

своевременное и правильное использование необходимых лечебно-профилактических и диагностических мероприятий. Выделенные палаты в дородовом и послеродовом отделениях создадут таким образом своего рода кардиотерапевтическое отделение при роддоме.

В связи с пересмотром врачебной тактики в целом в отношении этой категории больных возникает также вопрос о кормлении детей матерями с заболеваниями сердца. Опыт и наблюдения показывают, что только при наличии комбинированного митрального порока с преобладанием стеноза (значительно реже — недостаточности), при чистом стенозе и митрально-аортальных пороках, притом с явлениями недостаточности кровообращения, а также при обострении ревмокардита кормление нежелательно и должно быть выключено. Во всех остальных случаях матерям разрешается кормить детей. При необходимости в первые дни после родов (с учетом течения их) число кормлений может быть несколько снижено (по указанию врача-терапевта).

Большое значение имеет вопрос о сроках вставания и выписки родильниц из акушерского стационара. Полагаем, что существующее в настоящее время положение о выписке родильниц с болезнями сердца не ранее 21-го дня после родов и вставании не ранее 10-го дня после родов следует пересмотреть. Так, при компенсированной митральной недостаточности или комбинированном митральном пороке сердца с преобладанием недостаточности и полной компенсации сердечной деятельности, при благоприятных домашних условиях и обеспечении наблюдения за родильницей на дому она может быть выписана и через более короткий срок — на 10—12-й день, а вставать ей можно разрешить не ранее, чем на 6-й день после родов.

До сего времени остается еще неразрешенным вопрос, куда следует госпитализировать беременных с пороками сердца в первых двух триместрах беременности — в терапевтические отделения общевойсковой сети или в дородовые отделения.

При совместном обсуждении этого вопроса с терапевтами выяснилось, что при наличии хорошо организованной терапевтической службы в акушерском отделении, обеспеченности койками дородового отделения и надлежащей его планировке (небольшие палаты) целесообразно госпитализировать таких беременных в дородовое отделение, а не в соматическую больницу. В последних, как показывает опыт, трудно обеспечить систематическое наблюдение акушера-гинеколога, и в случае необходимости оказания срочной акушерской помощи при спонтанном прерывании беременности (поздний выкидыш, преждевременные роды) создаются неблагоприятные условия для этого.

Мы разделяем такую точку зрения еще в связи с тем, что врачи-терапевты не всегда правильно оценивают влияние беременности на заболевание сердца и нередко ставят показания к прерыванию беременности там, где при создании надлежащих условий и обеспечении одновременного систематического наблюдения акушера-гинеколога и терапевта удастся сохранить беременность, довести ее до срока родов и обеспечить нормальное течение родов и послеродового периода. А это дает женщине возможность стать матерью, к чему беременные с заболеваниями сердца так стремятся.

И, наконец, мы хотели бы коснуться вопроса о последующем наблюдении за матерями и детьми после выписки из акушерского стационара. Наши сведения об отдаленных последствиях беременности, родов и лактации у женщин с болезнями сердца, а также о физическом развитии их детей весьма скудны. Этот раздел освещен в литературе крайне недостаточно, хотя значение его трудно преуменьшить.

Некоторые из затронутых нами в настоящей статье вопросов имеют дискуссионный характер. Поэтому желательное обсуждение этого вопроса с участием в нем врачей акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.25—089—87—616.25—002.3

К ТЕХНИКЕ ПЛЕВРЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЭМПИЕМАХ И РИГИДНОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

И. З. Сигал

Кафедра туберкулеза (зав. — доц. Г. А. Смирнов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Плеврэктомия в сочетании с резекцией легкого или без нее является методом выбора при лечении больных с хроническими эмпиемами различной этиологии, а также с ригидным пневмотораксом. Эти вмешательства имеют неоспоримые преимущества перед торакопластикой: одномоментность, восстановление нормальных анатомических отношений в плевральной полости и улучшение функции длительно коллабированного легкого.

