

## О СОЕДИНЕНИИ КРАЕВ РАН ЛИПКИМ ПЛАСТЫРЕМ

Г. Г. Ичетовкин

*Прочноокопский краевой костнотуберкулезный санаторий Краснодарского края  
(главврач — И. Я. Дьяченко)*

Широко распространенный метод сшивания краев ран нитками нередко затруднителен в условиях фельдшерских пунктов, при травмах людей, работающих в отдаленной местности, в полевых условиях и т. п. Кроме того, как правило, обычный шов, примененный на лице и шее, оставляет заметный рубец.

В нашем санатории с успехом применяется соединение краев ран с помощью полосок из липкого пластыря. Данный метод мы применяем при случайно полученных ранах (кожно-подкожных, лоскутных и скальпированных), а также операционных ранах после удаления пораженных туберкулезом шейных лимфоузлов, атером на лице.

Применяемая нами методика весьма проста.

После обработки дна раны кожу краев протирают шариком со спиртом (с целью удаления грязи при случайных ранах) и смазывают раствором бриллиантовой зелени. От рулончика липкого пластыря отделяют полоску шириной 1,5 см и длиной около 10 см. Ассистент держит рулончик. Хирург левой рукой держит свободный конец полоски пластыря, а правой вырезает ножницами выемки по бокам полоски в средней ее части так, чтобы здесь она сузилась до 1,5—2 мм (рис. 1).

Затем полоску, принявшую форму песочных часов, отсекают от рулончика и один из концов полоски наклеивают так, чтобы суженная середина полоски на 1—2 мм не доходила до края раны. Затем, натягивая второй конец пластырной полоски, сближают и соединяют края раны. При этом суженная середина полоски смещается на 1—2 мм и оказывается над сомкнутой раной. Второй конец полоски в натянутом положении приклеивают на другой край раны (рис. 2). Так же приклеивают следующие полоски пластыря на протяжении всей раны.

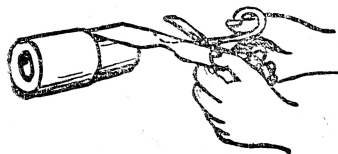


Рис. 1. Подготовка пластырной полоски.

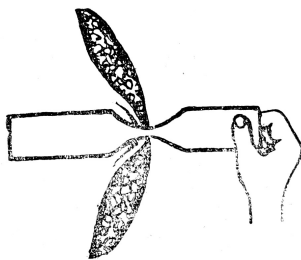


Рис. 2. Соединение краев раны пластырной полоской.

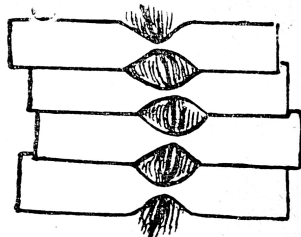


Рис. 3. Вид раны после соединения ее краев.

Концы полосок можно накладывать друг на друга черепицеобразно. Суженные места полосок как нитки перекидываются через края раны на расстоянии около 1 см одна от другой, не закрывая рану наглухо (рис. 3).

Пластырные полоски, как и швы, снимают через 7 дней. Во всех случаях заживление было первичным. Образовывался нежный рубчик.

## НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ

## МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ИЗ ПОЛИМЕРНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Во ВНИИМИ за последние годы разработан ряд новых медицинских инструментов. В настоящем сообщении приводится информация об инструментах из полимерных материалов.

## Артерио-венозный шунт для гемодиализа (рис. 1)

Предназначен для вживления в кровеносные сосуды (артерия — вена) пациента с целью обеспечения возможности многократного атравматического подключения аппарата «Искусственная почка». Детали шунта изготавливаются из полимеров, не вызывающих реакции со стороны окружающих тканей и крови и обладающих водоотталкивающими свойствами. Шунт стерилизуется любым из существующих методов стерилизации. Артерио-венозные шунты разработаны и выпускаются в СССР впервые.

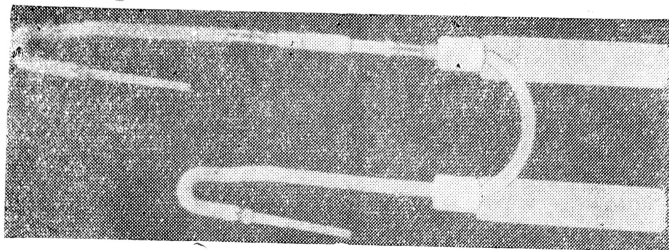


Рис. 1.

