

тканевых соков в кровотоке, то человек не только заболевает, но порой и умирает. И это, конечно, патология. Патология захватывает и коагуляционный процесс. Вполне обоснованно всякую патологию коагуляции называть коагулопатией, а не только первичный или вторичный дефицит факторов, поддерживающийся длительное время. Слово «*pathos*» означает не болезнь (*morbus*), а страдание, а термин патология включает не только болезни как нозологические единицы, но и все отклоняющиеся от нормы состояния.

Что же касается распространенного термина «приобретенная Г-АФГ», то он нам не принадлежит. Но он вполне уместен, так как указывает, что речь идет не о первичной врожденной Г-АФГ. Кратковременна эта патология или длительна, значения не имеет. Мы же предпочитаем такую коагулопатию называть нашим термином — ТГС, т. е. с учетом синдромности процесса.

Проф. Н. А. Шилко указывает на разрыв между теоретической коагулологией и практическим акушерством, на то, что акушеры должны знать коагулологию, так как вызов коагулолога из центра лимитирован временем.

10. Действительно, вызывать коагулолога из центра затруднительно, да и не надо. Если и есть там коагулологи, то они не клиницисты. Но и акушеры-гинекологи не должны быть самоучками. В нашей стране уже нарождается клиническая коагулология, включающая диагностику, профилактику и лечение нарушений коагуляции, а она слишком обширна, чтобы один человек мог охватить все особенности течения акушерских, хирургических, гематологических, терапевтических и тому подобных коагулопатий. Поэтому коагулологи разных профилей должны быть воспитаны в среде практических врачей. До сих пор врачи стихийно изучали новую науку, в основном пользуясь ее задачами в качестве тем для диссертаций. Результат — разногососье на каждом шагу. У нас нет еще аттестованных акушеров-коагулологов, хирургов-коагулологов, терапевтов-коагулологов и других специалистов, но уже намечился поворот в этом направлении. Началась плановая подготовка врачей разных специальностей по основам коагулологии. Они-то и будут обслуживать больных с коагулопатиями, каждый по своему профилю.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.13—616.14—616—073.75

ОЦЕНКА КОНТРАСТНЫХ ВАЗОГРАММ МИКРОФОТОМЕТРИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

М. Г. Каримов и В. С. Муругов

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович) и кафедра ортопедии и травматологии (зав. — проф. Л. И. Шулуток) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

При изучении кровоснабжения симметричных участков методом рентгеноконтрастной наливки сосудов исследователю в некоторых случаях трудно определить характер сосудов и их количество.

Для объективной оценки и подсчета сосудов мы предлагаем методику микрофотометрии вазограмм с автоматической записью результатов исследования. Указанная методика применена нами при изучении кровоснабжения филатовского стебля при различных способах тренировки.

На спине кролика сбривали шерсть и типично по Филатову формировали два симметричных стебля, один из которых являлся опытным, другой — контрольным. Через 10—12 дней после операции опытный стебель подвергали тренировке путем пережатия одной из питающих нозек резиновым жгутиком. Ежедневно время тренировки увеличивали на 10 мин. и постепенно доводили до двух часов. По окончании тренировки сосуды опытного и контрольного стеблей наливали рентгеноконтрастным веществом и производили рентгеновские снимки стеблей. Для микрофотометрии вазограмм мы использовали микрофотометр МФ-4. Предварительно на вазограмме намечали линию, перпендикулярную длиннику филатовского стебля (линия фотометрии). Запись производили в непосредственной близости от линии параллельно ей. Вазограмма фиксируется на предметном столике прибора с таким расчетом, чтобы измерительная шель при движении столика проецировалась строго по линии фотометрии. Кассеты микрофотометра заряжали рентгеновской пленкой типа РМ-1 чувствительностью в 320 обратных рентген, размером 13×18 см. Запись производили в масштабе 5 : 1 при скорости 20 мм в минуту.