Однако плеврэктомию часто связана со значительными техническими трудностями, возникающими при мобилизации наружной стенки эмпиемного мешка — резко утолщенной париетальной плевры. Оптимальным для отслойки является слой внутригрудной фасции. Часто этот слой теряется из-за выраженных склеротических изменений, и наружная стенка мешка оказывается фиксированной к надкостнице ребер и межреберьям.

Для облегчения этого наиболее трудоемкого этапа операции были рекомендованы различные способы. Н. М. Амосов (1958) отделяет париетальную плевру при помощи длинного распатора, действуя им как рычагом. Л. К. Богуш и Л. С. Громова (1961) считают, что при обызвествлении плевры, особенно в области нижних отделов плевральной полости, целесообразно использовать долото и молоток. Г. М. Кагаловским были предложены специальные инструменты для плеврэктомии — щипцы для захватывания плевры (1958) и ретрактор плевры (1959), также предназначенный для захватывания плевры.

В последнее время Л. К. Богушем и Г. М. Кагаловским (1964) предложен диссектор плевры для механической отслойки париетальной стенки эмпиемного мешка от ребер и межреберий. В этом инструменте при помощи системы рычагов усилие кисти передается на бранши аппарата, которыми и производится отслойка. Инструмент отличается большими размерами, сложностью конструкции.

Нами сконструирована модель плеврального диссектора, в которой принцип работы аппарата Богуша осуществлен по-другому. Плевральный диссектор нашей конструкции отличается простотой изготовления и применения. Он состоит из двух браншей, соединенных при помощи шарнира. Между браншами диссектора вмонтирована пластинчатая пружина, удерживающая бранши в разомкнутом положении. При сближении рукояток происходит раздвигание проксимальной — рабочей части инструмента. Последняя состоит из двух полуovalных лопастей, прикрепленных к браншам диссектора. На лопасти нанесена поперечная накатка. В сомкнутом положении лопасти представляют ромбовидной формы образование с закругленными краями. Такой формы рабочую часть инструмента можно легко вводить в ткани. Изготовлены прямая (рис. 1) и изогнутая (рис. 2) модели плеврального диссектора. Для изготовления плеврального диссектора нашей конструкции можно использовать реберные кусачки или другой подобный инструмент.

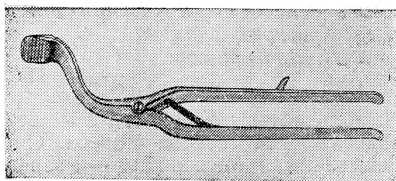


Рис. 1.

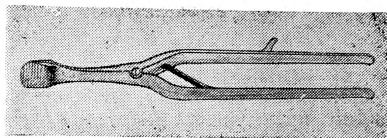
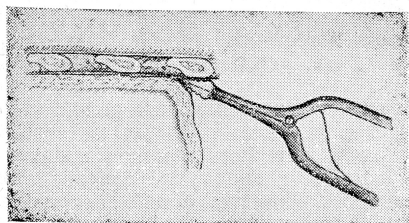


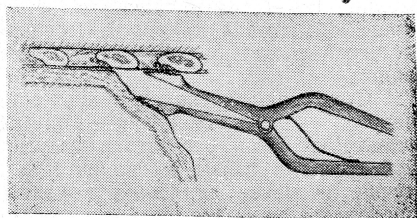
Рис. 2.

При операции плеврэктомии и плевропульмонэктомии плевральным диссектором пользуются главным образом для мобилизации наружной стенки мешка, для его отслойки от ребер и межреберий. Однако во многих случаях прибор может облегчить отделение висцеральной шварты от легкого и диафрагмы.

Уже в самом начале манипуляций по мобилизации париетальной плевры лопасти диссектора в сомкнутом положении подводят к внутренней поверхности ребра до упора о ребро с одной стороны и о наружную стенку эмпиемного мешка — с другой. Сближают рукоятки инструмента. Это ведет к раздвиганию лопастей диссектора и отслойке париетальной плевры (рис. 3). Затем рабочую часть диссектора устанавливают в новое положение у места фиксации эмпиемного мешка к грудной стенке. Меняя положение инструмента и отслаивая париетальную плевру, создают достаточный доступ и в торакотомическое окно вводят ранорасширитель.



