

По мнению некоторых авторов, конусовидное утолщение на наконечнике должно быть подвижным (Иогансон, 1956; Пиэ, 1957, и др.). Зиглер (1959) на поверхности конуса создавал круговые углубления, которые должны были обеспечить плотное его прилегание к слизистой шейки матки.

Наконечник с конусовидным утолщением нашел применение и в гистероманометре Я. И. Русина (1941, 1959).

Существенным недостатком в использовании конусовидного наконечника является необходимость захвата шейки матки двузубцем Мюзо, что сопряжено со значительной травматизацией шейки, особенно заметной при проведении тура гидротубации.

Г. К. Живатов (1929), Рубин (1947) и М. С. Панпулов (1955) в своих «самодержащихся внутриматочных канюлях» использовали по такому же принципу резиновые баллончики, надеваемые на конец металлической трубки. Однако при проведении пертубации резиновый баллончик часто выскальзывает из шеечного канала.

Фикентшер и Семм (1959) предложили наконечник в форме бокала («баллон-катетер»), к которому шейка матки присасывается вакуумным способом. Аппарат имеет сложную конструкцию и пока не получил широкого распространения в клинических условиях.

Все это побуждает к созданию такого наконечника или способа фиксации шейки матки, которые обеспечивали бы надежное закрытие шеечного канала и минимально травмировали шейку матки.

Мы сочли возможным поделиться своим опытом фиксации шейки матки при проведении пертубации и гидротубации. В полость матки нами вводится наконечник от шприца Брауна. Фиксация наконечника в шеечном канале осуществляется изготовленным нами металлическим зажимом (рис. 1, а и б).

Зажим для шейки матки создан на основе большого педана, к клеммам которого приварены два металлических полукруга с радиусом 9 мм. Оба полукруга вогнутыми сторонами обращены друг к другу. При этом одна дуга зажима расположена на 1—2 мм выше другой, что позволяет им при закрытии зажима заходить друг за друга и зажимать шейку матки любого размера. Целесообразно дальний полукруг зажима накладывать на заднюю поверхность шейки.

Созданные на внутренней поверхности полукругов насечки предупреждают соскальзывание зажима с шейки матки. С этой же целью на дуги зажима могут быть надеты резиновые трубочки. Перед наложением зажима шейка матки должна быть очищена от слизи.

Степень зажатия шейки матки регулируется замком в ручке зажима.

Мы предпринимали фиксацию шейки матки описанным зажимом у 30 женщин при проведении гидротубации. Курс лечения состоял из 3 туров по 8—10 гидротубаций каждый. Таким образом, за период лечения шейка фиксировалась 25—30 раз. Никаких осложнений при этом нами не отмечено.

Описанной конструкции зажим может быть изготовлен в любых условиях и в простых мастерских. Он обеспечивает надежную фиксацию и зажатие шейки матки при проведении гидротубации и пертубации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутовский М. К. Журн. акуш. и жен. бол., 1929, 6. — 2. Живатов Г. К. Там же, 1929, 2. — 3. Легенченко И. С. Казанский мед. ж., 1925, 8—9. — 4. Мандельштам А. Э. Функциональная диагностика в гинекологии. Медгиз, Л., 1947. — 5. Панпулов М. С. Акуш. и гин., 1955, 6. — 6. Русин Я. И. Контрастная рентгенография в гинекологии. Медгиз, М., 1959. — 7. Johanson C. E. Ann. Chir. Gynaec. Fenn., 1956, 45, 3, 245—249. — 8. Mosquöt M. P. Bull. mem. Soc. nat. Chir., 1926, 14, 450. — 9. Pye M. A. C. r. Soc. franç. gynéc., 1957, 1, 28—30. — 10. Rubin I. C. Uterotubal insufflation. A clinical diagnostic method of determining the tubal factor in sterility. St. Louis, 1947. — 11. Siegler A. M. Fert. a. Steril., 1959, 10, 1, 29—45. — 12. Temesvary. Arch. Gynäk., 1928. — 13. Fikentscher R. u. Semm K. Geburtsh. u. Frauenheil., 1959, 19, 10, 867—870.

УДК 612.118.221.2

ЗАГОТОВКА АНТИРЕЗУСНОЙ СЫВОРОТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЛИГЛЮКИНА

Р. Г. Ганелина

Сывороточная лаборатория Республиканской станции переливания крови (главврач—Л. И. Мухутдинова), Казань

Во избежание осложнений в настоящее время каждому больному перед гемотрансфузией необходимо определять резус-принадлежность, для чего требуется антирезусная сыворотка. До последних лет лечебные учреждения ТАССР испытывали недостаток в антирезусной сыворотке.