Полученные кривые являют собой графическое изображение интенсивности тени мягких тканей и имеющих в них сосудов по вазограмме филатовского стебля.

На рис. 1 изображены контрастные вазограммы тренированного (I) и нетренированного (II) филатовского стебля.

Визуально можно отметить более развитую сосудистую сеть на всем протяжении тренированного стебля.

На рис. 2 воспроизведены микрофотограммы дистального (M) и проксимального (N) участков нетренированного стебля. Фотограмма представляет собой мелкозубчатую горизонтально направленную линию, на фоне которой видны отдельные зубцы, соответствующие проходящим в стебле сосудам. Величина и высота этих зубцов зависят от диаметра просвета налитых сосудов. Мелкозубчатый фон обусловлен зернистостью рентгеновской пленки.

Как видно из рис. 2, на фотограмме проксимального участка стебля имеются зубцы *a* и *б*, которые соответствуют проходящим в стебле сосудам. Зубец *a* несколько выше зубца *б*, значит, сосуд, соответствующий зубцу *a*, имеет более широкий просвет.

На фотограмме проксимального участка тренированного стебля (рис. 3) видны зубцы *a*, *б*, *в*, *г*, *д*, соответствующие проходящим в стебле сосудам; менее высокие зубцы *a*, *б* соответствуют сосудам более мелкого калибра.

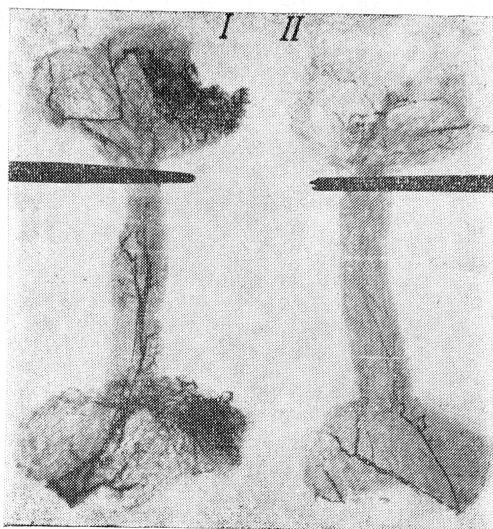


Рис. 1.



Рис. 2. Копия фотограмм дистального (M) и проксимального (N) отделов нетренированного филатовского стебля.

На фотограмме дистального участка тренированного стебля (рис. 4) высота зубцов *a*, *б*, *в*, *г*, *д* меньше, чем на проксимальном участке тренированного стебля, что указывает на уменьшение калибра сосудов.

Еще легче выявить разницу в количестве и величине сосудов при сравнении фотограмм симметричных участков тренированного и нетренированного стеблей.

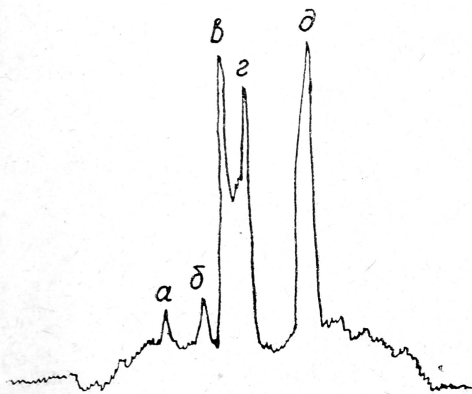


Рис. 3. Копия фотограммы проксимального участка тренированного филатовского стебля.

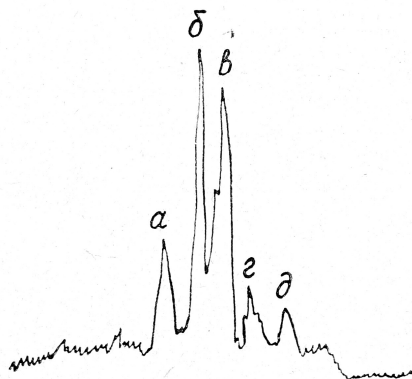


Рис. 4. Копия фотограммы дистального участка тренированного филатовского стебля.

