

анализа кала и рекомендованного А. Д. Рыбинским откачивания желудочного содержимого непосредственно вслед за дефекацией, поскольку клиническая картина заболевания и положительные данные инсуффляции давали достаточно оснований для диагноза. С этой точки зрения в констатации рентгенологической проходимости фистулы нет острой необходимости, хотя значение рентгенологического исследования, позволяющего установить степень патологических изменений, участвующих в образовании свища органов, в каждом отдельном случае не может быть недооценено. Зная заранее о существовании свища, рентгенологическое исследование можно проводить с большей настойчивостью.

Малое число наблюдений не позволяет достаточно уверенно судить о сравнительной эффективности инсуффляции при диагностике фистулы.

Поэтому, учитывая трудности диагностики в подобных случаях, мы стали проводить инсуффляцию у больных с наложенным анастомозом и подозрительными жалобами непосредственно после рентгеновского исследования желудка под контролем экрана, что не намного удлинит время исследования и до известной степени гарантирует от просмотра столь грубой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л., Рыбинский А. Д. Болезни оперированного желудка и их лечение, М., 1940.— 2. Гуляницкий Ф. М. Послеоперационный желудочно-ободочный свищ. Дисс., 1940.— 3. Белоглядова Н. И. Хирургия, 1954, 5.— 4. Стражеско Н. Д. Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости, М., 1940.

Поступила 11 октября 1958 г.

ЗАГОТОВКА И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Врач Б. Л. Еляшевич

Изгарская участковая больница Чистопольского района ТАССР

Начиная с 1957 г., свежеситратная кровь заготавливалась хирургическим отделением нашей больницы лишь по экстренным показаниям, причем первыми донорами были сотрудники больницы. Но это не удовлетворяло потребностей в консервированной крови, и с 1958 г. мы перешли на заготовку ее двухэтапным способом.

Стандартные, в стерильной упаковке ампулы ЦОЛИПК'а с консервантом намного упрощают заготовку донорской крови, а главное, создают возможность сохранять заготовленную кровь продолжительное время. Кадры доноров нами были подобраны в основном из местного населения. К началу 1959 г. на учете больницы состояло 40 активных и 78 резервных доноров. Этому способствовало проведение среди населения лекций и бесед на тему донорства и переливания крови. При подборе доноров производился осмотр их терапевтом, анализы крови, мочи и рентгеноскопия. Исследование на сифилис и обе осадочные реакции проводились в Чистопольской лаборатории. Перед каждой очередной дачей крови доноры повторно проходили терапевтический осмотр с анализами крови, за исключением лишь особо экстренных показаний. В таких случаях дообследование производилось в ближайшие последующие дни.

Для соблюдения очередности сдачи крови составлен график дежурных доноров, живущих в непосредственной близости от больницы.

Разовая доза сдачи крови — 200—300 мл. Срок хранения консервированной крови, в среднем, 5—7 дней, но в последнее время мы, по возможности, стремимся сокращать и его.

Для двухэтапной заготовки крови пользуемся флаконами с рецептом консерванта „Л-12“ и „ЦОЛИПК-76“. Взятая кровь хранится на леднике в специально оборудованном ящике с теплоизоляционными стенками, где поддерживается постоянная температура +5, +7°. Там же хранятся и кровезаменители.

В 1957 г. было произведено 8 переливаний крови, из них в пяти случаях кровь заготавливалась в два этапа. С начала 1958 г. по апрель 1959 г. было произведено 60 трансфузий. В семи случаях переливание крови сочеталось с переливанием кровезаменителей (БК-8, ЛСБ, Аминопептид-2). На 68 трансфузий были 4 слабых и одна сильная гемотрансфузионные реакции. Осложнений не было.

Всего нами перелито 15,4 литра крови и 1,7 литра кровезаменителей сорока шести больным. Из них в терапевтическом отделении семи больным, в акушерско-гинекологическом — 17 и в хирургическом — 22 больным. Переливания крови проводились как по срочным показаниям, так и планово. Перед каждым переливанием проверяются групповая принадлежность донора и реципиента двумя сериями стандартных изогемагглютинирующих сывороток, а также реакция на групповую индиви-

дуальную совместимость и биологическая проба. Для исключения резус-несовместимости пользовались общепринятой пробой на совместимость по резус-фактору.

