

В качестве обмена опытом мы решили сообщить о способе, которым успешно пользуемся в течение ряда лет для заточки сложных острых частей инструментов.

В патрон рукава обычной зубоврачебной бор-машины заряжается маленький абразивный (наждачный) круг, применяемый для стачивания зубов при подготовке их к протезированию. Этот вращающийся круг вводится в лункообразное углубление рабочей части инструмента, и края стачиваются со стороны их внутренней поверхности, причем вращающийся наждачный круг передвигается от центра лунки к периферии.

Целесообразно одевать обычную бинокулярную лупу, дающую возможность прозирать заточку рабочей части инструмента с большей аккуратностью и предохранять глаза от наждачной пыли. Данный способ удобен тем, что он прост и доступен широкой массе хирургов в условиях любой больницы.

Поступила 11 февраля 1959 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

Э. А. Терегулов

Из 2-го больнично-поликлинического объединения г. Бугульмы
(главврач — А. П. Щекотоло)

Наибольшее распространение для измерения давления спинномозговой жидкости получили водяные манометры в виде стеклянной трубки. Но при пользовании таким манометром теряется до 2—3 мл, а часто и большее количество ликвора. Это существенно отражается на точности измерения. Аппарат для измерения венозного давления градуирован до 400 мм водного столба, что позволяет использовать его и для измерения давления спинномозговой жидкости.

Соединительная трубка от канюли иглы до нуля манометра аппарата заполнена стерильным физиологическим раствором; таким образом, спинномозговая жидкость давит на водяной столб и поднимает его на определенную высоту. Такое устройство аппарата сводит потерю ликвора к 0,3—0,6 мл. Аппарат соединяется с иглой при помощи второго (имеющегося в аппарате) трехходового крана.

Аппарат ставится на табурете перед спиной больного, лежащего в положении на боку. С помощью нивелира устанавливают нуль шкалы на одном уровне с остистыми отростками позвонков. Столб жидкости устанавливают на 0. Трехходовый кран головным концом вставляется в канюлю иглы, а через задний его конец вводится мандрен до острия иглы. Такой иглой делается прокол. Как только игла окажется в спинномозговом канале, мандрен удаляется, а кран перекрывается путем поворота ручки крана на 45°. Присоединением канюлю с трубкой от манометра к заднему концу трехходового крана, и поворотом ручек крана иглы и манометра измеряем давление ликвора. Новым поворотом ручки крана иглы в противоположную сторону выпускаем ликвор в пробирку. Для измерения конечного давления трубка манометра отсоединяется от иглы, столб жидкости устанавливается на 0, и вновь в той же последовательности проводят измерение.

В остальном техника работы с аппаратом соответствует руководству к его использованию. Аппарат удобен еще и тем, что имеет металлический футляр, который служит одновременно и стерилизатором.

Поступила 8 июня 1958 г.

НОЖ ДЛЯ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ БРОНХА¹

Доц В. И. Кукош

Из клиники госпитальной хирургии (зав.— проф. Б. А. Королев) Горьковского
медицинского института им. С. М. Кирова

При пересечении бронха обычным скальпелем хирург нередко испытывает неудобства из-за необходимости манипулировать в глубине плевральной полости. При этом наблюдаются излишняя травматизация бронха и неравномерное сокращение его стенок. Скальпель пересекает стенки бронха на одном уровне, при этом задняя перепончатая стенка без хрящевых колец становится несколько короче передней. Нерав-

¹ Доложено на заседании Горьковского научного общества хирургов 12/V 1958 г.
Авторское свидетельство № 10 351 от 4 июля 1958 г.

номерное расположение стенок вызывает замедленную регенерацию, так как при наложении механического шва концы культи зияют.

Как показали наши экспериментальные и клинические наблюдения, иногда возникает необходимость наложения дополнительных швов, дистальное скрепочного шва, наложенного бронхосшивателем. В этом случае нам представляется целесообразным заведомо неравномерное пересечение стенок бронха.

Для облегчения пересечения бронха, особенно при рубцово-измененной перибронхиальной клетчатке и плотных увеличенных лимфоузлах, мы предлагаем специальный нож с обоюдоострым лезвием, достаточно длинной и удобной ручкой, позволяющей пересекать бронх как слева направо, так и справа налево, заведомо неравномерно, то есть с оставлением более длинной задней стенки бронха, которая, сократившись, будет иметь одинаковую длину с передней стенкой (рис. 1 и 2).

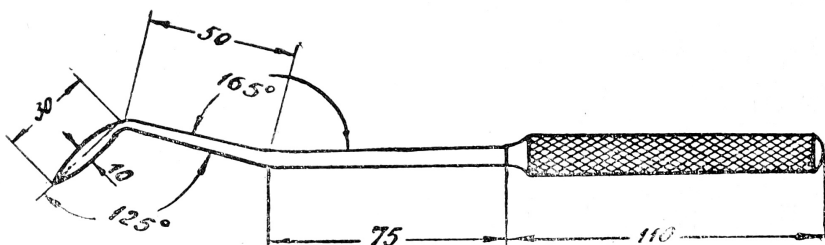


Рис 1.

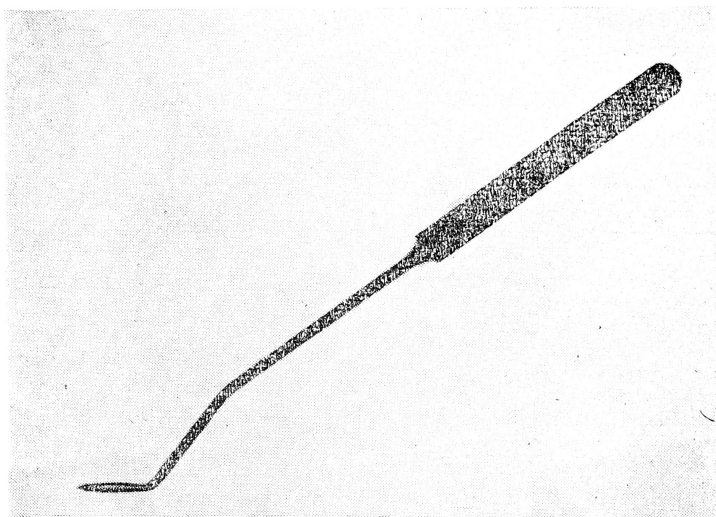


Рис 2.

Пересечение бронха предлагаемым нами ножом улучшит формирование культи, создаст условия для дополнительных швов, обеспечивающих больший герметизм и наилучшие возможности для регенерации, и, таким образом, будет способствовать более совершенной обработке культи и снижению послеоперационных осложнений.

Поступила 3 января 1959 г.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ВТОРАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ФТИЗИАТРОВ ТАССР

На конференции фтизиатров, проходившей 25—27 марта 1959 г., обсуждались вопросы организации борьбы с туберкулезом, эпидемиологии, клиники и лечения туберкулеза различных локализаций.

В конференции приняли участие 244 делегата и представители соседних республик и областей.