

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. Бадиков (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.

И. С. Безденежных и Л. Н. Девятова (1963) считают, что в весьма редких случаях возможно внутриутробное заражение сибирской язвой. Однако в доступной литературе мы не нашли подобных сообщений.

Мы наблюдали рождение здорового ребенка от женщины, больной сибирской язвой.

Р., 38 лет, домохозяйка, поступила в больницу 23/X 1959 г. с жалобами на недомогание, слабость, головную боль. Заболела 21/X. Заболевание началось с появления на указательном пальце левой руки красного пятнышка, которое увеличивалось в размерах, зудело, было приподнято над уровнем кожи; окраска его изменялась до медно-красного цвета с багровым отливом. Диагноз: сибирская язва указательного пальца левой кисти (кожная форма) средней тяжести.

Температура 37,5°, пульс 78, ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД 120/75. Границы сердца в норме, тоны приглушены. Лимфатические железы в левой подмышечной области увеличены, болезненны при пальпации.

На тыле указательного пальца левой руки пустула 0,5×0,3 см с багрово-фиолетовым содержимым. В дальнейшем на месте пустулы образовался западающий ниже поверхности кожи струп. От области центрального некроза развился отек мягких тканей левой кисти. В области отека и в центре пораженного участка на месте струпа нет болевой чувствительности. Кожа в области отека напряжена, лоснится. Вокруг черного некротического струпа узкая желтовато-гнойная каемка, на периферии — багровый вал.

Беременность около 9 месяцев. Положение плода продольное, предлежащая часть — головка. Сердцебиение плода ясное, слева.

Больной вводили противосибирезную сыворотку по 50 мл 2 раза в день (400 мл), пенициллин, биомидин, сердечные средства, поливитамины, внутривенно глюкозу. Местно — повязка с синтомициновой мазью, обкалывание в зоне поражения (300 000 ЕД пенициллина на 0,5% растворе новокаина).

17/X 1959 г. в личном хозяйстве была вынужденно убита корова. Разделкой туши занимались больная и ее муж. Муж заболел 19/X и скончался 24/X.

Из органов животного, а также содержимого язв больных была выделена сибирезная культура.

6/XI (на 17-й день болезни) у Р. родился здоровый доношенный мальчик. От матери его не изолировали. Питался он грудью. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые.

Мать и ребенок выписаны 20/XI в удовлетворительном состоянии.

Внутрикожная проба с антраксом у матери через 4; 7 и 9 лет после заболевания положительная (гиперемия с инфильтратом от 16 до 25 мм в диаметре), у ребенка в эти же сроки — отрицательная.

УДК 616—006.314.03

Канд. мед. наук Ю. А. Акимов, В. А. Бушмелев (Ижевск). Огромная лимфангиома шеи у новорожденного

В., 20 дней, поступила 30/I 1967 г. с врожденной прогрессивно увеличивающейся опухолью в правой надключичной области. Общее состояние ребенка средней тяжести. Вес — 6 кг. Инспираторная одышка. Число дыханий — 22 в мин. Другой патологии со стороны органов грудной клетки и брюшной полости не обнаружено.

Справа в подключичной области — опухоль 15×18×16 см. Кожа над ней синюшного цвета с многочисленной сетью расширенных и извитых кровеносных сосудов. Мягкие участки опухоли чередуются с туго-эластичными. Опухоль спаяна с подлежащими тканями, малоподвижна, безболезненна.

2/II 1967 г. под интубационным наркозом с капельным переливанием жидкостей (кровь — 100 мл, 5% раствор глюкозы — 200 мл и раствор Рингера — 100 мл) произведено удаление опухоли (В. А. Бушмелев). Для уменьшения кровопотери и облегчения выделения опухоли применена гидравлическая препаровка тканей 0,25% раствором новокаина 200 мл с 0,3 мл раствора адреналина 1:1000. Основание опухоли прилежало к ветвям плечевого нервного сплетения и правой подключичной артерии. Частично пересечены, но в последующем ушиты трапецевидная, лопаточно-подъязычная и переднелестничная мышцы. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей без повреждения крупных сосудов и нервов. Рана ушита с двумя резиновыми выпускниками, которые удалены через 2 дня.

Опухоль (вес — 550 г) состоит из множества кистозных полостей различных размеров, заполненных прозрачной белковой жидкостью желтоватого цвета или кровью. Стенки кист построены из рыхлой соединительной ткани с включением лимфатических узелков и крупных эозинофильных клеток. Стенки полостей выстланы эндотелиальными клетками. Гистологический диагноз: кистозная лимфангиома с включениями эозинофильных клеток.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8-е сутки. Девочка выписана на 20-й день в хорошем состоянии.

Смотрена через 3 года. Справа на шее — линейный белесоватый рубец, не спаянный с подлежащими тканями, безболезненный. Признаков рецидива опухоли не обнаружено. Движения головой не ограничены.