Имевшиеся случаи посттрансфузионных реакций считаем возможным отнести за счет погрешностей в мытье и обработке используемых при переливании систем трубок, так как после устранения этого недостатка реакций после переливаний не отмечалось.

Организация собственного донорского пункта позволила в предоперационной подготовке больных перед струмэктомией и резекцией желудка широко использовать переливание крови, намного облегчающее течение операции и послеоперационного периода.

Во всех случаях переливания крови в комплексе прочих медикаментозных средств мы наблюдали выраженный лечебный эффект, в 7 случаях оно было единственным надежным средством, сохранившим жизнь больным.

Наш скромный опыт заготовки крови двухэтапным способом и переливания ее в условиях сельской больницы позволяет настойчиво рекомендовать создание донорских пунктов при каждой сельской больнице на базе хирургического отделения или родильного дома. Это дает возможность прочно ввести в комплекс лечебных мероприятий один из важных и прогрессивных методов — гемотерапию.

Большую практическую помощь в этой работе оказал методический отдел Республиканской станции переливания крови.

Поступила 23 июня 1959 г.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Канд. мед. наук А. А. Румянцева

Из кафедры травматологии и ортопедии (зав. — проф. Л. И. Шулуток)
Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Переломы костей, образующих коленный сустав, могут сопровождаться тяжелейшими осложнениями, которые можно разделить на:

1) ранние, возникающие в момент травмы или в ближайшие дни после нее, и 2) поздние, наступающие в процессе лечения.

Наибольшую опасность представляют ранние, иногда непредотвратимые осложнения, к которым относятся: 1) сдавления и разрывы сосудистого пучка подколенной области; 2) сдавления или ранения большеберцового или малоберцового нервов.

Отмеченные осложнения происходят главным образом при переломах от прямого насилия.

Чрезмерное смещение отломков в стороны и кзади при многооскольчатом переломе эпифиза большеберцовой кости создает опасность для сосудисто-нервного пучка.

Осложнения могут наблюдаться и при переломах без смещения отломков.

Внутриуставные переломы коленного сустава, как правило, дают гемартроз с примесью капелек жира. Гемартроз может отсутствовать, когда перелом эпифиза не влечет за собой нарушения целостности суставного хряща.

Может быть и другая возможность, когда сустав резко увеличен в объеме, рентгенологически щель между отломками зияет в полость сустава, а при пункции крови не получают. Это наблюдается при разрывах суставной капсулы, когда образуется более или менее выраженное периартикулярное кровоизлияние или имеется не только перелом проксимального эпифиза большеберцовой кости, но и метадиафиза ее. В результате гематома изливается в окружающие ткани и происходит имbibирование кровью мягких тканей задней поверхности верхней трети голени, а также подкожной клетчатки и всех тканей области коленного сустава, что может привести к сдавлению сосудистого пучка.

Если сдавление последнего вызвано вывихом костей голени или чрезмерным смещением отломков при переломе, то для предупреждения некроза конечности необходимо немедленное вправление вывиха или репозиция перелома, вплоть до оперативного вмешательства, а если сустав чрезмерно напряжен вследствие гемартроза, показана срочная пункция.

В случае, где нет смещения суставных поверхностей или их отломков, нет гемартроза, но имеются признаки нарушения питания конечности, приходится проводить выжидательную тактику: покой, согревание конечности, блокады по Вишневскому, так как попытки удаления гематомы путем продольных разрезов мягких тканей обычно не дают успеха.

В отдельных случаях, несмотря на проводимые мероприятия, расстройстве кровообращения может вызвать необратимые изменения в сосудах и привести к гангрене конечности. В качестве примера приводим следующие два наблюдения.

1. Б-ному Я., 32 лет, 12/VIII-57 г. обе нижние конечности были придавлены