## Катетер для гемодиализа (рис. 2)

Предназначен для соединения кровеносной системы пациента с аппаратом «Искусственная почка». Представляет собой трубку длиной 500 мм, один конец которой, для удобства введения в кровеносный сосуд, плавно закруглен; другой конец имеет раструб для присоединения к аппарату «Искусственная почка». С целью исключения присасывания к катетеру стенок кровеносного сосуда вводимая в сосуд часть имеет 8 круглых отверстий, расположенных в шахматном порядке по боковой поверхности.

В комплект входят катетеры 4 номеров по шкале Шарьера: 8, 9, 12 и 15 с наружными диаметрами соответственно 2,66; 3,0; 4,0 и 5,0 мм.

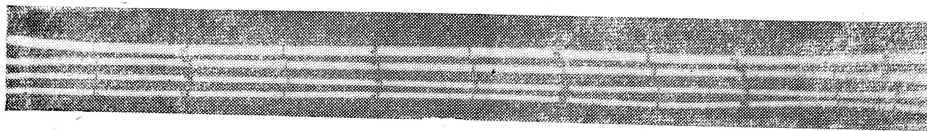


Рис. 2.

## Катетер мочеточниковый

Предназначен для введения в мочеточники и почки через катетеризационные цистоскопы. Катетер имеет одно боковое отверстие. Во входную часть его вклеена вставка из того же пластика. На поверхности катетера через каждые 10 мм нанесены цветные кольцевые риски, позволяющие определять глубину его введения. Каждый катетер снабжен металлическим мандреном. Наружная и внутренняя поверхность катетера глянцева, что предотвращает отложение слизи и солей.

Катетеры изготавливаются 3 номеров по шкале Шарьера: 4, 5 и 6 с наружными диаметрами соответственно 1,33; 1,66 и 2,0 мм. Длина катетеров —  $670 \pm 5$  мм.

## Катетер уретральный цилиндрический прямой

Предназначен для выведения мочи из мочевого пузыря через уретру и для его промывания.

Катетеры имеют по одному или по два боковых отверстия. Во вводную часть вклеена вставка из того же материала. Противоположный конец катетера выполняется в виде раструба под шприц Жане. Каждый катетер снабжен металлическим мандреном.

Катетеры изготавливаются 8 номеров по шкале Шарьера: с № 13 по № 20 с наружными диаметрами соответственно 4,33; 4,66; 5,0; 5,33; 5,66; 6,0; 6,33; 6,66 мм. Длина катетеров —  $360 \pm 5$  мм.

## Катетер уретральный цилиндрический изогнутый

Предназначен для опорожнения и промывания мочевого пузыря, главным образом при увеличенной предстательной железе. Вводная часть катетера изогнута и имеет по одному или по два эллиптических отверстия. Противоположный конец катетера выполнен

в виде раструба под шприц Жане. Изогнутые концы катетеров снабжены мандренами из нержавеющей стали.

Катетеры изготавливаются 7 номеров по шкале Шарьера: 8, 10, 12, 14, 16, 18 и 20 с наружными диаметрами соответственно 2,66; 3,33; 4,0; 4,66; 5,33; 6,0 и 6,66 мм. Длина катетеров —  $360 \pm 5$  мм.

### Катетер уретральный головчатый

Предназначен для введения в уретру и мочевой пузырь лекарственных средств, а также для исследования проходимости уретры и определения места и длины стриктур. Вводная часть катетера имеет вклеенную головку из того же материала, что и сам катетер. Противоположный конец катетера выполнен в виде раструба под шприц «Рекорд».

Катетеры изготавливаются 5 номеров по шкале Шарьера: 6, 8, 10, 12, 14 с наружным диаметром соответственно 2,0; 2,66; 3,33; 4,0 и 4,66 мм. Длина катетеров —  $335 \pm 5$  мм.

### Катетер для обменного переливания крови новорожденным (рис. 3)

Предназначен для введения в пупочную вену с целью проведения обменного переливания крови при несовместимости крови матери и новорожденного (резус-конфликт). Вводная часть катетера закруглена, на боковой ее стенке имеется овальное отверстие. Противоположный конец катетера имеет раструб под канюлю шприца «Рекорд». На поверхности катетера нанесены две цветные кольцевые риски, позволяющие контролировать глубину введения катетера. Гладкая внутренняя поверхность катетера предотвращает тромбообразование.

Катетеры изготавливаются 2 номеров: 8 и 10 с наружными диаметрами соответственно 2,66 и 3,33 мм.

