

Под нашим наблюдением находилось 8 больных эпилепсией, у которых во время беременности произошло значительное учащение приступов типа *petit mal*. Эти приступы у 3 больных появились с детства, у остальных — с 13 лет и позднее. Припадки до беременности были редкими, а у 4 больных они полностью отсутствовали. Кроме малых приступов, у 2 больных отмечались общие генерализованные припадки. Это дало возможность наблюдать влияние беременности на различные формы припадков у одной и той же больной. Больные относительно легко привыкают к нечастым приступам *petit mal* и специально не лечатся, если у них повторяются только эти приступы.

У всех наших больных отмечено значительное учащение приступов во время беременности, а у некоторых из них появились и общие генерализованные припадки, которые и послужили поводом для обращения к врачу. У больной Ф. приступы типа *petit mal* и генерализованные припадки стали столь частыми, что пришлось сделать кесарское сечение.

Ухудшение течения приступов типа *petit mal* может происходить не только во время первой беременности. Так, у больной Г. во время первых двух беременностей частота *petit mal* возросла резко. Роды были нормальными. Во время третьей беременности значительно увеличилось число приступов, появились сильные головные боли. Беременность из-за частых приступов также пришлось прервать. У двух больных была не одна, а несколько беременностей. Это в большей мере способствовало изменению характера припадков, появлению общих генерализованных припадков. При повторных беременностях изменение характера приступа закрепляется, генерализованные приступы продолжают и после родов.

Еще у одной больной отмечались лишь малые припадки, и всякий раз во время беременности появлялись общие генерализованные приступы. Вне беременности их никогда не было.

С диагностической и терапевтической целями нашим больным субарахноидально вводился воздух. Изучение динамики электроэнцефалограммы в связи с этим показало, что само введение воздуха способствует нормализации биопотенциалов мозга.

У трех больных первое появление приступов типа *petit mal* было связано с менструальным циклом.

На основании этого можно сделать следующие выводы:

1. Беременность отрицательно влияет на течение эпилепсии, приводя к учащению как общих генерализованных припадков, так и приступов типа *petit mal*.
2. Во время беременности возможны изменение характера припадков, появление генерализованных припадков вместо приступов типа *petit mal*.
3. Динамика приступов *petit mal* во время беременности показывает, что различные виды эпилептического приступа — это клиническое проявление единого патологического процесса в центральной нервной системе.

Канд. мед. наук Е. З. Рабинович (Горький). Некоторые вспомогательные диагностические симптомы в гинекологии

Мы подметили некоторые проявления болезни, носящие более или менее закономерный характер, которые, по нашему мнению, могут быть полезными в построении правильного диагноза.

Так, если при шеечной беременности ворсинки хориона проникли глубоко в толщу шейки, на наружной поверхности последней, соответствующей локализации плод-вместилища, отмечается истонченный несколько выпуклый участок, отличающийся от окружающей ткани более мягкой консистенцией и серо-багровой окраской. При поверхностном проникновении ворсинок описанные признаки отсутствуют.

Для отличия инфильтрата широкой связки от гематомы помогает следующий симптом.

При кровоизлиянии в широкую связку при надавливании на инфильтрат параметрия появляется кровь из влагалища.

При раке яичников как раннее проявление кахексии, особенно у полных женщин, отмечается уменьшение подкожно-жирового слоя в области икроножных мышц.

Внутривенное введение 20—30 мл 20% раствора хлористого натрия в сочетании с 0,5—1 мл питуитрина при послеоперационном парезе кишечника может, по нашему мнению, быть использовано для дифференциальной диагностики между нарушением моторной функции кишечника динамического характера и его непроходимостью механического происхождения.

М. С. Юзеева (Казань). Белки крови при рахите¹

Наблюдения проведены у 38 больных рахитом I, II и III ст. Клинический диагноз во всех случаях подтверждался биохимическими исследованиями кальция и фосфора

¹ Доложено на IV научной сессии Института витаминологии Минздрава СССР в Москве 30/I 1961 г.

крови и рентгенографией дистальных отделов трубчатых костей предплечий. Количество общего белка определялось методом микро-Кельдаля, а для разделения белковых фракций сыворотки крови применялся метод электрофореза на бумаге. Все исследования проводились до начала лечения и в динамике заболевания от 3 до 6 раз, в течение полутора-двух месяцев. За этот период у детей не отмечалось каких-либо интеркуррентных заболеваний.