Как видно из фотограмм, кровоснабжение тренированного стебля значительно более развито, чем контрольного.

Указанная методика применима не только для сравнительной оценки количества сосудов филастовского стебля: ею можно пользоваться для характеристики контрастных вазограмм любых симметричных участков, когда затруднена их визуальная расшифровка.

УДК 616.72—001.6—611.718.4—615.468.72

ВАРИАНТ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА

В. П. Савадеров

Горбольница № 8 (главврач — М. А. Крицкова) г. Дзержинска Горьковской области

После закрытого вправления одностороннего и двустороннего вывиха бедра у детей в возрасте от 10 месяцев до 3 лет мы применяем облегченную гипсовую повязку.

Основой повязки является шина, состоящая из двух металлических пластинок, соединенных между собой проволокой 5—6 мм в диаметре. В зависимости от возраста ребенка размеры шины могут быть уменьшены или увеличены. Перед наложением гипсовой повязки шину моделируют следующим образом: пластинки изгибают дугами соответственно окружности бедер, проволоку тоже изгибают дугой по длине разведенных бедер. Бедра обвертывают достаточно плотными ватниками, на ватники накладывают пластинки (на передние полуокружности бедер) и фиксируют гипсовыми бинтами к бедрам.

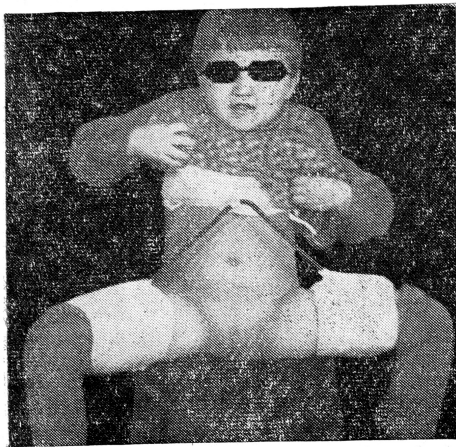


Рис. 1.

Проволочная дуга за середину удерживается у туловища матерчатым язычком, подшитым к лифчику и застегивающимся на пуговицу (рис. 1).

Как показал наш опыт, такая повязка надежно удерживает бедро в нужном положении на необходимый срок (6—8 месяцев).

Возможность ранних ротационных движений при этой повязке благоприятно сказывается на формировании сустава. Ребенок может садиться, передвигаться по комнате на стуле-каталке. Ни у одного из 10 детей мы не наблюдали отводящих кон-

трактур после снятия этой повязки. Отведение бедер легко устраняется в течение 12—14 дней при каждодневном купании детей в ванне.

Преимущества повязки заключаются в легкости, простоте и возможности изготовления шины в любой районной больнице. Повязка не мешает купанию ребенка (следует только обернуть гипсовые муфты клеенкой). Благодаря тому, что область тазобедренных суставов остается открытой, облегчается рентгенологический контроль.

Рекомендуем нашу повязку для практического применения.

УДК 616—089.843—611.74

К ТЕХНИКЕ ПЕРЕСАДКИ СУХОЖИЛИЙ

Ю. А. Акимов

Хирургическое отделение (зав. — Ю. А. Акимов) 4-й детской клинической больницы г. Ижевска (главврач — П. И. Маслова)

В нашем отделении на протяжении последних 7 лет применяется своеобразная техника проведения сухожилий при пересадках. Проводником для сухожилия служит обычная резиновая трубка, диаметр которой зависит от толщины сухожилия и размера кусочка кости. После подготовки туннеля браншами корнданга захватывают трубку и протягивают ее к подготовленному для пересадки сухожилию. Кусочек кости с сухожилием вводят в просвет трубки при помощи носового расширителя и фиксируют