

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.

Для выяснения интересующего нас вопроса было исследовано 64 глаза у 33 здоровых лиц.

Внутриглазное давление мы измеряли модифицированным тонометром Гольдмана, затем тонометром Маклакова весом 5,0. После точного измерения диаметра сплющивания находили по нему значение офтальмотонуса по номограмме Б. Л. Поляка и калибровочным таблицам А. П. Нестерова, М. Б. Вургафта и А. А. Авдыковича. Для определения истинного ВГД мы пользовались таблицей А. П. Нестерова. В калибровочной таблице А. А. Авдыковича, как известно, приведены два значения ВГД для каждого диаметра кружка сплющивания. Мы принимали в расчет наименьшее значение.

Каждое из указанных значений по таблицам сравнивали с данными, полученными при тонометрии по Гольдману. Результаты обработаны статистически.

В табл. 1 приведены крайние варианты ВГД у лиц исследуемой группы и средние значения офтальмотонуса.

Таблица 1

Авторы	Диапазон колебаний ВГД	М
Гольдман	13,0 — 20,0	$M_1 = 17,7$
А. П. Нестеров	13,7 — 20,6	$M_2 = 18,5$
М. Б. Вургафт	15,1 — 23,9	$M_3 = 18,6$
А. А. Авдыкович	14,9 — 24,7	$M_4 = 19,1$
С. С. Головин, С. Ф. Кальфа, Б. Л. Поляк	15,0 — 21,0	$M_5 = 18,4$

Следует отметить, что при тонометрии по Гольдману исследуемый находится в вертикальном положении, а по Маклакову — в горизонтальном, с учетом чего понятна небольшая разница в величине среднего уровня ВГД.

В табл. 2 представлены данные о средней разности между ВГД, найденным по указанным калибровочным таблицам, и ВГД, полученным при тонометрии по Гольдману, а также коэффициенты достоверности разности (t).

Таблица 2

Разность средних величин ВГД по авторам		t
$M_2 - M_1$	$0,8 \pm 0,15$	5
$M_3 - M_1$	$0,9 \pm 0,18$	5
$M_4 - M_1$	$1,4 \pm 0,2$	7
$M_5 - M_1$	$0,7 \pm 0,13$	5

Как видно из таблицы, разность между средними величинами ВГД, найденными с помощью указанных таблиц, и ВГД, определенным тонометром Гольдмана, оказалась статистически достоверной и практически одинаковой для таблиц А. П. Нестерова, М. Б. Вургафта, Головина — Поляка.

При определении ВГД по калибровочным таблицам А. А. Авдыковича отклонения от результатов тонометрии по Гольдману более значительны.

Приведенные выше данные указывают на необходимость дальнейшей работы по уточнению калибровочных таблиц для эластотонметра Филатова — Кальфа.

УДК 616.681—616—005.98—616—098

Канд. мед. наук Л. И. Никошин (Казань). К технике операции при двусторонней водянке яичек

В имеющихся пособиях по оперативной хирургии приводятся доступы, рассчитанные на вмешательство при заболеваниях только с одной стороны, описания способов одномоментной операции при двусторонних заболеваниях отсутствуют. Л. А. Гинзбург в подобных случаях предлагает поперечный разрез на передней поверхности у корня мошонки (Вестн. хир., 1959, 4).

При двусторонней водянке яичек мы производим операцию одномоментно из одного разреза следующим образом.