Рахит I ст. был у 7 детей в возрасте от 2 до 4,5 месяцев, в периоде разгара болезни, течение — острое. В анамнезе у 2 — недоношенность, у 4 — погрешности в питании. Ни один ребенок не пользовался выносом на воздух. У 6 детей были неблагоприятные бытовые условия.

У всех отмечены проявления рахита в виде изменений со стороны нервной системы: повышенной потливости, пугливости, беспокойства, а также размягчения краев большого родничка, у 4 — краниотабес. У всех — увеличение печени. Содержание фосфора снижено в среднем до 4 мг%, кальций — в пределах нормы.

Из сопутствующих заболеваний отмечалась гипохромная анемия: Нб — от 45 до 62 ед., Э. — от 2 680 000 до 3 090 000. У одного ребенка была гипотрофия I ст., у 2 — II ст.

Рахит II ст. был у 25 и III ст. — у 6 детей в возрасте от 4 мес. до полутора лет. У одного был рецидив рахита III ст., у 4 — подострое течение, у остальных рахит протекал остро. У 22 больных указания на дефекты питания: ранний прикорм или искусственное вскармливание. Две трети детей не пользовались выносом на воздух и находились в неблагоприятных бытовых условиях. Более чем у половины детей отставало развитие психомоторных функций: позднее прорезывание зубов, плохой упор ног, позднее начало самостоятельной ходьбы, бедность голосовых реакций.

У всех были отчетливо выражены изменения со стороны костного скелета в виде деформаций головки, грудной клетки, размягчения костей черепа, ребер. При рахите III ст. — искривления конечностей, рахитический «горб». У всех были гипотония мышц, разболтанность суставов и увеличение печени, у 12 — также увеличение селезенки. 6 детей поступили с проявлениями явной тетании.

Нарушение солевого обмена у больных рахитом II и III ст. выражалось в понижении фосфора и кальция, лишь у 5 детей кальций был в пределах нормы.

Из сопутствующих заболеваний у 15 имела выраженная гипохромная анемия: Нб — от 40 до 60 ед., Э. — от 3 000 000 до 3 780 000, пойкило-анизоцитоз, полихромазия. У остальных детей анемия носила умеренный характер. Питание не нарушено у 10, гипотрофия I ст. отмечена у 6, II ст. — у 11 и III ст. — у 4.

На основании наших исследований мы пришли к следующим выводам:

1. У всех детей, страдающих рахитом, изменена белковая формула крови: содержание общего белка или снижено, или держится на нижней границе нормы; уменьшено количество альбуминов и увеличено — глобулинов, более стойкие изменения отмечены в α - и β -глобулиновых фракциях.

2. Отчетливы и стойки изменения сывороточных протеинов у больных рахитом II и III ст. при значительном снижении в крови фосфора и кальция, а также у больных с проявлениями явной тетании. У данной группы больных диспротеинемия держится еще и в период остаточных явлений рахита, когда содержание фосфора и кальция в крови повышается до нормы.

3. Изменения белкового состава крови при рахите свидетельствуют о нарушении белкового обмена.

Канд. мед. наук В. И. Копанев (Москва). О моделировании состояния укачивания в условиях лаборатории

Проблема укачивания приобретает все большее значение в связи с бурным развитием всех видов транспорта. Отсюда возникает необходимость расширения методических приемов для моделирования в лабораторных условиях состояния укачивания и предложения таких доступных и удобных методов, которые позволили бы более полно изучить в целом эту проблему.

В настоящее время в лабораторных условиях укачивание воспроизводится, как правило, или с помощью вращений на кресле Барани (вследствие кумуляции раздражений, вызванных угловыми ускорениями), или при качании на четырехштанговых качелях Хилова (кумуляция раздражений, обусловленных прямолинейными ускорениями).

Мы попытались вызвать состояние укачивания, используя ускорения Кориолиса, при которых происходит раздражение как купулярной, так и отолитовой части вестибулярного аппарата.

В наших опытах укачивание воспроизводилось следующим образом: исследуемый размещался на кресле Барани, и ему предлагалось в такт вращениям с закрытыми глазами производить сгибание головы и туловища. Вращение производилось в течение