

или кровоостанавливающим зажимами, следят за падением капель, проходящих через фильтр на нижнюю стенку косостоящей ампулы.

В случае необходимости перелить одному реципиенту кровь из двух или более ампул, соединительный шланг временно зажимают, и опорожненную от крови вертикальную ампулу заменяют новой.

После переливания крови из вертикальной ампулы на верхний тубус ее надевают сифонный шланг длиной 20—25 см, другой конец которого погружают в банку с физиологическим раствором (рис. 4). Как только 50 мл раствора пройдет через систему, разбавляя и частично смывая кровь, можно наливать в кружку противоводковую жидкость, раствор глюкозы или другие гипертонические растворы; в противном случае кровь может свернуться в шланге или игле. Если после вливания гипертонических растворов потребуется вновь перелить кровь, то лучше сначала пропустить через систему физиологический раствор, и лишь после этого включить в систему кровь.

В исключительных случаях может возникнуть необходимость перелить кровь и другие жидкости сразу нескольким реципиентам. Тогда после переливания крови и других жидкостей одному реципиенту длинный шланг от иглы отъединяют, и несколько раз наполнив банку физиологическим раствором, пропускают его через всю систему, дабы полностью смыть остаток иногрупповой для последующего реципиента крови. После этого вертикальную ампулу заменяют ампулой другой группы крови, другую иглу вкалывают в вену нового реципиента, к игле присоединяют тот же шланг, и начинают, как сначала.

При необходимости вливания только растворов (без крови) один конец сифонного шланга надевают на свободный тубус косостоящей ампулы, а другой погружают в прозрачную кружку с соответствующим раствором. С целью предупреждения контакта раствора с окружающим воздухом необходимо кружку прикрыть сверху стерильной марлевой салфеткой.

Оба варианта предлагаемого нами аппарата для комбинированного переливания крови и других жидкостей выгодно отличаются от всех существующих. Первый позволяет пользоваться импровизированной капельницей, которая одновременно служит и контрольной ампулкой, и обеспечивает параллельное включение крови и других жидкостей и добавление их посредством сифона.

Второй вариант имеет следующие преимущества перед первым: 1) пользование косопоставленной стандартной ампулой устраняет опасность воздушной эмболии, избавляет от необходимости иметь специальную воздушно-водянную или обыкновенную капельницу; 2) удаление воздуха из резинового шланга еще в момент наполнения $\frac{1}{3}$ части косой ампулы физиологическим раствором до начала переливания, а также вливание физиологического или другого раствора через опорожненную от крови ампулу в конце переливания устраниют ненужную потерю консервированной крови и уменьшают опасность образования гематомы на месте вкола иглы в вену; 3) систематизированное пользование методом сифона позволяет добавлять кровь и другие жидкости из посуды любой формы и обеспечивает сохранение стерильности вливаемых жидкостей.

Оба описанных варианта аппарата для комбинированного переливания крови и других жидкостей многократно проверены на практике.

Поступила 2 ноября 1958 г.

ВЗЯТИЕ КРОВИ У ДОНОРОВ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

К. И. Розенцвайг

Из отделения переливания крови (зав.—К. И. Розенцвайг) Бугульминской городской больницы № 1 (главврач — А. А. Дедюхин)

Пункция вены локтевого сгиба обычной остро отточенной иглой при хорошей технике вызывает лишь незначительные болевые ощущения у донора. Однако при взятии крови для переливания, ввиду значительного диаметра иглы Диофо, от донора все же требуется известное усилие для преодоления боли, которая у отдельных субъектов может быть значительной. Стремление к максимальному щажению донора при кроводаче необходимо не только из соображений гуманности, но и в целях привлечения большего числа доноров.

В литературе, посвященной методике взятия крови, вопросы обезболивания освещены крайне скучно; в действующей официальной инструкции 1956 г. анестезия при взятии крови не предусмотрена. Вместе с тем учреждения службы крови ряда областей (Башкирская АССР и др.) с успехом применяют обезболивание, что и заставило нас проверить этот метод.

Анатомические особенности строения кожи передней поверхности локтевого сгиба и специфика операции заставляют применять методику, несколько отличную от обще-

хирургической. После наложения жгута и обработки кожи производится анестезия участка кожи точно над веной, избранной для пункции. Инфильтрации 0,25% раствором новокаина подлежит только верхний слой эпидермиса, так как продвижение иглы по глубоким тканям почти безболезненно. Попадание раствора в подкожную клетчатку резко затрудняет пункцию даже хорошо развитой вены. Поэтому иглу следует вкалывать под очень острым углом, почти параллельно к поверхности кожи; используя шприц как рычаг, следует слегка приподнимать кончик иглы во время ее продвижения в коже и при введении раствора.

При правильном положении иглы инъецируемый раствор новокаина в количестве 0,2—0,3 мл образует ограниченный куполообразный желвак размером в горошину, не препятствующий визуальному контролю при последующей венепункции. Если вена плохо выражена, подвижна или залегает глубоко, следует расположить желвак на 1—1,5 см дистальнее от предполагаемого места пункции стенки вены. В этих условиях желвак, через центр которого проводится игла Дюфо, способствует оттеснению кожи от вены и облегчает ее поиски и пункцию.

По описанной методике нами произведено в условиях отделения переливания крови около 500 венепункций с хорошим результатом — все доноры отмечали почти полную безболезненность кроводачи. Опасения, что прохождение иглы через разрыхленную новокаином кожу может способствовать закупорке штыря, или попаданию кусочков ткани в ампулу с кровью и нарушению стабилизации, не подтвердились. Для предупреждения этого дефекта, как и при взятии крови без обезболивания, необходимо сократить до минимума путь иглы Дюфо в тканях. Так как анестезия наступает почти мгновенно, не отмечалось и существенного удлинения времени взятия крови.

Указанные преимущества венепункции под местной анестезией позволяют широко рекомендовать этот метод при взятии крови у доноров.

Поступила 10 октября 1959 г.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

ПРОФЕССОР ВАЛЕРИАН ВЛАДИМИРОВИЧ МИЛОСЛАВСКИЙ

19 января 1960 г. общественность Казани отметила 80-летие со дня рождения и 55-летие врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности заслуженного деятеля науки РСФСР и ТАССР, доктора медицинских наук, профессора Казанского медицинского института, виднейшего гигиениста нашей страны Валериана Владимировича Милославского.

Большая часть жизни и врачебно-педагогической деятельности Валериана Владимировича связана с Казанским университетом, а затем с медицинским институтом. Свою научно-педагогическую деятельность он начал лаборантом кафедры гигиены в 1910 г. В 1920 г., защитив докторскую диссертацию, он стал прозектором, затем приват-доцентом, а с 1923 г. по настоящее время является профессором, заведующим кафедрой гигиены, одним из ведущих ученых института. Почти весь послеоктябрьский период истории кафедры гигиены неразрывно связан с научно-педагогической и общественной деятельностью проф. В. В. Милославского. За время его руководства кафедрой гигиены выполнено более 150 научных работ, из них 65 лично им.

Отличительная черта научной деятельности В. В. Милославского — умение предвидеть и своевременно откликаться на запросы жизни, поэтому научная проблематика кафедры всегда им избирается в тесной связи с потребностями практического здравоохранения.

Глубокие и многосторонние знания позволили В. В. Милославскому успешно работать и руководить своими учениками во многих областях