Источник получения антирезусной сыворотки очень ограничен: это кровь резус-отрицательных женщин, сенсibilизированных резус-положительным плодом, и резус-отрицательных больных, сенсibilизированных переливанием резус-положительной (несовместимой) крови.

В нашей лаборатории для разведения антирезусной сыворотки применяется полиглюкин вместе с сывороткой-разводителем АВ IV гр. На основании долготлетних наблюдений мы пришли к выводу, что для каждой антирезусной сыворотки необходимо подбирать сыворотку-разводитель индивидуально. Разводитель должен быть одногруппный или АВ VI гр. Лучшим разводителем является смесь сыворотки IV гр. от нескольких доноров. Благодаря хорошо подобранному разводителю (сыворотка вместе с полиглюкином) нам удается развести исходную сыворотку в несколько десятков раз и получить антирезусную сыворотку с хорошим рабочим титром. Следует учесть, что при добавлении большого количества полиглюкина антирезусная сыворотка начинает давать неспецифическую агглютинацию, и ее нельзя использовать для работы. Нам установлено, что полиглюкин нужно добавлять к разводителю с исходной сывороткой в соотношениях 1 : 2. Этот метод разведения сыворотки очень хорошо применять для антирезусных сывороток, получаемых путем залива сгустков, где титр антител не всегда высокий. Подбирая разводитель АВ IV гр. вместе с полиглюкином, мы получаем универсальную антирезусную сыворотку с хорошим рабочим титром. Благодаря этому методу разведения наша лаборатория обеспечивает антирезусной сывороткой все лечебные учреждения республики.

Антирезусная сыворотка, полученная этим методом, дает возможность определять резус-фактор как на чашках Петри по методу Ленинградского института переливания крови, так и в пробирках «желатиновой» методикой.

Преимуществом антирезусной сыворотки с полиглюкином является четкость положительных и ясность отрицательных реакций, без какой-либо неспецифичности.

Нашей лабораторией получено 30 серий антирезусной сыворотки в количестве 7 л 158 мл. На ее изготовление затрачено 294,2 мл антирезусной сыворотки, 2 л 618 мл полиглюкина и 4 л 246 мл сыворотки гемагглютинирующей АВ IV гр.

При рекомендуемом методе потребность в исходном материале незначительна, в основном используется разводитель-сыворотка и полиглюкин. Это дает возможность обеспечить лечебные учреждения необходимым количеством антирезусной сыворотки.

УДК 616.5—089.84#

НОЖ ДЛЯ ЗАГОТОВКИ КОЖНЫХ ЛОСКУТОВ

В. Б. Базров

*Центральная городская клиническая больница (главврач — Н. С. Хестанов),
г. Орджоникидзе*

С 1960 г. мы пользуемся для закрытия гранулирующих поверхностей кожной пластикой по видоизмененному методу Р. К. Крикента. Сущность этого метода заключается в том, что срезанная дерматомом кожа на барабане разрезается на лоскуты шириной 3—4 мм и длиной, соответствующей гранулирующей поверхности.

Лоскуты укладываются на грануляции с интервалом 10—15 мм и фиксируются к краям раны тонкими кетгутowymi или шелковыми швами. Рана закрывается черепицеобразной повязкой, смоченной раствором пенициллина на новокаине. Для облегчения и ускорения взятия трансплантатов нами сконструирован нож (рис. 1), который может быть изготовлен в любой больнице.

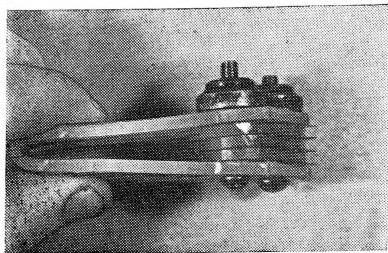


Рис. 1. Нож для заготовки кожных лоскутов.

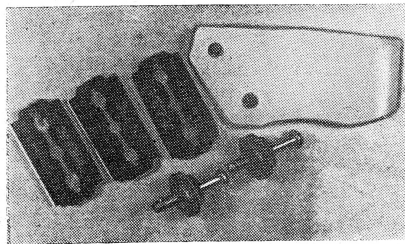


Рис. 2. Детали ножа.