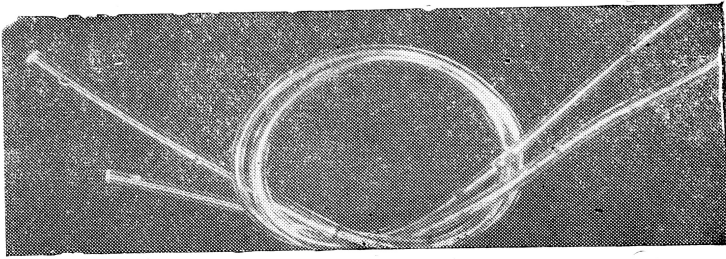


Рис. 3.

### Катетер для искусственного вскармливания новорожденных (рис. 4)

Предназначен для искусственного вскармливания недоношенных больных и оперированных новорожденных. Представляет собой эластичную трубку, один конец которой (вводная часть) закруглен и заплавлен. На вводной части имеется овальное отверстие. Противоположный конец катетера выполнен в виде раструба под шприц «Рекорд».

Катетеры выпускаются 3 номеров по шкале Шарьера: 4, 6 и 10 с наружными диаметрами соответственно 1,33; 2,0 и 3,33 мм. Длина катетеров —  $480 \pm 5$  мм.

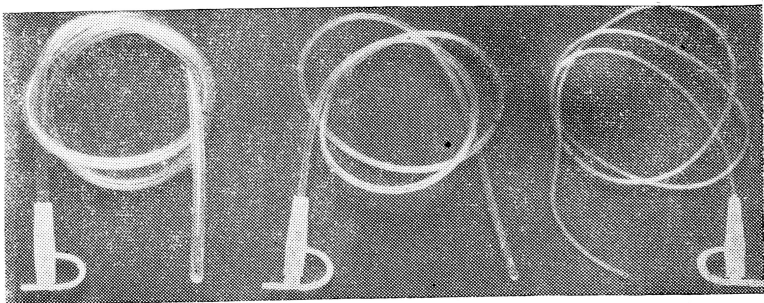


Рис. 4.

### Катетер носовой

Предназначен для длительной ингаляции кислорода в послеоперационном периоде и отсасывания секрета из носоглотки.

Представляет собой трубку, на одном конце которой восемь круглых отверстий, а на противоположном — переходник.

Длина катетера —  $500 \pm 5$  мм, наружный диаметр — 4,66 мм.

### Катетер уретральный женский

Предназначен для катетеризации мочевого пузыря у женщин. Представляет собой трубку, один конец которой заглушен вставкой и закруглен, а другой оформлен в виде канюли под шприц Жане. Вводная часть катетера изогнута под углом  $35^\circ$  и на боковой поверхности имеет 2 овальных отверстия.

Катетеры изготавливаются 4 номеров с наружными диаметрами соответственно 3,66; 4,66; 5,66 и 6,66 мм. Длина катетеров —  $220 \pm 5$  мм.

### Катетер двухпросветный кишечный (рис. 5)

Предназначен для промывания тонкой кишки и отвода газов из нее через еюностому. Представляет собой трубку, разделенную внутренней перегородкой на два канала. Вводная часть катетера закруглена и на боковой стенке имеет 4 круглых отверстия, на другом конце катетера — раструб под шприц.

В комплект катетеров двухпросветных входят 2 катетера с наружным диаметром 6 мм, длиной 500 и 1200 мм.

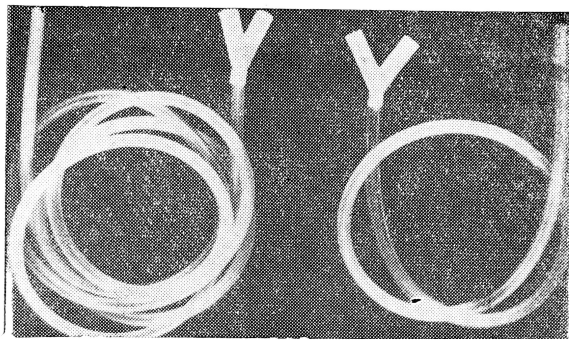


Рис. 5.

Катетеры уретральные цилиндрические прямые и изогнутые, головчатые, мочеточниковые и уретральные женские разработаны для замены этих изделий, изготавливавшихся ранее из резины и тканей, покрытых копаловым лаком.

Катетеры для гемодиализа, катетеры для обменного переливания крови и искусственного вскармливания новорожденных, катетеры носовые и двухпросветные кишечные разработаны в СССР впервые.