а



б

Рис. 3. а — установка инструмента у места крепления утолщенной париетальной плевры к грудной стенке; б — отслойка париетальной плевры.

Отслойку плеврального мешка от грудной стенки производят и дальше диссектором, выбирая выгодное положение для лопастей прибора. Отслойка плеврального мешка в плевральном куполе и у средостения требует осторожности, чтобы не повредить крупные артериальные и венозные стволы. Здесь инструментальную отслойку чередуют с ручной. Иногда трудноотделяемую часть мешка оставляют (Н. В. Антелева, 1958).

Наш опыт использования плеврального диссектора описанной конструкции свидетельствует о преимуществах инструментальной отслойки стенок эмпиемого мешка. Отслойка происходит быстро, в «должном» анатомическом слое, даже при выраженных склеротических изменениях в слое внутригрудной фасции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антелева Н. В. Вестн. АМН СССР, 1958, 12. — 2. Амосов Н. М. Очерки торакальной хирургии. Киев, 1958. — 3. Богущ Л. К., Громова Л. С. Хирургическое лечение туберкулезных эмпием. Медгиз, М., 1961. — 4. Богущ Л. К., Кагаловский Г. М. Эксп. хир., 1964, 3. — 5. Кагаловский Г. М. Пробл. туб., 1958, 8; Там же, 1959, 1.

УДК 616.093

ПРОСТОЙ МЕТОД ИЗГОТОВЛЕНИЯ МУЗЕЙНЫХ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

П. С. Гуревич

*Кафедра патологической анатомии (зав. — проф. Г. Г. Непряхин)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института им. С. В. Курашова*

Для приготовления макроскопических анатомических препаратов мы в течение 15 лет применяем методику, являющуюся модификацией способа Иореса. Она обладает рядом преимуществ перед другими способами (Мельникова — Разведенкова, Кайзерлинга и др.), стойко сохраняет естественный цвет органов.

Фиксацию производят в жидкости следующего состава: хлоралгидрат — 50,0, искусственная карлсбадская соль — 50,0, формалин — 100 мл, вода водопроводная — до 1000 мл.

В 500 мл воды вначале растворяют хлоралгидрат, затем карлсбадскую соль, наконец добавляют формалин и воду до 1000 мл.

Перед фиксацией излишнюю кровь с органов смывают водой. Орган располагают в фиксирующей жидкости в таком положении, в каком он будет впоследствии монтирован, заранее производят необходимые разрезы, в полости подкладывают вату. Для лучшего сохранения положения органов части их можно подшить. Вскрытый желудок, кишечник растягивают на картоне. Орган должен находиться в фиксирующей жидкости совершенно свободно, не соприкасаясь с другими препаратами и стенками сосуда, лучше обложить его ватой. Количество жидкости должно быть достаточно большим.

Фиксацию следует продолжать, в зависимости от толщины и величины органов, от 2 суток (кишечник) до 14 (печень, мозг). Излишняя фиксация не способствует получению хорошего цвета препаратов. Правильно фиксированный препарат равномерно плотен, имеет яркий естественный цвет. Монтировку препаратов производят после обмывания их водой. Препарат можно укрепить на стеклянной пластинке или отмытой рентгеновской пленке. Затем на 1—2 суток его заливают водопроводной водой.

Сохраняют препарат в жидкости следующего состава: уксуснокислый калий (или натрий) — 200,0, глицерин — 300 мл, вода водопроводная — до 1000 мл. Раствор фильтруют. При отсутствии уксуснокислого калия он может быть заменен поваренной солью в таком же количестве. В присутствии глицерина препараты сохраняются лучше и менее окрашивают консервирующую жидкость. Однако можно сохранять препараты в жидкости без глицерина, прибавив несколько кристаллов тимола. Консервирующая жидкость должна полностью покрывать препарат.