

1 минуты, причем за это время осуществлялось 15 оборотов (1 оборот за 4 сек) и 15 наклонов головы и туловища. После опроса и регистрации ряда физиологических функций, примерно через 3 мин, вращения такой же длительности повторялись (но не более 5 раз в один эксперимент). Вращения прекращались при предъявлении жалоб испытуемым на тошноту, головокружение, слабость и т. д., а также при выраженных вестибуло-вегетативных сдвигах (побледнение, появление пота, значительные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и т. д.). Обследуемые лица показывали, что во время этой пробы, как правило, уже через 30—50 секунд после вращения и наклонов туловища они ощущали легкое головокружение, сменяющееся ощущением покачивания «такого же, как на корабле». В дальнейшем, в зависимости от степени устойчивости исследуемых лиц к качаниям, с той или иной скоростью развивалось состояние укачивания: ощущение головокружения, слабость, побледнение лица, холодный пот, слюнотечение, учащенные глотательные движения, тошнота. В большинстве случаев укачивание не доходило до рвоты, так как вращения исследуемых лиц прекращались при первых признаках их вестибулярной неустойчивости.

Показатели состояния вегетативной сферы (пульс, АД, частота дыхания, кожно-гальваническая реакция) изменялись так же, как и при укачивании. Отмечалось длительное последствие, в некоторых случаях в течение суток. По словам исследуемых, в период последствия они чувствовали себя так же, как после укачивания на море.

Наряду с методами определения статокINETической устойчивости (В. И. Воячек, 1927, 1946; К. Л. Хилов, 1933, 1934; Н. Н. Лозанов, 1938; и др.), мы попытались дать простейшую оценку устойчивости людей к качаниям, основываясь на скорости развития вестибуло-вегетативных нарушений. Устойчивость лиц, у которых не наблюдалось существенных функциональных сдвигов при вращении в течение 5 мин, оценивалась 5 баллами, в течение 4 мин — 4 баллами, 3 мин — 3 баллами, 2 мин — 2 баллами. Устойчивость к качаниям оценивалась в 1 балл в случае, если исследуемые предъявляли жалобы на плохое самочувствие после первого вращения. Представляет интерес распределение наших исследуемых лиц по шкале устойчивости. Из 19 человек устойчивость в 5 баллов была у 3, в 4 балла — у 1, в 3 балла — у 13, в 1 балл — у 2.

Таким образом, у большинства исследуемых был средний балл устойчивости. Отсюда следует, что предлагаемый нами метод, по-видимому, может быть использован для врачебной экспертизы при отборе лиц для работы на транспорте и найдет применение при тренировке вестибулярного аппарата с целью повышения статокINETической устойчивости. Данный метод может быть использован для моделирования как выраженных форм укачивания, так и скрытых.

3. Ю. Щеголихина (Казань). Редкий случай болезни Реклингаузена

Неврофиброматоз (болезнь Реклингаузена) — сравнительно редкое заболевание органа зрения. Наряду с множественными неврофибромами могут встречаться случаи с едва уловимыми симптомами. Особенно редко встречается неврофиброматоз конъюнктивы глазного яблока. Он мало знаком окулистам и представляет трудности в диагностике.

Приводим наше наблюдение.

Г., 14 лет, был направлен в больницу в октябре 1956 г. с диагнозом остаточные явления после абсцесса верхнего века левого глаза. Гипертрофированная ткань конъюнктивы иссечена, и большой выписан. В декабре 1959 г. он поступает вновь с жалобами на увеличение припухлости и птоза верхнего века левого глаза.

Верхнее веко левого глаза значительно увеличено, почти полностью закрывает глазную щель. На фоне мягкой консистенции всей ткани века прощупываются тяжи. Конъюнктивита гиперемизована, гипертрофирована, с поверхностно расположенными фолликулами. Переходная складка валикообразно выступает. Гиперплазия конъюнктивы верхнего века распространяется и на наружную часть конъюнктивы глазного яблока. Роговица прозрачна, гетерохромия радужки. При фокальном освещении на радужке выступают узелки в виде просяных зерен, особенно хорошо выраженные на здоровом правом глазу. Острота зрения левого глаза — 0,1 (миопический астигматизм); правого глаза — 1,0. Со стороны других отделов глазного яблока патологических изменений не обнаружено.

При общем осмотре больного на коже шеи и груди обнаружены пигментные пятна бледно-кофейного цвета.

Л. 3. Рубинчик (Казань). Удаление магнитом металлического осколка из орбиты

К., слесарь, 19 лет, поступил 11/III-60 г. в глазное отделение Республиканской клинической больницы по поводу ранения правого глаза. Во время обработки детали 8/III-60 г. в правый глаз попал металлический осколок. Появилась боль в глазу, зрение на правый глаз исчезло. В районной больнице на склеральную рану были наложены швы и введено 15000. АЕ противостолбнячной сыворотки.