

полость и прикрывали сальником. В ряде случаев сальник подшивали к месту анастомоза для большей герметичности и прочности шва. В брюшную полость вводили 500 000 МЕ бензилпенициллина и 1 000 000 МЕ стрептомицина, после чего ее зашивали наглухо, а место кожных швов смазывали клеем БФ-6.

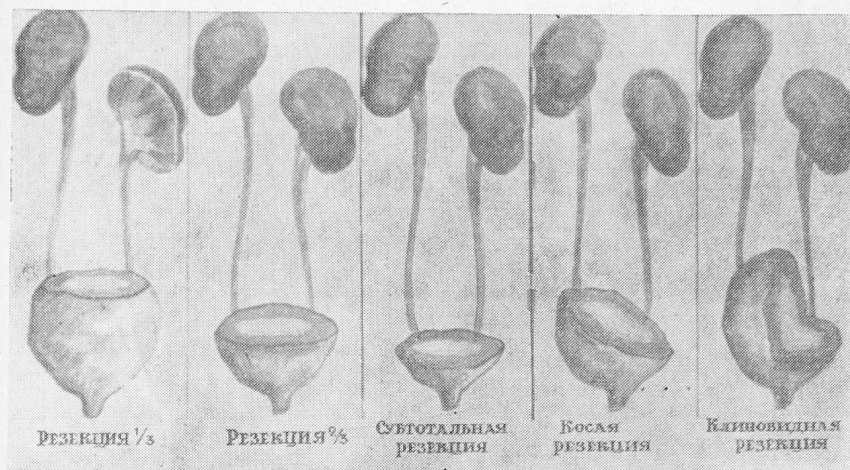


Рис. 2. Варианты резекций мочевого пузыря.

После операции у всех собак наблюдалась пиурия и микрогематурия, которая исчезала через 10—15 дней. Остаточный азот и хлориды крови были в норме. При экскреторной уроцистогрфии, проводившейся в разные сроки после операции, констатирована нормальная функция почек и отсутствие расширения полостной системы почек и мочеточников. Емкость мочевого пузыря у оперированных животных была достаточной, она увеличивалась за счет растяжения оставшейся части мочевого пузыря и трансплантата. Экспериментальных животных забивали в разные сроки после операции — от 1 недели до 12 месяцев. На секции мочевой пузырь был такой же формы и величины, как у неоперированных животных. Исследование макропрепаратов пузыря у забитых животных показало, что кишечный трансплантат, как правило, хорошо приживается к мочевому пузырю заметным соединительнотканным рубчиком, а со стороны слизистой — нежным истонченным эпителиальным слоем. При гистологическом исследовании установлена полная регенерация слизистой мочевого пузыря в области трансплантата у всех оперированных животных. Гистологическому исследованию подвергался рубец между мочевым пузырем и трансплантатом. Нервные элементы выявлялись методом Бильшовского — Грос, Кампоса и Рассказовой. В течение месяца после операции отмечена обильная васкуляризация тканей рубца. Сначала возникают капилляры, а в последующем формируются артериолы, венулы и вены. Нервные элементы рубца на данных сроках представлены большим количеством тонких безмякотных волокон, которые образуют многочисленные переплетения. На более поздних сроках после операции увеличивается количество мякотных нервных волокон в рубце. Наряду с нервными волокнами в тканях рубца на втором месяце и позднее после операции удается найти и нервные клетки.

Таким образом, при обширных дефектах мочевого пузыря колоцистопластика демукцированным отрезком может явиться надежным способом их закрытия. Регенерация слизистой мочевого пузыря и нервно-сосудистого аппарата происходит в довольно короткие сроки. После операции резорбция электролитов мочи мышечной стенкой демукцированного трансплантата мала и не приводит к развитию гиперхлоремии и азотемии.

УДК 616.71—018.46—002—616.716.1—616.716.4

Канд. мед. наук Ф. С. Хамитов (Казань). Хронические остеомиелиты челюстей по материалам клиники

Мы проанализировали материалы исследования 256 больных хроническими остеомиелитами челюстей, у 16 из которых были радиоостеомиелиты. Наряду с хроническими одонтогенными остеомиелитами челюстей встречаются и остеомиелиты челюстей, которые обусловлены применением лучистой энергии для лечения опухолей челюстно-лицевой области. Такие поражения челюстей именуются как лучевые остеомиелиты или радиоостеомиелиты. Клиническое течение хронических одонтогенных остеомиелитов

тов и радиоостеомиелитов челюстей обычно характеризуется частыми обострениями и вызывает целый ряд трудностей в их радикальном лечении.

Характеристика больных по возрасту, полу и локализации процесса представлена в табл. 1.

Таблица 1

Локализация	Пол	Возраст					Всего
		до 14 лет	15—20	21—30	31—40	41—60	
Нижняя челюсть	мужчины	29	19	25	26	58	153
	женщины	10	14	9	6	6	45
Верхняя челюсть	мужчины.	6	3	5	10	12	36
	женщины.	6	1	2	2	7	18
Всего . . .		51	37	41	44	83	256

Своевременно проведенное хирургическое лечение имеет важное значение для благоприятного исхода хронического остеомиелита челюсти. Сроки оперативных вмешательств при хронических остеомиелитах челюстей в практике стоматолога часто не могут быть точно установлены. Нередко больные, в зависимости от характера процесса, сроков поступления в клинику, довольно длительно находятся в стационаре (табл. 2).

Таблица 2

Среднее количество койко-дней пребывания в стационаре больных хроническим остеомиелитом челюсти

Локализация	Возраст					В среднем
	до 14 лет	15—20	21—30	31—40	41—60	
Нижняя челюсть . . .	14,2	27,3	20,3	20,5	20,8	20,6
Верхняя челюсть . . .	16,9	8,5	13,0	17,08	15,6	14,2

Длительное течение хронических остеомиелитов челюстей, а также трудности в определении оптимальных сроков операции секвестрэктомии побудили нас использовать ганглиоблокирующие средства, которые могли способствовать отграничению патологического очага в кости челюсти. Применение гексония позволило достичь хорошей секвестрации при вяло протекающем хроническом остеомиелите челюсти.

Мы склонны считать, что направленное вмешательство в процессы нервной регуляции жизнедеятельности организма путем назначения гексония является одним из эффективных способов лечения хронических остеомиелитов челюстей.

УДК 617.7—073

Канд. мед. наук Т. В. Зубарева (Москва). О сравнительной оценке калибровочных таблиц для тонометра Маклакова

В последние годы в нашей стране и за рубежом различными авторами был предложен ряд таблиц для тонометра Маклакова. Перед нами стояла задача оценить точность предложенных таблиц и выбрать одну из них для применения в практике. Был использован опытный образец модифицированного тонометра Гольдмана, разработанный ВНИИМП и институтом им. Гельмгольца (1964).

Помимо таблиц С. С. Головина, уточненных впоследствии С. Ф. Кальфа (1935), в нашей стране имеются также таблицы М. Б. Вургафта, А. П. Нестерова, А. А. Авыдковича. Практически используют номограмму Б. Л. Поляка.