Необходимо подчеркнуть важность определенного положения, периодического глубокого дыхания и лечебной гимнастики для обеспечения хорошего оттока по дренажу.

Глава 4. Операции и манипуляции в амбулатории

Венесекция производится для внутривенного вливания в тех экстренных случаях, когда показания к ним настойчивы, ввести иглу чрескожно (венепункция) не удастся, а навыки подключичной пункции отсутствуют. Для венесекции чаще всего используют вену локтевого сгиба или большую подкожную вену у медиальной лодыжки.

На плечо накладывают жгут, сдавливающий только поверхностные вены. Под местной анестезией 0,25-0,5 % раствором новокаина разрезом над намеченной веной, по ходу ее, вскрывают подкожную клетчатку, выделяют вену, подводят под нее одну или две лигатуры, не завязывая их.

Идеальным местом для венесекции является большая подкожная вена, обнаруживая во всех случаях даже при нарушенном кровообращении. В положении больного лежа под местной анестезией впереди медиальной лодыжки производят разрез кожи и клетчатки длиной 2-3 см. Вена выделяется, под нее проводятся две лигатуры. После вскрытия в ее просвет вводят стерильный катетер для подключичной катетеризации, который фиксируют одной из лигатур. Вторую завязывают ниже места установки катетера. Кожную рану над катетером зашивают. Когда необходимость в таком венозном доступе исчезает, катетер извлекают, а на рану накладывают давящую повязку.

К пункции плевральной полости прибегают с диагностической или лечебной целью для извлечения воздуха (при пневмотораксе), крови (при гемотораксе), экссудата (при плеврите). Пункцию производят под местной анестезией кожи и межреберных мышц. Врачу общей практики такая манипуляция может понадобиться в экстренном порядке при диагностировании у больного клапанного пневмоторакса.

Если перкуссия, аускультация и рентгенологическое исследование указывают на то, что скопление воздуха или жидкости ограничено, иглу следует вводить в наибольшей близости к очагу. При наличии свободной жидкости предпочтительно производить пункцию в седьмом - восьмом межреберье по задней подкрыльцовой линии (по верхнему краю ребра). Для отсасывания малого количества жидкости (с диагностической целью) пользуются иглой длиной 8—10 см и диаметром 1-1,5 мм, присоединенной к шприцу с введенным до отказа поршнем. Медленно проводя иглу в глубину, одновременно оттягивают поршень шприца, в который начнет поступать жидкость, когда конец иглы окажется в полости.

Если в полости находится не жидкость, а воздух, поступление его в шприц распознается по тому, что поршень очень легко оттягивается.

Для извлечения более значительных объемов жидкости лучше пользоваться более толстой иглой с присоединенной к ней резиновой трубкой и большим шприцем (типа Жанс). При отсоединении шприца резиновую трубку пережимают во избежание попадания воздуха в плевральную полость. Не следует