезии у пациент-