Все катетеры обладают эластичностью, внутренняя и наружная поверхность их глянцевая, они удобны в эксплуатации, имеют большой просвет, выдерживают многократную стерилизацию кипячением в дистиллированной воде и обработку жидкими дезинфицирующими растворами.

### Буж конический

Предназначен для определения калибра и месторасположения стриктур. Представляет собой цилиндрический стержень, заточенный на конус с каплевидной головкой на конце.

В комплект входит 10 номеров бужей по шкале Шарьера: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 и 14 с наружными диаметрами соответственно 1,66; 2,0; 2,33; 2,66; 3,0; 3,33; 3,66; 4,0; 4,33; 4,66 мм. Длина бужей —  $360 \pm 5$  мм.

### Веноэкстрактор (рис. 6)

Применяется при операциях подкожного удаления узловато-расширенных вен нижних конечностей. Состоит из армированного проводника, на концах которого приклеены оливообразные наконечники. Наконечники и облицовка стержня изготавливаются из поливинилхлоридного пластика.

В комплект входят веноэкстракторы № 18, 24 и 30 по шкале Шарьера с наружными диаметрами соответственно 6,8 и 10 мм. Длина веноэкстрактора —  $700 \pm 5$  мм.

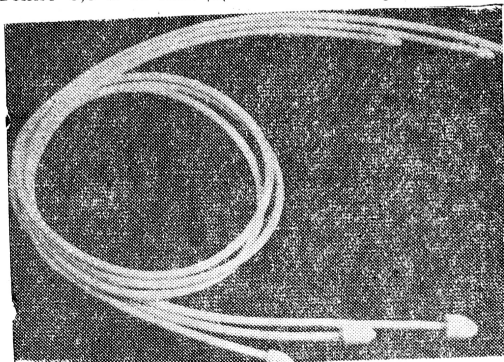


Рис. 6.

### Троакар с пластмассовыми трубками (рис. 7)

Предназначен для прокола стенок брюшной и плевральной полостей, отсасывания жидкостей, отвода газов и введения жидких лекарственных препаратов. Трубки троакаров изготавливаются из поливинилхлоридного пластиката, стилеты — из нержавеющей стали, ручки стилетов, переходники и насадки — из полипропилена, наконечники — из полиэтилена.

В комплект входят троакары № 3, 10, 16 и 22 по шкале Шарьера с наружными диаметрами соответственно 2,66; 3,33; 5,33 и 7,33 мм, длиной 245, 325, 345 и 345 мм.

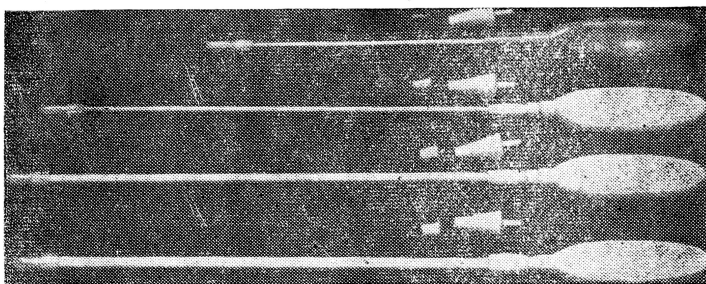


Рис. 7.

### Игла для родничковой пункции (рис. 8)

Применяется для внутривенных капельных вливаний при токсических формах различных заболеваний в послеоперационном периоде, при гемотрансфузиях у детей раннего возраста.

Собственно игла изготавливается из стальной трубчатой заготовки инъекционной иглы, эластичная трубка и колпачок — из прозрачного медицинского пластиката, канюля и фиксатор — из полиэтилена.

Игла для родничковой пункции в СССР разработана впервые.

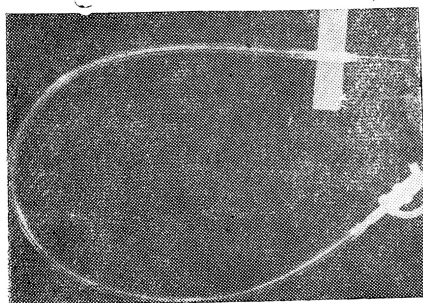


Рис. 8.

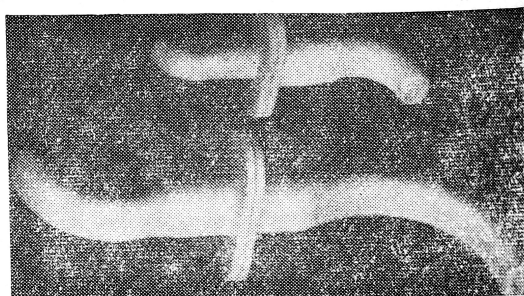


Рис. 9.

