

ВЕДЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ПРОРЫВЕ ЦЕЛЛОФАНОВОЙ ПЛЕНКИ В АППАРАТЕ «ИСКУССТВЕННАЯ ПОЧКА»

Ш. А. Мухаметзянов и В. Ф. Камалов

6-я городская клиническая больница г. Казани (главврач — Е. В. Хмелевцева)

На 100 гемодиализов, проведенных в Казанском почечном центре, было 7 случаев прорыва целлофановой пленки. В трех из них гемодиализ прекращали и аппарат готовили к работе заново. В последующем мы разработали более простой способ, который состоит в выключении из системы кровообращения той пластины диализатора, где произошел прорыв целлофановой пленки. С этой целью отключают оба насоса аппарата и определяют место прорыва целлофана, что сделать несложно, так как поврежденная пластина резко выделяется среди остальных, в основном канале ее значительно больше крови, чем в смежных (рис. 1). Диализатор ставят в горизонтальное положение и освобождают от крови. Снимают пластины единым блоком до

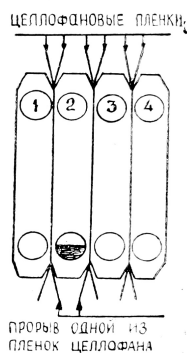


Рис. 1.

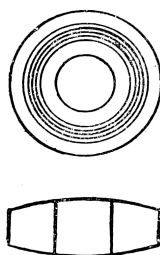


Рис. 2.

той, где произошел прорыв целлофановой пленки. С соблюдением правил асептики снимают целлофановые пленки вместе с переходными втулками выше и ниже пластины и заменяют втулками без боковых отверстий (рис. 2). После этого снятый блок пластин ставят на место и стяжными винтами вновь укреплняют диализатор. Таким образом выключается лишь одна пластина, и диализ проходит на 11 пластинах. Ликвидация прорыва целлофановой пленки занимает 20—30 мин.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Н. А. Ардаматский и Н. П. Малышкин. Методика электрокардиологических исследований (методические указания для студентов). Рязань

Книга предназначена для студентов III курса медицинского института. Авторы остановились на характеристике наиболее распространенных методов исследования, дающих представление об анатомических и, что особенно ценно, функциональных нарушениях сердечно-сосудистой системы. Названием книги они подчеркивают важность комплексного инструментального исследования функционального состояния сердца и сосудов. Вместе с тем авторы не переоценивают значения инструментальной диагностики, фиксируя внимание будущих врачей на первенствующей роли анамнеза и данных физикального исследования больного. Совершенно справедливо подчеркивается, что инструментальные и физикальные данные взаимно дополняют и обогащают друг друга. Для лучшей усвояемости основной материал книги представлен в таблицах, схемах, рисунках, создающих большую наглядность.

В конце каждой главы, освещающей какую-либо инструментальную методику, приводится схема описания полученных кривых, а также даются советы по составлению заключения. Не ограничиваясь этим, авторы определяют также практическую ценность

данных инструментального исследования. Такой метод преподнесения материала представляется нам довольно удачным.

К каждой главе даны литературные источники.

В I главе в лаконичной форме освещаются вопросы электрокардиографии. Авторы не придерживаются общепринятой системы изложения материала; в определении нормальных компонентов ЭКГ они не исходят из электрофизиологических предпосылок. Это затрудняет создание правильного представления об отдельных элементах ЭКГ-кривой. Авторы не сумели отразить необходимость регистрации 12 общепринятых отведений ЭКГ.

В этой главе подробно освещаются вопросы, посвященные определению электрической оси и электрической позиции сердца, но из-за того, что в начале раздела авторы не указали, вокруг каких осей может совершать движение сердце, все изложенное оказывается мало понятным читателю (особенно определение электрической позиции сердца).

Предпочитая трудоемкий способ определения электрической оси сердца путем вычисления площади зубцов по методу Ашмана, авторы совершенно не упоминают о широко используемых в практической деятельности врача таблицах, составленных Р. Я. Письменным и позволяющих, помимо этого, определять еще и частоту сокращения сердца и должные показатели электрической систолы желудочков.

Недостаточно освещены патологические изменения ЭКГ. Вряд ли целесообразно объединять в одну группу нарушения ритма с вопросом гипертрофии, коронарной недостаточности инфаркта миокарда. Таким образом, в изложении этой главы не хватает систематичности, четкости и академичности.

II глава посвящена фонокардиографии. Техническая сторона вопроса освещена хорошо, даже излишне подробно. Представляя в сводных таблицах характеристику нормальных тонов, их патологические изменения, а также характеристику шумов, авторы достаточно полно иллюстрируют их ФК-граммами. Функциональные шумы сведены в таблицу, и характеристика каждого из них дана в отдельности. Как и следовало ожидать, в учебнике пропедвтики ФКГ-симптоматика пороков сердца представлена лишь в основных чертах. В целом этот раздел изложен хорошо. К сожалению, авторы недостаточно полно осветили значение ФКГ в выявлении доклинических стадий недостаточности сердца, в частности левого желудочка.

Удачно написана III глава, посвященная сфигмографии (СФГ). Четко и кратко дана характеристика кривой центрального и периферического пульса, представление о прямой (контактной) и объемной СФГ, преимущественно применяемой в диагностике сосудистых поражений конечностей. Контактная СФГ, как правильно указывают авторы, нашла применение в поликардиографии и для определения скорости распространения пульсовой волны, с помощью которой определяют степень уплотнения сосудистой стенки в сосудах эластического и мышечного типа. К сожалению, говоря о прямой СФГ, авторы не оговаривают, что по ее форме нельзя судить о состоянии кровообращения в исследуемом участке, так как амплитуда и форма кривой, особенно пульса сонной артерии, зависят от качества наложения датчика. В связи с этим прямая СФГ используется преимущественно для поликардиографии или определения скорости распространения пульсовой волны, в которых амплитуда СФГ не играет существенной роли.

В IV главе дается представление о фазовом анализе систолы левого желудочка по общепринятой поликардиографической методике с синхронной регистрацией ЭКГ, тонов сердца и кривой пульса сонной артерии. В определении отдельных фаз сердечного цикла авторы придерживаются в основном терминологии, предложенной В. Л. Карпманом. Кратко изложены сдвиги фазовой структуры при различных заболеваниях. К сожалению, авторы недостаточно четко представили гемодинамические факторы и их значение в определении отдельных фаз систолы левого желудочка. Лишь вскользь упомянуто о методах выявления фазовой структуры систолы правого желудочка.

В заключение можно сказать, что, невзирая на перечисленные недостатки, данное методическое руководство несомненно принесет пользу будущим врачам.

Проф. А. А. Герке, доц. Н. С. Жданова (Москва)

П. В. Маненков. Итоги клинического опыта. Издательство Казанского университета. 1968 г., 5,125 п. л. Тираж 2000. Цена 75 коп.

Автор книги профессор Павел Васильевич Маненков — ученик известного профессора Викторина Сергеевича Груздева, преемник его по кафедре акушерства и гинекологии в Казанском медицинском институте и в настоящее время консультант клиники.

Проф. П. В. Маненков придерживается мнения, что «каждый клиницист, накопивший определенный опыт, обязан поделиться им». «Я решил, — пишет он, — подытожить свой 45-летний клинический опыт в области акушерства и гинекологии, главным образом по части нерешенных и спорных вопросов, а итоги его сообщить в этой книжке». Не претендуя на непрерываемость своих суждений, он видит задачу книги