

оказались чувствительными к карбогену, — на 40%. Поле зрения расширялось на 72°, или на 16% к исходной величине.

Многие больные, получавшие курс лечения карбогеном, отмечали улучшение общего состояния, повышение работоспособности, исчезновение головных болей. Приведенные данные свидетельствуют о целесообразности использования карбогена в комплексном лечении тех заболеваний сетчатки и зрительного нерва, которые сопровождаются ухудшением их питания и кровоснабжения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кедров А. А., Науменко А. И. Вопросы физиологии внутричерепного кровообращения с клиническим их освещением. Медгиз, Л., 1954.— 2. Олисов В. С., Митрофанов В. В. В кн.: Вопросы клинической оториноларингологии. Сб. трудов. Оренбург, 1969.— 3. Bill A. Acta Soc. Med. Upsal., 1962, 123—124.— 4. Friedman E., Chandra R. Arch. Ophthalm., 1972, 87, 70—71.— 5. Fryser R., Hickman J. Invest. Ophthalm., 1964, 3, 427—431.— 6. Kety S., Schmidt C. J. Clin. Invest., 1948, 27, 424—492.

Поступила 24 января 1973 г.

УДК 616.716.1:616.5—001.27

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВИСОЧНО-ЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ПРИНУЖДЕННОЙ ПРОГЕНИИ

Доц. Г. Г. Насибуллин, канд. мед. наук С. А. Дубивко

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — доц. Л. М. Демнер) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и кафедра рентгенологии (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Лечение аномалий прикуса и зубное протезирование связаны с воздействием на височно-челюстной сустав, и поэтому важно знать его исходное состояние.

Нами рентгенологически исследованы височно-челюстные суставы у 45 больных с принужденной прогенией, у которых изучены 145 снимков в положении центральной окклюзии, при ретрузии нижней челюсти, а также после лечения этой аномалии, и у 75 с ортогнатическим интактным прикусом (контрольная группа). Для получения идентичных рентгенограмм пользовались краниостомом собственной конструкции. На идентичных рентгенограммах изучали положение суставных головок по отношению к другим элементам сустава (топографию), измеряли суставную щель в переднем, верхнем и заднем отделах. Цифровые данные обработаны статистически методом Фишера.

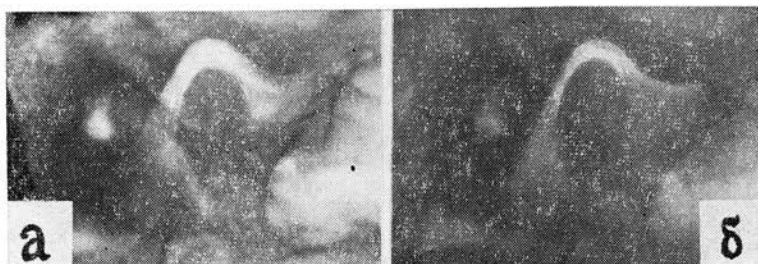
Изучение топографии суставных головок выявило в обеих группах три вида расположения суставных головок — переднее, центральное и заднее. При принужденной прогении передняя топография отмечена у 60,3%, при ортогнатическом прикусе — у 39,1% ($P < 0,01$). Центральное положение головок при принужденной прогении было у 26,9% обследованных, а в контрольной группе — у 53,1% ($P < 0,001$). Задняя топография в обеих группах встречается редко — при принужденной прогении у 12,8% и в контрольной группе — у 7,8% ($P > 0,05$).

При сравнительном изучении величины суставной щели мы установили, что в переднем ее отделе в обеих группах чаще встречаются размеры 1,25—2 мм: у 56,4% лиц с принужденной прогенией и у 60,9% в контрольной группе ($P > 0,05$). Размеры от 0 до 1 мм при принужденной прогении регистрировались несколько чаще (у 21,8%), чем в контрольной группе (у 19,5%), но разница не достоверна. В верхнем отделе у людей с принужденной прогенией суставная щель более узкая, чем в контрольной группе — размеры от 0 до 2 мм были у 38,4%, а в контрольной группе — у 20,3% ($P < 0,01$). В заднем отделе у лиц с принужденной прогенией наблюдается расширение суставной щели: размеры 1,25—2 мм констатированы у 38,5%, а в контрольной группе — у 46,1% ($P > 0,05$). При принужденной прогении несколько преобладают размеры 2,25—3 мм (у 39,7 и 35,9%) и 3,25—5 мм (у 15,4 и 13,3%, $P > 0,05$), что говорит о незначительном расширении суставной щели в заднем отделе.