Предназначен для обеспечения больному свободного дыхания в шоковом состоянии и для проведения искусственного дыхания по методу «изо рта — в рот». Изготавливается из поливинилхлоридного пластика.

В комплект входят 4 номера воздуховодов, позволяющих с помощью простейших замковых устройств составить 4 варианта воздуховодов для проведения искусственного дыхания методом «изо рта — в рот».

Артерио-венозные шунты выпускаются опытным производством Грузинского республиканского управления «Грузмедтехника».

Катетеры для гемодиализа, катетеры мочеточниковые, уретральные цилиндрические прямые и изогнутые, головчатые, катетеры для обменного переливания крови и искусственного вскармливания новорожденных, а также бужи конические выпускаются Казанским медико-инструментальным заводом.

Катетеры носовые, уретральные, женские, двухпросветные кишечные, веноэкстракторы, троакары с пластмассовыми трубками, воздуховоды и иглы для родничковой пункции будут выпускаться на этом заводе с 1972 г.

Приобретение инструментов производится по нарядам через В/О «Союзмедтехника» (Москва, 2-й Троицкий пер., дом 6а).

С. У. Безвидный

## БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Я. М. Милославский, В. В. Меньшиков, Т. Д. Большакова. Надпочечники и артериальная гипертония. Медицина, М., 1971

Современное представление об артериальных гипертониях основано на многозвеневом их патогенезе, причем то или иное звено в разных случаях имеет ведущее, иногда пусковое и поддерживающее значение. Уже с этой точки зрения книга «Надпочечники и артериальная гипертония» привлекает внимание подробным анализом роли и значения надпочечниковых факторов в патогенезе как симптоматических, так «эссенциальной», по старой терминологии, гипертонии, гипертонической болезни.

В I главе весьма экономно, но вместе с тем достаточно полно излагается представление о регуляции АД на оптимальном уровне и о влиянии гормонов надпочечников на эту «самонастраиваемую» систему со сложными прямой и обратной связями в поддержании «оптимума» кровоснабжения. Авторы не упрощают проблемы, излагая основные, иногда взаимно сталкивающиеся, данные обширной литературы. Отводя на основании их и собственных исследований надпочечниковым гормонам определенное место в гуморальном звене регуляции АД, авторы подчеркивают, что гуморальные механизмы в патологии могут играть и собственную патогенетическую роль, выходя из субординации нервных регуляторных влияний. Глава эта не только является установочной, определяя исходные точки зрения авторов, но представляет и концепцию патогенеза: физиологические адаптивные и компенсаторные взаимосвязи приобретают патологическое содержание при нарушении того «созвучия частей», которое древние считали основной характеристикой здоровья. Подробная схема нейро-гуморальной регуляции АД хорошо иллюстрирует сложность этих взаимоотношений.

II глава, посвященная методам исследования функционального состояния надпочечников, написана с большим знанием дела, без какого бы то ни было упрощения, во всей сложности вопроса. Это относится к исследованию не только кортиконадпочечниковой функции, но и симпто-адреналовой системы, чувствительности рецепторного аппарата, к нагрузочным пробам. Глава отражает собственный большой опыт авторов и может служить сама по себе хорошим пособием в этом деле. Единственный недостаток, который можно отметить, это отсутствие методов определения связывающей способности транскортина, хотя об оценке «звена обмена» по соединению с белком говорится в изложении функциональных проб.

В главе, посвященной актуальной проблеме — состоянию функции надпочечников при симптоматических гипертониях, фактически трактуются два далеко не равнозначных вопроса. В одной и той же главе излагаются представления о гипертониях, связанных с поражениями надпочечников во всем разнообразии опухолевых и неопухолевых процессов, с гиперкортицизмом центрального генеза, и о состоянии функции этого органа при почечных гипертониях. Первый раздел, заслуживающий вынесения в отдельную главу, содержит довольно подробный разбор соотношений артериальной гипертонии с адрено-генитальной патологией, как связанной с андростеромами, так и, возможно, энзимопенического генеза, с патологией типа синдрома Иценко — Кушинга, синдрома Конна. Как бы переходом к вопросу о гипертонии при феохромоцитоме служит раздел о состоянии симпто-адреналовой функции при корково-надпочечниковых синдромах. Чрезвычайно интересно высказывание, что с гемодинамической точки