

Байсаровским диспансером неоднократно проверялось, как больные, получающие антибактериальные препараты, принимают эти лекарства. Всех больных туберкулезом легких можно условно разделить на следующие группы:

Дата	Совет и подпись патронажного медработника из диспансера	Дата	Совет и подпись медработника ФАП, ведущего наблюдение за больным

I гр. — включает больных, регулярно принимающих все выданные им на руки лекарства.

II гр. — включает больных, принимающих полученные лекарства до наступления у них улучшения, лишь после чего они прекращают прием лекарств.

III гр. — больные, принимающие лекарства от случая к случаю.

IV гр. — больные выданные лекарства не принимают.

I гр., к сожалению, составляет примерно около 20%, большинство больных относится ко II и III группам.

Иногда больной получает лекарство и забывает, как его принимать. В таком случае больным помогает выданный на руки «листок диспансерного наблюдения», напоминающий больному, как нужно принимать лекарство, и облегчающий общий контроль за приемом лекарств.

Описанная методика диспансеризации туберкулезных больных обеспечила довольно заметные положительные сдвиги в работе диспансера.

В районе обслуживания диспансера совсем нет оторвавшихся от диспансеризации больных, заметно повысилась активность больных при вызовах. Обычно являются почти все вызываемые. Больные стали значительно аккуратнее принимать дома препараты, значительно улучшилась связь диспансера с фельдшерскими пунктами.

Описанная методика ведения картотеки при диспансеризации туберкулезных больных может с успехом использоваться любой сельской больницей, любым туберкулезным кабинетом районной больницы и небольшого города, расположенного в сельской местности.

Поступила 5 марта 1962 г.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

АППАРАТ ДЛЯ АСПИРАЦИИ СОДЕРЖИМОГО ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ С МАНОМЕТРИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Канд. мед. наук Б. Ф. Сметанин

Госпитальная хирургическая клиника № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев)
Казанского медицинского института

В связи с расширением операций на органах грудной полости за последние годы было предложено значительное количество аппаратов для эвакуации из плевральной полости крови, воздуха, выпота, в большинстве сложных по устройству. Мы сконструировали более простой и удобный аппарат, которым успешно пользуемся уже в течение 6 лет.

Аппарат состоит из 2 стеклянных банок с резиновыми пробками и продетыми через них стеклянными трубками. Первая банка соединена посредством тройника резиновой трубкой с ртутным манометром (укрепленным на дверке ящика) и с иглой, вводимой в плевральную полость; посредством другой трубки первая банка сообщается со второй банкой, из которой выкачивается воздух резиновым баллоном (рис. 1).

Манометр из прозрачной пластмассы или стекла имеет воронкообразные расширения на концах трубки. Расширение свободного колена манометра в нерабочем состоянии аппарата закрывается пробкой. Другое колено манометра закрывается наглухо резиновой пробкой, через которую введена в расширенную часть манометра короткая трубка из нержавеющей стали или толстая инъекционная игла, соединенная резиновой трубкой с плевральной полостью и банкой.

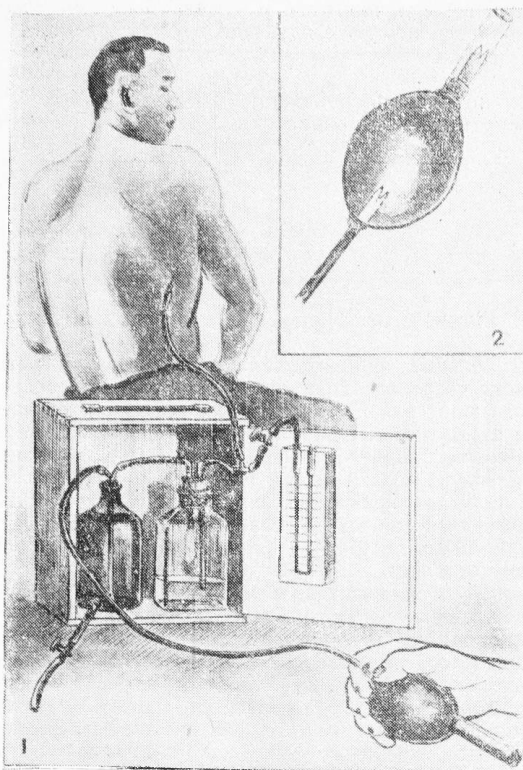


Рис. 1. и рис. 2.

Благодаря этому ртуть из манометра не засасывается в банку и не выливается при любом положении аппарата. Стекланный кран у манометра дает возможность включить или выключить манометр в период работы аппарата. Насосом служит обычный баллон Ричардсона, у которого второй мягкий баллон удаляется, а вместо него на наружный клапан надевается отрезок металлической или стеклянной трубки, в свободный конец которой можно вводить вату или марлю с дезинфицирующим и дезодорирующим веществом, когда откачиваемая жидкость инфицирована и испускает зловонный запах (рис. 2).

Перед работой в первую банку аппарата наливается вода до погружения в нее конца длинной стеклянной трубки, с целью изоляции плевральной полости от атмосферного воздуха. Через иглу или трубку, вводимые в плевральную полость (трубка вставляется иногда после операции), в результате повторных плавных нажатий на резиновый баллон происходит откачивание содержимого плевральной полости под контролем манометра. При заполнении первой банки жидкостью последняя переливается во вторую. Вторая банка имеет кран, позволяющий удалять из нее жидкость, не прерывая аспирации. Таким образом вторая банка увеличивает емкость аппарата. Аппарат дает возможность измерить давление в плевральной полости (положительное и отрицательное), плавно откачивать содержимое плевральной полости до создания отрицательного давления. При -10 мм мы аспирацию прекращаем.

Поступила 7 октября 1961 г.