

Для дренажей использовали бракованные гофрированные синтетические сосудистые протезы, а при их отсутствии изготавливали дренажи из мелкоячеистых или плетено-тканых крупноячеистых (предпочтительнее последние) лавсановых лент, в настоящее время выпускаемых в нашей стране для эндопротезирования, или из вырезаемых вручную полосок лавсановой ткани шириной 40 мм и длиной 200 мм.

Предварительно ткань и готовые ленты тщательно промывали с детергентом, прополаскивали в проточной горячей воде и высушивали. Края лент (полосок) сшивали или заваривали нагретым паяльником. Полученные полые гладкостенные трубки выворачивали и надевали на металлические стержни с ровной поверхностью. Затем непрерывной толстой шелковой нитью на всем протяжении обвивали тканевую трубку спиральными ходами шириной 5 мм с умеренным прижатием ее к стержню. Ткань вместе с нитями сдвигали пальцами с концов к центру до образования гофр и дополнительно трубку туго завязывали на концах. Полученные заготовки-позитивы помещали в биксы и подвергали термической обработке в автоклаве вместе с перевязочным материалом при 120° в течение 30 мин.

Под влиянием нагревания увеличивается пластичность лавсана с повышением эластичности и появлением текучести, что позволяет формировать из него нужные лечебные изделия. В автоклаве происходила стерилизация ткани, а также моделирование изделия. После охлаждения при комнатной температуре и удаления (до или во время операции) стержня полученный полый гофрированный дренаж имел достаточную механическую прочность и каркаемость с сохранением таких очень важных свойств для подобного рода лечебных изделий, как мягкость и эластичность. Приобретенная тканевой трубкой заданная геометрическая форма не изменялась при использовании дренажей. Процесс изготовления дренажей из лавсана относительно прост, а длительность изготовления и стерилизации не превышает 1—1,5 ч.

Комбинированное дренажное устройство использовали при лечении 48 больных с гнойной патологией живота и грудной полости (в том числе 38 с деструктивным аппендицитом и холециститом, 4 с перфорацией язв желудка и кишечника, 4 с разрывами кишечника и печени и 2 с эмпиемой плевры) и 20 человек с ранами различной локализации.

Выделение экссудата через дренаж происходило до 7 сут. При этом ежедневно дренаж слегка подтягивали.

Гофрирование внутренней половины дренажа препятствовало полному спадению трубки. Благодаря биологической инертности материала дренаж длительное время оставался свободным от фибринозного «футляра». При помощи обычного медицинского шприца, без особых усилий вводили изотонические растворы в полость в течение 7 сут. Доказательством функционирования дренажа являлось отсутствие обратного истечения вводимой жидкости. В ряде случаев хорошая проходимость дренажного устройства подтверждалась рентгеноконтрастными исследованиями, для чего через дренаж вводили около 20 мл 25% раствора диодона или гипака. Удаление дренажа не составляло затруднений и не вызывало травмирования тканей. Каких-либо осложнений, связанных с применением предлагаемого дренажа, не наблюдалось.

Простота устройства и изготовления, эластичность, прочность, безопасность использования, относительная длительность функционирования позволяют рекомендовать комбинированный дренаж для широкой лечебной практики. Применение его в клинике способствовало повышению эффективности дренирования ран, а также улучшению течения послеоперационного периода у больных с заболеваниями органов брюшной и грудной полостей.

Поступила 18 марта 1980 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Д. М. Табеев а. Атлас иглорефлексотерапии. Казань, 1979, тираж 5000 экз., 111 стр.

Среди отечественных и зарубежных руководств по акупунктуре новая книга известного специалиста доцента Д. М. Табеевой отличается оригинальностью как формы, так и содержания. Хотя книга носит название «Атлас иглорефлексотерапии», по сути она представляет очень емкое и интересно написанное руководство, иллюстрированное красочными рисунками большого формата, снабженными подробным описанием. Таким образом, это одновременно и руководство, и атлас — форма, которой нет аналога ни в нашей стране, ни за рубежом. Большой педагогический опыт автора нашел отражение в компоновке книги. Она удобна для самостоятельной подготовки в процессе обучения этому древнему лечебному методу.

