

Как видно из фотограмм, кровоснабжение тренированного стебля значительно более развито, чем контрольного.

Указанная методика применима не только для сравнительной оценки количества сосудов филастовского стебля: ею можно пользоваться для характеристики контрастных вазограмм любых симметричных участков, когда затруднена их визуальная расшифровка.

УДК 616.72—001.6—611.718.4—615.468.72

ВАРИАНТ ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКИ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА

В. П. Савадеров

Горбольница № 8 (главврач — М. А. Крицкова) г. Дзержинска Горьковской области

После закрытого вправления одностороннего и двустороннего вывиха бедра у детей в возрасте от 10 месяцев до 3 лет мы применяем облегченную гипсовую повязку.

Основой повязки является шина, состоящая из двух металлических пластинок, соединенных между собой проволокой 5—6 мм в диаметре. В зависимости от возраста ребенка размеры шины могут быть уменьшены или увеличены. Перед наложением гипсовой повязки шину моделируют следующим образом: пластинки изгибают дугами соответственно окружности бедер, проволоку тоже изгибают дугой по длине разведенных бедер. Бедра обвертывают достаточно плотными ватниками, на ватники накладывают пластинки (на передние полуокружности бедер) и фиксируют гипсовыми бинтами к бедрам.

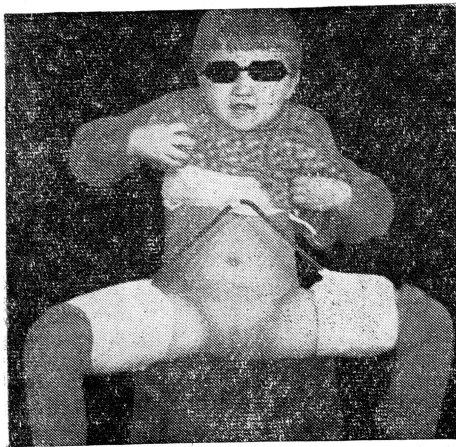


Рис. 1.

Проволочная дуга за середину удерживается у туловища матерчатым язычком, подшитым к лифчику и застегивающимся на пуговицу (рис. 1).

Как показал наш опыт, такая повязка надежно удерживает бедро в нужном положении на необходимый срок (6—8 месяцев).

Возможность ранних ротационных движений при этой повязке благоприятно сказывается на формировании сустава. Ребенок может садиться, передвигаться по комнате на стуле-каталке. Ни у одного из 10 детей мы не наблюдали отводящих кон-

трактур после снятия этой повязки. Отведение бедер легко устраняется в течение 12—14 дней при ежедневном купании детей в ванне.

Преимущества повязки заключаются в легкости, простоте и возможности изготовления шины в любой районной больнице. Повязка не мешает купанию ребенка (следует только обернуть гипсовые муфты клеенкой). Благодаря тому, что область тазобедренных суставов остается открытой, облегчается рентгенологический контроль.

Рекомендуем нашу повязку для практического применения.

УДК 616—089.843—611.74

К ТЕХНИКЕ ПЕРЕСАДКИ СУХОЖИЛИЙ

Ю. А. Акимов

Хирургическое отделение (зав. — Ю. А. Акимов) 4-й детской клинической больницы г. Ижевска (главврач — П. И. Маслова)

В нашем отделении на протяжении последних 7 лет применяется своеобразная техника проведения сухожилий при пересадках. Проводником для сухожилия служит обычная резиновая трубка, диаметр которой зависит от толщины сухожилия и размера кусочка кости. После подготовки туннеля браншами корнданга захватывают трубку и протягивают ее к подготовленному для пересадки сухожилию. Кусочек кости с сухожилием вводят в просвет трубки при помощи носового расширителя и фиксируют

прочной шелковой нитью. Затем трубку извлекают по туннелю в обратном направлении, а вместе с ней и сухожилие к предполагаемому месту фиксации (рис. 1). Резиновую трубку удаляют, выведенное сухожилие укрепляют в подготовленном ложе.

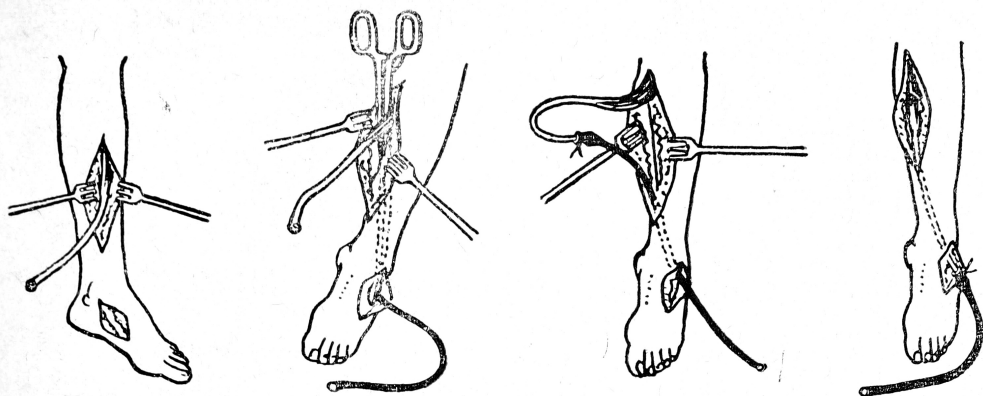


Рис. 1.

Данная методика проведения сухожилий с успехом применена нами 32 раза (28 операций по поводу паралитической косолапости и 4 при паралитической конской стопе). У 30 больных произведена пересадка сухожилия задней большеберцовой мышцы, у 2 больных — задней порции ахиллова сухожилия (по С. И. Ворончихину, 1960).

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ

УДК 616—003.978—611.67

КОЛЬПОЭЛОНГАТОР — ПРИБОР ДЛЯ БЕСКРОВОНОГО КОЛЬПОПОЭЗА

Б. Ф. Шерстнев

Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества
Минздрава РСФСР

Предложенный нами метод бескровного кольпопоэза при аплазии и атрезии вагины (Б. Ф. Шерстнев, 1967) заключается в постепенном (в течение 20—25 дней) растяжении кожи преддверия влагалища с помощью специального прибора — кольпоэлонгатора нашей конструкции.

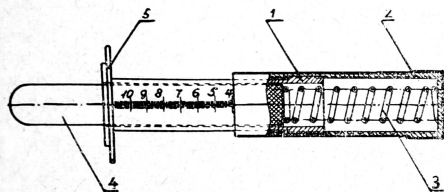


Рис. 1.

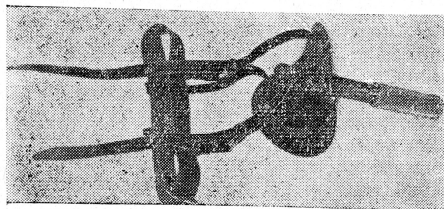


Рис. 2. Общий вид кольпоэлонгатора.

На рис. 1 изображен кольпоэлонгатор в разрезе. Внутри полого цилиндрического корпуса 1 заключен резиновый цилиндрический стержень 4. На конце корпуса 1 имеется наружная резьба для навинчивания стакана 2 со спиральной стальной пружиной 3. Дно стакана давит на пружину, а последняя — на цилиндрический стержень. Чтобы зафиксировать полый цилиндрический корпус и придать ему нужное направление, к его бортику прикреплена пластина из органического стекла 5, к которой крепится ремненное приспособление для фиксации к телу. Устройство крепится с помощью ремней к поясу пациентки и фиксируется на наружных половых органах в необходи-