

на месте эрозии. Через 24 ч на месте постановки пробы была обнаружена резкая гиперемия размером с 3-копеечную монету, с очагом некроза в центре.

После снятия золотой коронки больному назначены полоскания раствором фурацилина (1:5000) и аппликации 5% метилурациловой мази. Через неделю эрозия полностью эпителизовалась. На этот зуб больному была изготовлена пластмассовая коронка.

Данное наблюдение подтверждает вероятность контактной реакции слизистой оболочки полости рта на золото.

УДК 617.713—004.1—073.178

Я. М. Вургафт (Казань). Влияние помутнений и бельм роговицы на показания тонометрии

В литературе нет единого мнения о том, каким способом наиболее рационально измерять внутриглазное давление (ВГД) при бельмах. Мы поставили перед собой цель выяснить в клинических условиях влияние на данные аппланационной тонометрии размеров, интенсивности и расположения помутнений роговицы и с учетом полученных сведений разработать наиболее рациональный способ оценки тонометрических показаний при бельмах.

Исследование было проведено на 91 глазу больных с различной степенью и протяженностью помутнений роговицы (табл. 1).

К неинтенсивным отнесены помутнения, сквозь которые просматриваются радужка и зрачок, а к интенсивным — бельма, сквозь которые радужка и глубже лежащие отделы глаза не видны. К частичным помутнениям и бельмам мы отнесли такие, площадь которых не превышала $\frac{1}{3}$ поверхности роговицы, к субтотальным и тотальным — занимавшие соответственно около $\frac{2}{3}$ и более $\frac{2}{3}$ поверхности роговой оболочки. Контрольную группу составили 57 парных глаз, где тонометрию производили как в центре роговицы, так и на ее периферии при взгляде больного кверху, книзу, вправо и влево. При неинтенсивных помутнениях роговицы любой локализации и протяженности осуществляли тонометрию 10 г тонометром Маклакова и в части случаев — эластотометрию по Филатову—Кальфа.

При правильных тонометрических отпечатках диаметры измеряли с помощью линейки А. П. Нестерова. В части случаев при сочетании помутнений роговицы с астигматизмом, когда кружок имел овальную форму, измеряли «косой» диаметр кружка, т. е. под углом 45° к наименьшему. Когда тонометрический отпечаток формировался так, что часть его соответствовала зоне бельма, а другая часть — прозрачной зоне роговицы, прямое измерение диаметра отпечатка было невозможно, и диаметр рассчитывали по величине хорды с заданной высотой сегмента для правильного участка окружности отпечатка по формуле:

$$D = \frac{(l/2)^2 + h^2}{h},$$

где D — диаметр отпечатка, l — длина хорды, h — высота сегмента.

Результаты тонометрии при неинтенсивных бельмах и на здоровых глазах

Данные тонометрии, мм			
при неинтенсивных помутнениях роговицы		на здоровых глазах	
в зоне помутнения	вне зоны помутнения	в центре роговицы	на периферии роговицы
6,2 (от 5,1 до 7,3)	6,12 (от 5,3 до 7,2)	6,6 (от 6,5 до 7,5)	6,6 (от 6,4 до 7,1)

При тонометрии на здоровых глазах существенной разницы в показаниях тонометра в зависимости от места его приложения не было отмечено. При тонометрии глаз с неинтенсивными бельмами различной локализации и протяженности также не

Таблица 1

Помутнения роговицы глаз

Протяженность помутнений и бельм	Выраженность помутнений	
	неинтенсивные	интенсивные
I. Частичные	16	30
II. Субтотальные	20	18
III. Тотальные	7	—

Данные, полученные при тонометрии группы неинтенсивных бельм и парных здоровых глаз, представлены в табл. 2. Указанные средние величины и крайние варианты тонометрии как в зоне бельма, так и в прозрачной части роговицы. Последнее требовало смещения глаза в каком-то направлении, и поэтому для контроля приведены величины, полученные на парных здоровых глазах в 2 позициях (в центре и на периферии).

выявлено большого различия в показаниях тонометра в зоне помутнения и вне этой зоны.

При исследовании 30 глаз с интенсивными частичными бельмами диаметры отпечатков, полученных при тонометрии в зоне бельма, были меньше диаметров отпечатков в прозрачной зоне. Отпечатки, полученные на тех же глазах в прозрачной зоне роговицы 2,5—5,0 г тонометрами, выявили нормальные цифры ВГД на 22 глазах и повышенные на 8.

