

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.

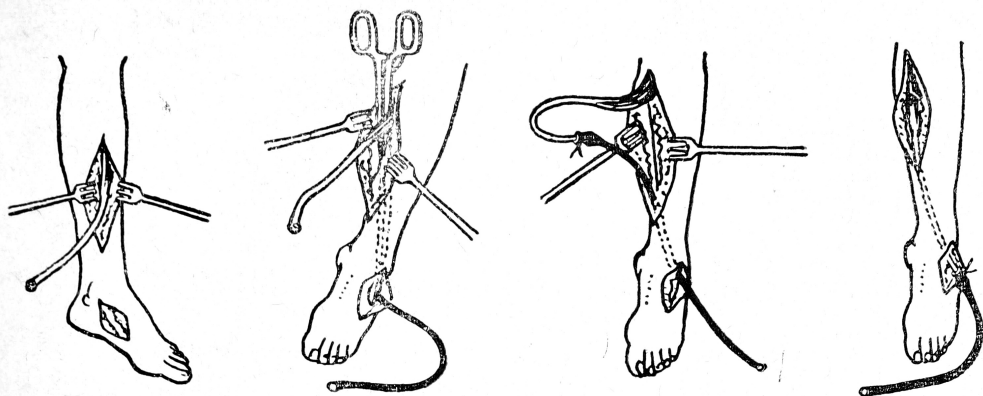


Рис. 1.

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.

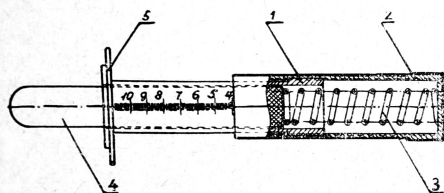


Рис. 1.

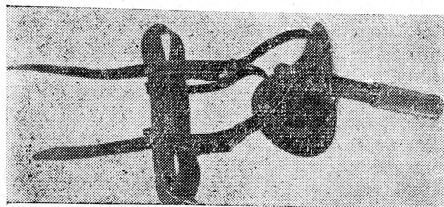


Рис. 2. Общий вид кольпоэлонгатора.

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-

мом направлении (рис. 2). При накручивании стакана 2 цилиндрический резиновый стержень 4, предварительно продезинфицированный спиртом и смазанный вазелиновым маслом, оказывает давление на кожу преддверия влагалища. Силу давления регистрируют по шкале корпуса 1 и регулируют в зависимости от самочувствия больной. Каких-либо осложнений в результате кольпопоза описанным методом мы не наблюдали.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шерстнев Б. Ф. Акуш. и гинек., 1967, 11.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.441—006.5—616—084

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТИВОЗОБНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Ю. К. Разумовский

Лениногорск, ТАССР

Для определения эффективности противозобных мероприятий нами изучено 738 щитовидных желез; 434 железы взяты при секциях и 304 — у оперированных больных. Исследования производились в 1958—1960 и в 1964—1965 гг. (до и после проведения противозобных мероприятий). В I период исследовано 429 желез, в том числе 68 детских; во II — соответственно 309 и 77.

До проведения противозобных мероприятий распространенность эндемического зоба составляла у детей 45,3% и у взрослых — 44,1% при почти одинаковой частоте у обоих полов (отношение М:Ж=1:1,09 и М:Д=1:1,25). Согласно коэффициентам В. В. Милославского (1959), О. В. Николаева (1955), это свидетельствовало об эндемии значительной силы.

Средний вес железы у новорожденных был $2,8 \pm 0,25$, у взрослых $39,77 \pm 1,46$; отношение распространенности у взрослых легких форм зоба к тяжелым было равно 6:1, тяжелых форм зоба у мужчин и у женщин — 1,6; узловых зобов к диффузным — менее единицы. Преобладали множественно-узловые зобы в сочетании с небольшим диаметром узлов. Относительно небольшой вес зобов, наличие паренхиматозных и комбинированных зобов, значительное количество крупно- и кистознофолликулярных коллоидных зобов, дистрофических изменений тиреоидного эпителия, вторичных изменений стромы и сосудов и т. д. позволяли считать эндемию нашей местности сильной по частоте и распространенности и выше средней по тяжести.

За время проведения противозобных мероприятий произошли существенные морфологические изменения в железах, определяемые макро- и микроскопически.

За истекший период в эндемическом очаге юго-восточной части ТАССР средний вес железы по секционному материалу снизился у новорожденных с $2,8 \pm 0,25$ до $1,98 \pm 0,13$ г ($T=3,93$) и у взрослых с $39,7 \pm 1,46$ до $33,30 \pm 1,16$ г ($T=3,49$), а по операционному — с 49,70 до 38,50 г.

Возрастная кривая среднего веса железы является лучшим биологическим мерилем ее состояния и деятельности (Г. И. Арндт, 1931), и по ней в известной степени можно судить о физиологических сдвигах в различных возрастных периодах. В настоящее время в нашей местности ее уровень снизился, за исключением возраста старше 60 лет, но он все же выше, чем в свободной от зоба местности. Подъемы стали ниже, темп роста замедляется, особенно у мужчин.

Отмечавшееся ранее преобладание роста железы в длину в возрасте до года, в ширину и толщину от года до 3 лет после противозобных мероприятий заметно уменьшилось, то есть рост желез стал более равномерным. То же наблюдается и в других возрастных группах. Уменьшились минимальные и максимальные (крайние) размеры железы в длину, ширину и высоту. Обнаруженные изменения более выражены у детей и у мужчин. У женщин преобладание роста железы в длину, особенно правой доли, сохраняется. Таким образом, проводимые мероприятия способствуют уменьшению веса и размеров железы и зобов.

К 1964—1965 гг. в нашей местности уменьшился средний вес диффузных зобов с 50,0 до 47,4 г, а узловых с 65,4 до 44,0 г, что привело к уменьшению количества зобов III—V ст. Максимальный вес диффузных зобов снизился с 236,0 до 115,0 г, узловых с 398,0 до 236,0 г. Количество зобов на секционном материале снизилось у взрослых с