Таким образом, у лиц с принужденной прогенией мы выявили сравнительно узкую суставную щель в переднем и верхнем отделе и расширение ее в заднем отделе.

Изучение височно-челюстного сустава у людей с принужденной прогенией в положении ретрузии нижней челюсти при краевом смыкании резцов показало, что в перед-

нем отделе суставной щели у 11 чел. из 36 было сужение, у 13 — расширение, а у 12 изменений не найдено. В верхнем отделе у 19 чел. было сужение, у 5 — расширение ($P < 0,001$), у 12 изменений не обнаружено. В заднем отделе преобладало сужение (у 26 чел.), расширение было у 3 ($P < 0,001$), у 7 изменений не было. Таким образом, при ретрузии нижней челюсти происходит несущественное расширение суставной щели в переднем отделе и заметное сужение в верхнем и заднем отделах (см. рис.),



Рентгенограммы височно-челюстного сустава человека с принужденной прогией, полученные при помощи краниостата:

а — положение суставной головки при центральной окклюзии. Суставная щель во всех отделах более или менее равномерной ширины — центральная топография суставной головки; б — тот же сустав при ретрузии нижней челюсти с установлением резцов в краевом смыкании. Суставная головка сместилась назад и вверх, суставная щель сузилась, особенно в заднем отделе.

что объясняется погружением и дистальным сдвигом суставных головок и свидетельствует о наличии смещения нижней челюсти при принужденной прогии. Эти изменения в ширине суставной щели составляют в среднем от 0,5 до 1,5 мм.

После лечения принужденной прогии был проведен анализ 25 снимков, и результаты оказались идентичными данным, получаемым при ретрузии нижней челюсти.

Наши исследования показали, что у лиц с принужденной прогией в зависимости от характера смыкания зубов имеется различие в положении суставных головок. В привычном смыкании челюстей преобладает передняя топография суставных головок, причем наблюдается сужение суставной щели в переднем и верхнем отделах и расширение в заднем отделе.

При ретрузии нижней челюсти и после лечения принужденной прогии происходит смещение суставных головок назад и вверх. Эти изменения в пределах суставной ямки невелики, они не превышают 0,5 — 1,5 мм.

У людей с принужденной прогией в привычном смыкании челюстей суставные головки расположены в суставных ямках, выдвинутое положение их на вершине суставных бугорков не наблюдается.

Признаки принужденной прогии также отмечаются у людей с истинной прогией, что указывает на смещение нижней челюсти. Вероятно, это является осложнением и зависит от образования наклонной плоскости на молочных клыках. Наряду с этим не исключено ретрудирование нижней челюсти в результате постоянного стремления сдвигать нижнюю челюсть назад для устранения косметического недостатка.

Эти вопросы сложны и спорны, и требуется дальнейшее всестороннее изучение принужденной прогии.

Поступила 3 июля 1973 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.127—005.8

Проф. А. М. Токарева, Н. П. Карханин (Куйбышев-обл.). Динамика фаз систолы левого и правого желудочков сердца у больных инфарктом миокарда

Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют, что при некрозе миокарда нарушается сократительная функция не только левого, но и правого желудочка. Это побудило нас изучить в динамике сократительную функцию левого и правого желудочков у больных инфарктом миокарда, а также определить влияние очага некроза на сократимость правого желудочка и сроки ее восстановления.

Обследовано 59 больных инфарктом миокарда (возраст — от 31 до 77 лет). Мелкоочаговый инфаркт миокарда был диагностирован у 39, крупноочаговый — у 20 чел. Анализ фаз систолы левого желудочка сердца мы проводили по методике Блюмбергера в модификации В. Л. Карпмана, анализ реограмм легкого — по мето-