

ния бумаги. В схеме самопишущего прибора предусмотрены синхронное включение лентопотягивающего механизма и передача импульсов с пересчетной установки.

Записанные с помощью данного прибора импульсы отражают поток гамма-излучений, зарегистрированных над областью сердца коллимированным сцинтилляционным датчиком при прохождении через правую и левую половины сердца волн радиоактивности.

В качестве индикатора мы брали I^{131} , который вводили внутривенно.

Сконструированный нами прибор позволяет графически документировать быстро протекающие физиологические процессы, изучаемые с помощью изотопов.

УДК 616—089.48—616.25

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЗАСАСЫВАНИЯ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ИЗВЛЕЧЕНИИ ДРЕНАЖА

И. З. Сигал

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

Для предупреждения ближайших и отдаленных осложнений при вмешательствах на легких решающее значение имеет рациональный уход за плевральной полостью. Эвакуация из плевральной полости через дренаж экстравазата и воздуха способствует ликвидации операционного пневмоторакса, расправлению оставшейся части легкого после частичной резекции, что является действенной мерой для предупреждения нарушений дыхания, развития остаточных полостей, бронхальных свищей и плевральных эмпием. Для дренирования плевральной полости после внутригрудных вмешательств вводят тонкие резиновые трубки в верхний и нижний отделы плевральной полости (апикальный и наддиафрагмальный дренаж) или один широкий длинный дренаж с множественными боковыми отверстиями в нижний отдел плевральной полости, укладывая его по боковой или задней грудной стенке до плеврального купола; иногда дистальный конец такого дренажа фиксируют отдельным швом к парietальной плевре. О преимуществах широкого перфорированного дренажа сообщают в последнее время Л. Е. Сефрановский (1965), Г. Т. Марченко (1966).

Согласно нашему опыту при использовании широкого дренажа с боковыми отверстиями обеспечивается полная и быстрая эвакуация воздуха и экстравазата из плевральной полости.

При извлечении дренажей возможно спадение легкого (Н. И. Герасименко, 1957). Опасность возникновения пневмоторакса особенно реальна при применении длинного дренажа с боковыми отверстиями (в момент его извлечения, когда часть трубки находится еще в плевральной полости, а другая — за ее пределами) (рис. 1). Хотя такое

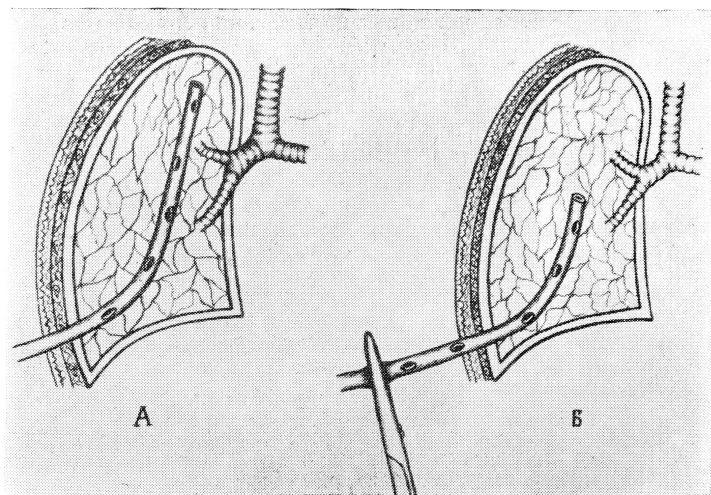


Рис. 1. А — дренаж в плевральной полости; Б — положение в момент извлечения дренажа, при котором возможно засасывание воздуха в плевральную полость.

положение недолговременно, все же наблюдаются случаи засасывания значительных количеств воздуха и спадения легкого, что отягощает течение ближайшего и более отдаленного послеоперационного периода. Возникший пневмоторакс требует иногда специального лечения (С. Л. Либов, 1963). Предлагаемый нами прием для предупреждения этого осложнения заключается в нейтрализации отрицательного внутриплеврального давления на время извлечения дренажа.

