

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.

Под местной анестезией методом ползучего инфильтрата по А. В. Вишневскому 0,25% раствором новокаина обычным продольным разрезом на передней поверхности мошонки ближе к ее корню и ко шву на одной из сторон (при разнице величин водянки — на стороне большего скопления жидкости) послойно обнажаем яичко и извлекаем в рану. Иногда предварительно (перед извлечением яичка в рану) пункцией выпускаем жидкость и в рану выводим уменьшенное в объеме яичко.

После операции на яичке через операционную рану рассекаем перегородку мошонки на протяжении 4—5 см. При большой водянке второго яичка через образованную в перегородке рану можно произвести пункцию и выпустить жидкость, тогда уменьшенное в объеме яичко легче выводится в рану; этому способствует также и эластичность тканей мошонки. После операции помещаем яички на место. Ушиваем редкими швами рану перегородки и послойно зашиваем операционную рану.

Описанную методику операции мы применили с хорошими ближайшими и отдаленными результатами (свыше 14 лет наблюдения) у 4 больных различного возраста и с разной давностью заболевания.

УДК 616.366—006

Л. В. Харин, Р. Г. Бадыков (Уфа). Первичный рак желчного пузыря

Первичный рак желчного пузыря — заболевание довольно редкое. Прижизненная диагностика крайне трудна. Согласно нашим данным за 16 лет рак желчного пузыря был обнаружен у 6 (0,03%) из 20 087 онкологических больных. Больные (5 женщин и 1 мужчина) были в возрасте 50—54 лет. До оперативного вмешательства правильный диагноз был поставлен лишь у 1 больной. 2 наши больные экзистировали вскоре после операции, одна прожила после операции 1 год 3 месяца.

УДК 616.65—616.151.5

И. И. Азрапкин (Саранск). О гемокоагулирующих факторах предстательной железы

Мы исследовали 24 предстательные железы, взятые у трупов, и 14 аденом простаты, удаленных при операции. Экстракты готовили из расчета 1 г на 9 мл физиологического раствора. Их гемокоагулирующие свойства изучали общепринятыми методами.

Экстракты трупных простат повышают степень тромботеста, укорачивают время рекальцификации и увеличивают потребление протромбина бестромбоцитной плазмы до разведения в 10 000 раз ($P < 0,001$). Наряду с этим они на 90,6% ($P < 0,001$) повышают толерантность плазмы к гепарину. Такое действие экстрактов связано главным образом с тромбопластическими факторами предстательной железы.

Экстракты влияют и на вторую фазу свертывания. Они на 12% ($P < 0,01$) сокращают протромбиновое время обычной плазмы, но на 49% ($P < 0,01$) удлиняют его в безакцелериновой плазме. Экстракты простаты удлиняют тромбиновое время плазмы (с 37,5 до 87,8 сек.; $P < 0,001$) и 1% раствора фибриногена (с 27,3 до 34,1 сек.; $P < 0,001$). После внесения в реагирующую смесь толуидинового синего (ингибитор гепарина) тромбиновое время укорачивается с 87,8 до 55 сек., что указывает на наличие в простате кроме гепарина антикоагулянтов и иного характера. Одновременно экстракты простаты задерживают растворение сгустка мочевиной на 27,3% по сравнению с контролем. Этот факт свидетельствует о присутствии в простате фермента, подобного плазменному фибринстабилизирующему фактору.

Фибринолитические свойства экстрактов изучали зуглобулиновым методом. Результаты опытов показали, что в ткани простаты наряду с активаторами содержатся и ингибиторы фибринолиза.

Ткань аденомы простаты содержит более мощные тромбопластические вещества, чем экстракты простаты. Их активность сохраняется даже при разведении в 50 000 раз ($P < 0,001$). Однако фибринолитическая активность экстрактов аденоматозных узлов ниже, чем простаты. Последние ускоряют лизис сгустка в 1; 2 и 3-й серии опытов соответственно на 63; 55 и 34% по сравнению с контролем. Гемокоагулирующие субстанции изученных тканей более устойчивы к разведению, чем фибринолитические. Причем тромбопластическая активность аденомы выше, а фибринолитическая ниже, чем в ткани неизменной простаты.

УДК 616.981.51—618.4

А. И. Хомяков (Рязанская область). Рождение здорового ребенка у больной сибирской язвой

Заболевание сибирской язвой человека — явление сравнительно редкое. Еще труднее встретить сибирскую язву у женщины в момент рождения ребенка.