

зрелого детородного возраста. Новорожденные с хромосомными aberrациями (болезнь Дауна, синдром Эдвардса, синдром Потау) родились у матерей в возрасте старше 35 лет.

Изучение летальности по отделению патологии новорожденных показало, что врожденные пороки развития занимают ведущее место в структуре летальных исходов: 40% они составили за 1984 г. и 42% — за 1985 г. У 53% умерших детей были пороки, несоместимые с жизнью (комбинированные пороки сердечно-сосудистой системы, мозговые грыжи), у половины они сочетались с хромосомными aberrациями или пороками опорно-двигательного аппарата. Летальные исходы чаще встречались у новорожденных мужского пола (у 60%).

УДК 617.7 — 007.681 — 073.178

**Р. А. Шамсутдинова, Н. Х. Хасанова, А. С. Семенова, Ф. Р. Галиаскарова (Казань).
Определение толерантного внутриглазного давления для диагностики и выбора тактики
лечения больных глаукомой**

Нередко в практике наблюдаются случаи, когда у больного ухудшаются зрительные функции (снижение остроты зрения, сужение поля зрения) при казалось бы нормальном внутриглазном давлении. Таким больным обычно назначают суточную и даже почасовую тонометрию для выявления подъемов внутриглазного давления в различное время суток. Но при этих исследованиях не всегда обнаруживается повышение внутриглазного давления выше нормы.

Для выяснения причин распада зрительных функций было решено проверить индивидуально переносимое (толерантное) внутриглазное давление. А. М. Водовозовым (1981) была разработана методика, сущность которой заключается в выявлении интенсивного снижения внутриглазного давления и степени восстановления функций сетчатки. Наибольшее внутриглазное давление, при котором было обнаружено максимальное повышение зрительной функции, автор предложил считать индивидуально переносимым — толерантным.

Эту методику мы использовали с целью дифференциальной диагностики глаукомы, глазной гипертензии и глаукомы с низким давлением (1-я группа больных), а также для выбора тактики лечения больных глаукомой (2-я группа больных). Толерантное давление исследовали на 109 глазах 100 больных (мужчин — 58, женщин — 42). У 21 (28 глаз) была заподозрена глаукома и у 79 (81 глаз) — открытоугольная глаукома. В возрасте 40—50 лет было 6 человек, от 50 до 70 — остальные.

Толерантное давление мы определяли в основном методом кампиметрии (у 63%) и периметрии (у 37%). У 78 больных удалось установить толерантное давление при приеме внутрь глицероаскорбата. В тех случаях, когда глицероаскорбат оказывался недостаточно эффективным, исследование через некоторое время повторяли и больной за полчаса до приема глицероаскорбата получал диакарб. Все исследования внутриглазного давления выполняли аппланационным тонометром Маклакова. Толерантное внутриглазное давление колебалось от 1,99 до 2,93 кПа у 66,7% больных и от 2,93 до 3,32 кПа у 33,3%. Ни у одного из обследованных толерантное давление не превышало 3,32 кПа.

В группе больных с подозрением на глаукому толерантное давление определено у 21 больного (28 глаз). Это были пациенты, у которых обнаружены различные отклонения: внутриглазное давление выше нормы, дефекты поля зрения, изменения на глазном дне в виде вертикально-овальной экскавации диска зрительного нерва, расширение физиологической экскавации больше 0,6 ДР при нормальном внутриглазном давлении.

Данную группу больных по результатам исследований мы разделили на две подгруппы. В 1-й подгруппе повышение внутриглазного давления выше нормы до 3,99 кПа без нарушений зрительных функций и видимых изменений на глазном дне имелося у 10 больных (17 глаз). При определении толерантного внутриглазного давления методом кампиметрии размеры слепого пятна не изменились, внутриглазное давление снизилось незначительно. Поставлен диагноз «симптоматическая гипертензия», и миотики, ранее получаемые больными, были отменены.

Во 2-й подгруппе нормальное внутриглазное давление от 2,26 до 3,59 кПа с изменениями зрительных функций и диска зрительного нерва глаукомного характера было обнаружено у 11 больных (11 глаз). При определении толерантного давления кампиметрическим способом размеры слепого пятна уменьшались до нормы. Толерантное давление колебалось от 1,99 до 2,79 кПа. Среднее тонометрическое давление было равно $2,97 \pm 0,15$ кПа, среднее толерантное давление — $2,27 \pm 0,10$ кПа. Поставлен диагноз «глаукома с низким давлением», и больным данной подгруппы соответственно назначены миотики.

Толерантное давление было проверено также у 79 больных с открытоугольной глаукомой (81 глаз). Несмотря на снижение внутриглазного давления до среднестатистической нормы в результате приема миотиков, зрительные функции у них продолжали падать. У 24 пациентов (26 глаз) была начальная стадия глаукомы, у 36 (36 глаз) — развитая и у 19 (19 глаз) — далеко зашедшая.