Сдвиги внутриплеврального давления возникают при ряде произвольных действий. Оно становится более отрицательным на высоте форсированного вдоха, при феномене Мюллера и повышается при резком выдохе, кашле, пробе Вальсальвы.

Нейтрализация отрицательного внутриплеврального давления, наступающая при форсированном выдохе и задержке дыхания на выдохе, происходит в связи со значительным уменьшением объема плевральной полости за счет подъема диафрагмы и смещения реберных дуг. Раньше (1960) нами было показано, что при форсированном выдохе, кашле происходит повышение внутриплеврального давления и это может быть использовано для эвакуации воздуха из плевральной полости во время торакокаустики.

Подготовка к извлечению дренажа сводится к подкожной инъекции 1 мл 1% раствора промедола и инфильтрации мягких тканей вокруг дренажа 0,25% раствором новокаина. Пересекают нити, фиксирующие дренаж к коже. Дренаж перекрывают зажимом. Больному предлагают сделать глубокий вдох, а затем максимальный выдох и задержать дыхание. В этот момент дренаж извлекают энергичным движением и накладывают шов на кожу.

Многолетнее применение описанного приема для предупреждения засасывания воздуха в плевральную полость в момент извлечения дренажа показало его высокую эффективность. Извлечение дренажа во время дыхательной паузы на выдохе надежно предупреждает засасывание воздуха в плевральную полость. В связи с простотой и надежностью этот прием может быть рекомендован для широкого использования.

ДИСКУССИЯ

УДК 618.14—005.1—618.7—005.1

ПО ПОВОДУ СТАТЬИ М. С. МАЧАБЕЛИ «О ЛЕЧЕНИИ ГИПОФИБРИНОГЕНЕМИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ»

Б. И. Кузник и В. П. Скипетров

*Кафедра нормальной физиологии (зав. — проф. Б. И. Кузник) Читинского
медицинского института и кафедра нормальной физиологии (зав. — доц.
В. П. Скипетров) Семипалатинского медицинского института*

Проблема развития афибриногенемических акушерских кровотечений, обсуждение которой проводится по инициативе «Казанского медицинского журнала», — одна из самых актуальных в современном акушерстве. Дискуссия начата статьей проф. М. С. Мачабели. Она вызывает большой интерес и у клиницистов, и у теоретиков, так как заставляет заново пересмотреть существующие представления и обсудить ряд положений, которые либо требуют уточнения, либо должны быть отвергнуты или же приняты с известной осторожностью.

Прежде всего остановимся на механизме возникновения дефицита фибриногена при осложнениях беременности и родов. По этому вопросу до сих пор не имеется единого мнения, хотя со времени появления первых предположений о генезе афибриногенемии прошло ровно 20 лет. Из гипотез о механизме акушерского афибриногенемического синдрома сейчас оживленно обсуждаются концепция внутрисосудистого свертывания крови и фибриногенолиза. Согласно теории интравазальной гемокоагуляции Шнейдера (1947—1964), дефицит фибриногена возникает в результате внутрисосудистого свертывания крови под влиянием тромбопластических субстанций плаценты и децидуальной оболочки, которые при ряде осложнений родового акта прорываются в кровоток женщины. По фибринолитической концепции О. Смит и Г. Смит (1947), которую особенно настойчиво защищает Филипп и ее сотрудники, афибриногенемия обусловлена разрушением фибриногена в результате чрезмерной стимуляции фибринолиза под влиянием фибринолитических агентов тканей матки и элементов плодного яйца.

На каких же аргументах зиждутся вышеуказанные концепции? Гипотеза о фибринолизе базируется на ряде сообщений о высокой фибринолитической активности плаценты, децидуы, миометрия и околоплодных вод. Так думают Льюс, Фергюссон (1950), Стефанини, Дамешек (1955), Филипп и сотр. (1956—1964). Однако ряд авторов отмечает, что зрелая плацента не содержит субстанций, способных активировать фибринолитическую систему (Альбрехтсен, 1956; Беллер и сотр., 1962). Ниссерт, Бахман (1956),