Д. М. Табеева очень бережно отнеслась к традиционным основам метода, не излагает их как догму, трактует многие спорные положения с современных научных позиций. Впервые в отечественной литературе приведено подробное описание и даны

рисунки акупунктурных зон, не входящих в основные системы 12 меридианов. Это так называемые «чудесные меридианы», наиболее важные «вторичные» меридианы, внемеридианные и «новые» точки. Подробно описаны так называемые «античные точки», играющие исключительно важную роль при терапии ряда патологических состояний.

На основе собственных исследований и большого личного опыта Д. М. Табеева излагает оригинальные принципы лечебного сочетания акупунктурных зон, основанные на представлении о трех уровнях воздействия на организм.

В руководстве подробно описаны акупунктурные зоны ушной раковины. В отличие от ранее изданной Д. М. Табеевой совместно с Л. М. Клименко «Ухоиглотерапии», в нем приведена международная цифровая номенклатура аурикулярных пунктов, что облегчает сопоставление материала с данными зарубежных руководств. Введение этого большого раздела в настоящую монографию, являясь нетрадиционным, весьма оправданно с точки зрения практического врача.

В основе лечебных рекомендаций автора лежит важный принцип индивидуализации лечения. Многолетний практический опыт доказывает, что в этом отношении игло-рефлексотерапия обладает во многом еще не исчерпанными возможностями.

Атлас хорошо иллюстрирован. Оригинальные рисунки четкие, красочные. Однако считаем нужным отметить одну досадную погрешность рисунков, свойственную, впрочем, почти всем существующим руководствам, атласам и таблицам, — слабую топографоанатомическую привязку акупунктурных зон к костным выступам, мышечному рельефу, другим анатомическим образованиям.

Следует сделать упрек издательству: тираж атласа оказался недостаточным, поскольку в настоящее время книга успела стать библиографической редкостью. Этот факт сам по себе говорит о высоком заслуженном интересе специалистов к книге Д. М. Табеевой.

Можно с уверенностью утверждать, что рецензируемый атлас-руководство уже стал настольной книгой врачей-специалистов, владеющих методом игло-рефлексотерапии.

Канд. мед. наук А. И. Нечушкин (Москва)

Л. М. Клячкин. Клинические лекции по пульмонологии. Саратов, 1978.

Тираж 1000 экз.

Лекции построены в свойственном госпитальной клинике стиле изложения с клиническими иллюстрациями различных вариантов течения болезни. В начале каждой лекции проводится разбор больного с широким использованием данных современного лабораторно-функционального исследования. Оценка функциональных проб соответствует современным представлениям, в частности трактовке патофизиологических изменений в системе дыхания.

В первой лекции о хроническом бронхите после разбора представленного больного в краткой литературной преамбуле автором показана эволюция наших представлений о ХНЗЛ и необходимость дифференцировать эту группу заболеваний с учетом современной номенклатуры и классификации. Здесь же в соответствии с классификацией, разработанной во ВНИИ пульмонологии МЗ СССР на основе критериев ВОЗ, строится дифференциально-диагностическая тактика, причем первостепенное внимание уделяется дифференциальной диагностике хронического бронхита и хронической пневмонии. В лекции уделяется должное внимание первичной профилактике заболевания, но, по-видимому, одновременно следовало бы более четко выделить и меры вторичной профилактики.

Вторая лекция посвящена эмфиземе легких и легочно-сердечной недостаточности. Большое значение для студентов и молодых врачей имеют вопросы разграничения первичной эмфиземы (связанной, например, с врожденным дефицитом альфа-1-антитрипсина) и наиболее частой вторичной обструктивной эмфиземы. Связь между эмфиземой легких и легочным сердцем представлена с современными патофизиологических позиций. В нее логично вписывается классификация легочного сердца, разработанная Б. Е. Вотчалом. Краткое приведение этой классификации в лекции не является, с нашей точки зрения, излишним. В рекомендациях по лечению учтены современные возможности (использование глюкокортикостероидов, применение вспомогательной искусственной вентиляции легких, кислородной терапии, медикаментозной терапии, в частности антикоагулянтов и др.), разработаны показания к направлению на санаторно-курортное лечение в местный санаторий.

Темой третьей лекции является бронхиальная астма. В последние годы специалисты, занимающиеся изучением этого страдания, считают необходимым более дифференцированный подход к его двум основным формам и введение, в частности при инфекционно-аллергической форме, отдельных клинико-патогенетических вариантов с преобладанием атопической, сенсibilизации, инфекционной сенсibilизации, иммунопатологического компонента, глюкокортикоидной недостаточности коры надпочечников,