Тонометрическое давление у этих больных колебалось от 2,79 до 3,59 кПа, подъемы внутриглазного давления до 4,26—4,39 кПа были единичными. Толерантное давление оказалось ниже этих значений — от 2,26 до 3,59 кПа, средний показатель — $2,78 \pm 0,04$ кПа. Для предупреждения дальнейшего снижения зрительных функций 58 (73,4%) больным было проведено хирургическое лечение. Лишь 21 (26,6%) пациент от оперативного лечения временно воздержался по разным причинам. После операции внутриглазное давление снизилось до толерантного.

Безусловно, большой интерес представляют сравнительные результаты отдаленных наблюдений за оперированными больными и за теми пациентами, которых лечили консервативно.

Таким образом, данные исследования толерантного давления можно использовать для диагностики глаукомы, гипертензии и глаукомы с низким давлением, а также для выбора метода лечения.

УДК 616.724—06:616.857

Г. Г. Насибуллин, С. А. Зизевский (Казань). Головные боли при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

Головная боль в качестве сопутствующего симптома при функциональных заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава, сочетающихся с болями в области сочленения и жевательных мышц, встречается довольно часто. Наши клинические наблюдения также свидетельствуют о сочетании дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с головными болями.

Из 52 больных с функциональными расстройствами сустава (48 женщин и 4 мужчины в возрасте от 16 до 63 лет) у 21 (40,4%) было болезненное открывание рта и частые головные боли различного характера. Как правило, головные боли не имели определенной локализации и обычно беспокоили во второй половине дня. Больные жаловались на пониженную работоспособность, быструю утомляемость, плохое настроение. Появление головной боли совпадало с возникновением болей в жевательных мышцах, а также в области височно-нижнечелюстного сустава. У таких больных прослеживались общие, характерные признаки нарушения движений нижней челюсти (ступенчатые движения со смещением в какую-либо сторону, зигзагообразные, круговые и т. д.). Боль при пальпировании собственно жевательных мышц чувствовали 15 больных, височной мышцы — 6. Нарушения движений нижней челюсти были вызваны асинхронностью работы жевательной мускулатуры, что подтверждалось электромиографическими исследованиями височной и собственно жевательной мышц.

С целью исключения других причин возникновения головных болей больные консультировались у терапевта, невропатолога и ЛОР-специалиста.

На обзорных рентгенограммах височно-нижнечелюстного сустава нами обнаружена различная топография суставных головок в суставных ямках (передняя, центральная и задняя).

Для лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и перестройки мышечных рефлексов жевательной мускулатуры применяли съемную накусочную пластинку, с помощью которой устанавливали нижнюю челюсть в положение передней окклюзии. В этом конструктивном прикусе образующаяся дезокклюзионная щель в области премоляров и моляров замещается пластмассой, зубы верхней челюсти плотно смыкаются с пластинкой, этим предотвращается возможность зубо-альвеолярной перестройки в боковых отделах челюстей. На рентгенограммах височно-нижнечелюстного сустава, полученных в процессе пользования накусочными пластинками, видно, что суставные головки смещены вперед и вниз по скату суставного бугорка. Это означает, что любые движения головок совершаются вне суставных ямок.

Средняя продолжительность лечения составила 6 мес. За это время происходила стойкая функциональная перестройка нейромышечного комплекса. При длительных мышечных болях проводили дополнительное физиотерапевтическое лечение: флюктуирующие токи, токи Бернара, электрофорез новокаина.

Для иллюстрации приводим выписку из истории болезни.

С., 34 лет, обратилась с жалобами на боль в височно-нижнечелюстном суставе справа и щелканье с обеих сторон, затрудненное открывание рта по утрам; на частые головные боли, пониженную работоспособность. Привычная сторона жевания правая. Считает себя больной около 3 лет. Причину возникновения щелканья и болей в суставе указать не может.

Объективно: прикус ортогнатический, интактный. При открывании рта нижняя челюсть смещается зигзагообразно вначале вправо, затем влево. Рот открывается на 48 мм. Пальпация правой собственно жевательной мышцы болезненна. На идентичных рентгенограммах височно-нижнечелюстного сустава структурные изменения костных элементов не обнаружены. Суставные головки занимают центральное положение в ямках. Сочлененные поверхности умеренно закруглены, головки оливообразные.

Диагноз: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. На нижнюю челюсть наложена накусочная пластинка, удерживающая ее в положении передней окклюзии. Рекомендовано пережевывать пищу зубами обеих сторон. Боль в мышцах значительно уменьшилась через неделю пользования накусочной пластинкой. Щелканье в суставе исчезло сразу же после выведения нижней челюсти в положение конструктивного прикуса. Частота головных болей уменьшалась постепенно. Окончательно боли прошли через 3 месяца. Рецидива не возникло даже при снятии накусочной пластинки на непродолжительное время. Для достижения стойкого лечебного результата и профилактики рецидива больная пользовалась пластинкой 6 мес. При обследовании через год симптомы дисфункции височно-нижнечелюстного сустава не обнаружены, головные боли не беспокоят.

У 21 больного с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, сочетающейся с головной болью, отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 2 лет. Головные бо-