

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.

При поступлении левый глаз без изменений, острота зрения 1,0; острота зрения правого глаза — счет пальцев у лица; глазное яблоко инъецировано, имеется значительная смешанная инъекция с преобладанием перикорнеальной. На 9-ти часах, отступя от лимба 3 мм, на склере, два лимбально-склеральных шелковых шва (место проникающего ранения). Рисунок радужки стушеван, болезненность цилиарного тела. Кровоизлияние в стекловидное тело.

Рентгенография орбиты с протезом Балтина: на фоне правой орбиты инородное тело средних размеров соответственно меридиану 9 час., отступя от анатомической оси 7 мм, глубиной залегания 21 мм. При накладывании схемы-измерителя Балтина создается впечатление, что инородное тело находится либо в оболочках глаза, либо вне его, за глазным яблоком.

Произведена «пробная» магнитная операция: акинезия, эпибульбарная анестезия, ретробульбарная инфильтрационная анестезия. Между 7—11 час., отступя от лимба 10 мм, произведен меридиональный разрез конъюнктивы, концентричный лимбу, обнажена склера. На края конъюнктивы наложены два шва для раздвигания конъюнктивальной раны. Произведена временная тенотомия наружной прямой мышцы после предварительного наложения кетгутовых швов на сухожилие мышцы.

Глазное яблоко максимально повернуто к носу. К обнаженной склере подведен постоянный магнит. Проба на выпячивание или «прилипание» склеры оказалась отрицательной. При продвижении же наконечника магнита в глубь орбиты по обнаженной склере извлечено металлическое инородное тело размером 6×4 мм весом 140 мг.

Концы перерезанного сухожилия наружной прямой мышцы соединены кетгутовыми швами, и на конъюнктивальную рану наложен непрерывный шелковый шов.

В послеоперационном периоде боли в глазу исчезли, глазное яблоко стало спокойным, появился слабый розовый рефлекс со дна глаза. Больной выписан по его просьбе на 15 день пребывания в стационаре с остротой зрения правого глаза = 0,04.

Это наблюдение показательно в том отношении, что при сомнительной локализации осколка, когда невозможно уточнить, находится ли осколок в оболочках глаза или вне его, следует прибегать к «пробной» магнитной операции, предложенной Б. Л. Поляком.

ОБЗОРЫ

КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ АДРЕНОКОРТИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Асп. В. Е. Волков

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Кортикостероидные гормоны, являющиеся физиологическими регуляторами ряда фундаментальных функций в организме и обладающие при клиническом применении широким спектром лечебного действия, привлекают все большее внимание экспериментаторов и клиницистов.

Абсолютным показанием к кортикостероидной терапии является возникшая во время или после операции острая адренокортикальная недостаточность. Суть ее заключается в неадекватном выделении корой надпочечников кортикостероидных гормонов в ответ на хирургическое вмешательство.

По классификации Шефера (1957), различаются следующие виды адренокортикальной недостаточности: 1) острая и хроническая, 2) первичная и вторичная, 3) абсолютная и относительная.

Наиболее удобна классификация Уилбурна (1957) с указанием возможных причин адренокортикальной недостаточности.

1. Первичная недостаточность: а) удаление (адреналэктомия); б) разрушение (болезнь Аддисона, травматический инфаркт надпочечников); в) истощение (токсемия, пониженное питание, хахексия); г) функциональная дефектная функция (вирусизирующая гиперплазия).

2. Вторичная недостаточность надпочечников (первичная недостаточность гипофиза): а) удаление (гипофизэктомия); б) разрушение (болезнь Симмондса или Шихана, опухоль гипофиза); в) торможение (в результате лечения кортизоном или АКГГ).

Абсолютная адренокортикальная недостаточность или синдром Уотерхоус — Фридериксена в хирургической практике встречается крайне редко. Чаще наблюдается выраженная в той или иной степени относительная адренокортикальная недостаточность.