При субтотальных интенсивных бельмах на 5 из 18 глаз было установлено повышение ВГД в пределах от 4 до 7,2 кПа и на 13 глазах ВГД равнялось 2,4—3,5 кПа.

Итак, при неинтенсивных бельмах роговицы без существенных изменений ее конфигурации данные тонометрии не искажаются, и измерение ВГД может быть произведено по обычной методике. При получении овальных отпечатков в связи с астигматичностью неинтенсивно помутневшей роговицы измерение отпечатка производится по «косому диаметру».

При частичных интенсивных бельмах тонометрия в зоне помутнения дает завышенные показания. Здесь наиболее рационально использование 5 г тонометра, устанавливаемого в прозрачной зоне роговицы.

При субтотальных интенсивных бельмах в одних случаях также может быть применен 2,5 г тонометр, в других предпочтительно применение 10 г тонометра, устанавливаемого в пограничной зоне с последующим определением ВГД по величине хорды правильной части отпечатка.

УДК 616.831—006.484.03

В. И. Данилов, Р. В. Сарымсаков (Казань). Об атипичном течении внутримозговой эпендимоастроцитомы

Внутримозговые опухоли рано вызывают интракраниальную гипертензию, особенно при височной локализации. Однако такое течение заболевания не является правилом. Подтверждением этому служит наше наблюдение.

У Ш., 29 лет, в начале 1973 г. вскоре после общего переохлаждения появились малые эпилептические припадки в форме абсанса, сопровождавшиеся тревожным состоянием и ощущением неприятных запахов. Головная боль не беспокоила. В мае 1973 г. Ш. был обследован в нейрохирургической клинике. Выявлена правосторонняя пирамидная недостаточность, проявляющаяся анизорефлексией. Рентгенограммы черепа и глазное дно без изменений. На профильной левосторонней каротидной ангиограмме определялось смещение средней мозговой артерии кверху.

По поводу объемного процесса в левой височной доле произведена костно-пластическая трепанация черепа. При ревизии мозга опухоль не обнаружена. Костный лоскут уложен на место, осуществлена подвисочная декомпрессия. При гистологическом исследовании ткани, биопсированной из глубоких отделов височной доли, обнаружены пролиферативно измененные клетки. Диагностирован очаговый энцефалит и проведено противовоспалительное лечение.

На протяжении последующих 4 лет Ш. работал инженером в конструкторском бюро. Постоянно принимал антисудорожные препараты. Общее состояние было удовлетворительным. Со служебными обязанностями справлялся полностью. Головная боль не беспокоила. Эпилептические припадки повторялись, но интервалы между ними становились продолжительнее. В течение указанных 4 лет неоднократно повторялись приступы, представляющие совокупность рвотных движений и бурной перистальтики.

В начале января 1977 г. появилась амнезия. На протяжении последующих дней развилась сомноленция. В начале февраля 1977 г. Ш. госпитализирован в нейрохирургическое отделение в состоянии глубокой загруженности с элементами сенсорной и моторной афазии. Жалоб на головную боль не было. АД 16/11 кПа, пульс 80 уд. в 1 мин, число дыханий 16 в 1 мин. Негрубый птоз слева. Зрачки равны. Двусторонний парез отводящих нервов. Правосторонняя пирамидная недостаточность, в дистальных отделах правой руки легкий парез. Диссоциация сухожильных рефлексов по длине туловища. В зоне трепанационного дефекта определяется отчетливая пульсация мозга. На обзорных рентгенограммах черепа признаки интракраниальной гипертензии отсутствуют. Глазное дно не изменено. На ЭЭГ выявлена медленная активность в левом полушарии без четкой очаговости. На левосторонних каротидных ангиограммах: фас—смещение передней мозговой артерии на участке A_2 вправо на 8 мм, рентгенологическая силвиева точка приподнята и дислоцирована латерально; профиль—прогреб передней мозговой артерии не изменен, средняя мозговая артерия напряжена и грубо дислоцирована кверху, особенно на участках M_1 и M_2 .

При явлениях прогрессирующего тензориального вклинения 16/II 1977 г. наступила смерть. Клинический диагноз: левосторонняя внутримозговая опухоль височной доли локализации. На секции выявлена эпендимоастроцитома левой височной доли, прорастающая мозолистое тело и лобные доли. Опухоль занимала весь поперечник височной доли в проекции верхней и частично средней височной извилин и распро-