

ДВЕ МОДИФИКАЦИИ ИГЛ ДЛЯ ВНУТРИКОСТНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

Проф. А. В. Хохлов

(Ижевск)

Сфера применения внутрикостного метода введения лекарственных веществ чрезвычайно велика: интеркостальное переливание крови, внутрикостное введение барбитуровых препаратов с целью наркоза, введение в костный мозг растворов новокаина для обезболивания при операциях на конечностях, внутрикостное введение сергозина для пнелографии, индигокармина для хромоцистоскопии, внутрикостная пенициллинотерапия и т. д.

Для внутрикостного введения лекарственных веществ различными авторами предложены иглы разнообразных конструкций. Мною изготовлены две модификации игл:



Рис. 1.

1. Для внутрикостного введения жидкостей успешно используется игла из набора для переливания крови Бринза; в нее внесены некоторые детали, делающие ее весьма удобной для этой задачи. Игла Бринза, снабженная мандреном, у основания

имеет приспособление для ее удержания во время переливания крови. К этому приспособлению по оси иглы прочно прикрепляется стержень — небольшой отрезок металлической трубки с винтообразной нарезкой, по которой перемещается муфта с предохранительным щитком. Поворотами муфты можно регулировать глубину проникновения иглы в костную ткань.

При вколе игла удерживается большим и указательным пальцами обеих рук. При стерильной пункции, как только пройден передний кортикальный слой, игла с легким хрустом входит в губчатую ткань.

При гемотрансфузии в гребешок подвздошной кости, где требуется более глубокое проникновение иглы, муфта снимается.

2. Удобной в детской практике оказалась вторая модификация иглы. В стержне ее рукоятки через отверстие проводится обычная игла — Люэра или Рекорда. Стержень снабжен защитным щитком. Игла выдвигается на определенную длину, отвечающую заданной глубине проникновения в костную ткань, и закрепляется винтом. Обе иглы апробированы в лечебных учреждениях.

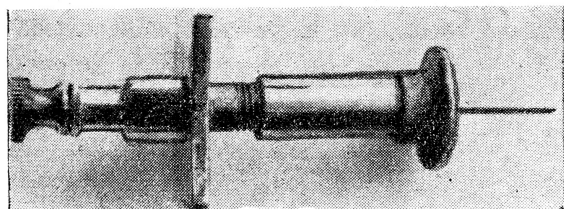


Рис. 2.

Поступила 12 мая 1958 г.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

XXVII ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ

(23—28 мая 1960 г., Москва)

По проблеме лечения ожогов было 15 докладов.

Программным был доклад действ. члена АМН проф. А. А. Вишневого, проф. Г. Д. Вилявина и доктора мед. наук М. И. Шрейбера (Москва). Резкое раздражение

нервной системы, вызываемое ожогом, является причиной нарушения нервной и эндокринной регуляции жизненных органов у пострадавшего. Этот же механизм лежит в основе тяжелого шока у обожженных. Чем тяжелее шок, тем более выраженной является следующая за ним стадия токсемии. Лечение ожогов должно быть комплексным. В основе его должна лежать борьба с болью путем применения наркотических веществ, двусторонних поясничных блокад по А. В. Вишневному, внутривенного введения новокаина и т. д. Для борьбы с токсемией рекомендуются многократные переливания крови, плазмы, полиглюкина, физиологических растворов и т. д. Для борьбы с инфекцией применяются противостолбнячная сыворотка и антибиотики. Обработка ожоговой поверхности не должна быть травматичной. Открытый метод лечения ожогов может применяться только по особым показаниям, главным образом у детей, а у взрослых — при ожогах лица, промежности и наружных половых органов. При замещении обширных дефектов кожи, наряду с аутопластикой, следует применять гомопластику и пересадку трупной кожи. Для более успешного лечения обожженных необходимо в республиканских и областных центрах иметь специализированные и хорошо оснащенные отделения.

Проф. С. Д. Терновский и С. В. Шишкова отметили особенности течения ожогов у детей. Ожоги у детей размером в 10—15% площади тела протекают с явлениями тяжелого шока. Тяжесть зависит от возраста ребенка, площади и глубины ожога. Лечение ожогов у детей сводится: 1) к комплексу мероприятий по предупреждению и борьбе с шоком (наркотические средства, переливание крови, плазмы, полиглюкина и т. п.) и 2) к лечению ожоговой поверхности. Лучшие результаты получены от применения, после наименее травматичной обработки ожоговой поверхности, открытого способа лечения Никольского — Бетмена (орошение ожога 10% растворами танина и азотнокислого серебра) с широким использованием антибиотиков и ранней пересадкой кожи по Тиршу и Пясецкому. При этой методике смертность от ожогов у детей удалось снизить до 2%.

Доктор мед. наук И. Ф. Харитонов
(Казань)

О заболеваниях и повреждениях пищевода было 23 доклада.

Проф. Б. А. Петров (Москва) доложил об искусственных пищеводах при рубцовых сужениях (1000 операций за 31 год). Большинство операций относится к антеоракальному методу образования искусственного пищевода из тощей кишки. За последние годы отдается предпочтение толстой кишке (по Коллингу). Таким методом проведено 100 операций. Кишка располагается внутри грудной полости: за грудиной, внутриплеврально, в заднем средостении.

Б. В. Петровский (Москва) доложил о хирургическом лечении кардиоспазма. Эзофагофундоанастомоз (25 операций) вызывает в дальнейшем эзофагит и регургитацию. Пластика пищевода с помощью диафрагмального лоскута (52 операции) предупреждает эти осложнения.

Б. С. Розанов (Москва) сообщил о 10.000 наблюдений (за 25 лет) инородных тел пищевода. Инородные тела извлекались с помощью эзофагоскопа. В 10 случаях производилась эзофаготомия, при перфорации пищевода и нагноении средостения — срочная медиастинотомия, при этом отдается предпочтение чрезбрюшному методу (снизу). Из 15 операций 5 закончились летально.

Проф. Ю. А. Ратнер
(Казань)

Третьей проблемой было лечение эндартериитов (консервативное и хирургическое) — проф. А. Н. Шабанов, проф. Г. П. Зайцев, проф. В. И. Стручков, член-корр. АМН СССР Б. В. Огнев. Из консервативных методов были рекомендованы новокаин или новокаин — спирт — глюкоза внутривенно, новокаин внутриартериально, спазмолитики — атрофос, метацин, папаверин, физиотерапевтические — УВЧ, КВ-диагностика, радон, ионизованная с новокаином, повышающие обменные процессы — витамин В₁ и В₁₂, никотиновая кислота, оксигенотерапия. Из оперативных — симпатэктомия 2—5 поясничных ганглиев, третьего шейного ганглия слева Б. В. Огнев), резекция артерий: новым предложением явились восстановительные операции на сосудах — замещение артерий гомотрансплантатом из артерий и вен, тромбэндартериэктомия (удаление измененной интимы); наконец, сложные операции протезирования сосудов на большем или меньшем протяжении с помощью аллопластических веществ — тефлона, терилона, дакрона, лавсана и пр.; вшиванием конец в конец или конец в бок (шунтирование). Последнее предложение осуществили на практике в клинике проф. Б. В. Петровского с сотрудниками и проф. А. Н. Филатов.

В прениях главное внимание было направлено на операции пластики сосудов при эндартериите и атеросклерозе. Выступавшие, главным образом иностранные хирурги (Пигеллоу — Канада, Шолтес — Венгрия), в особенности Де-Бекей (США) представили значительный материал трансплантаций сосудов, в частности протезирования, где достигнуты значительные успехи. При тромбозировании у атеросклероза