

больных. У других больных асимметрия отсутствует в промежутках между припадками, появляясь только непосредственно после них. Иногда асимметрия после припадка «меняет свой знак», то есть соотношение между величиной артериального давления справа и слева становится прямо противоположным тому, которое было до припадка.

Поступила 31 мая 1957 г.

СЛУЧАЙ ТОРЗИОННОЙ ДИСТОНИИ

Н. Г. Черкасова

Из кафедры нервных болезней (зав. — проф. Л. И. Омороков)
Казанского медицинского института

Торзионная дистония — редкое заболевание. Впервые оно описано Цигеном в 1910 г., в 1911 г. — Оппенгеймом и несколько позднее — Стерлинг-Флатау.

Локализация процесса, а также патогенез торзионной дистонии до настоящего времени полностью не изучены.

Утверждение об исключительно врожденно-дегенеративном характере этого заболевания оказалось несостоятельным. Описано немало случаев, когда дистония развивалась как следствие энцефалита, сифилиса (Амосов, Золотова, Омороков).



Рис. 1.

Не подтвердилось и положение Оппенгейма о неуклонно прогрессирующем течении страдания с исходом в слабоумие.

Торзионная дистония чаще остается стационарной, или наблюдаются даже улучшения.

Большинство авторов считают причиной данного страдания поражение с. striati. Однако, это, очевидно, не совсем так.

Очаги поражения при торзионной дистонии находили также в коре, мосту, мозжечке, зрительном бугре и гипоталамусе. Не меньшее значение может иметь выпадение целого ряда проприоцептивных раздражений, например, с разрушением мозжечково-таламо-кортикальных связей.

Л. И. Омороков (1935 г.) указывал, что при торзионной дистонии весь двигательный механизм низведен на низшую ступень. Происходит усиление тех функций, которые в норме, быстро затормаживаясь, дают возможность выполнения отдельных целенаправленных движений. Механизм этих движений появился онтогенетически значительно позднее, но занял ведущее положение в сложной нервной деятельности.

Нами наблюдалась одна больная с типичной клинической картиной.

Б-ная Б., татарка, 1927 г. рождения, находилась на стационарном лечении с 7/IX по 3/XI 1954 г.

Отец и мать здоровы. У родителей было семеро детей, в живых четверо, остальные умерли в раннем детстве от неизвестных причин. Три брата здоровы. Аналогичных заболеваний в семье не было. Алкоголизм, туберкулез, сифилис отрицаются. В прошлом ничем не болела. Менструации с 16 лет, протекают нормально. Незамужняя. Окончила 7 классов, затем работала в колхозе разнорабочей, заведовала фермой, была ревизором. Заболевание началось с 11 лет, когда начала замечать затруднения



Рис. 2.

при ходьбе (сводило и подергивало левую ногу). До 1951 г. состояние больной оставалось без особых перемен.

В 1951 г., вскоре после служебных неприятностей, появились судороги в конечностях и туловище. Судороги сопровождалась болями в животе, ощущением клубка, который, по описанию больной, двигался по животу, то поднимаясь вверх, то опускаясь вниз, и, якобы, являлся причиной страдания. Судороги затрудняли ходьбу и выполнение активных движений. В положении стоя туловище перегибалось назад, стягивало ноги.

Телосложение правильное, подкожный жировой слой развит умеренно, кожа смуглая. В лежачем положении — объемистые тонические судороги нижних конечностей с резким разгибанием в голеностопных суставах, сгибание и разгибание в коленных и тазобедренных суставах. Тонические судороги сопровождаются бросательными движениями туловища, внезапным поднятием и приведением конечностей, захватывают мускулатуру лица. В положении сидя судороги не прекращаются: больная поднимает плечи, вытягивает руки и ноги. В положении стоя тонические судороги усиливаются, появляются лордоз грудного и поясничного отделов позвоночника, резкое тоническое напряжение мышц спины и тазового пояса (рис. 1 и 2).

Походка причудливая, с резким выгибанием назад. Больная передвигается с трудом, преодолевая сопротивление тонически напряженных мышц, быстро устает, покрывается потом. Судороги несколько уменьшаются при отвлечении внимания, прекращаются во время сна, резко усиливаются при волнении, выполнении активных движений.

Черепно-мозговые нервы — в пределах нормы. Парезов и параличей в конечностях нет. Тонус мышц вне судорог понижен, чувствительность не изменена, сухожильные рефлексы слабые. Внутренние органы без патологии. Анализ мочи и крови в пределах нормы. Артериальное давление — 120/80, глазное дно без изменений. Реакция Вассермана в крови — отрицательная.

Отмечается некоторая эмоциональная лабильность.

За время пребывания больной в стационаре (около 2 месяцев) проводились симптоматическое лечение и лечение удлинненным сном. Состояние оставалось без заметных изменений, невозможно было отметить ни улучшения, ни ухудшения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оморков Л. И. Неврология, психиатрия и психогигиена, 1935, вып. 9—10.—
2. Рутковский. Неврология и психиатрия, 1927, 3.

Поступила 28 июня 1957 г.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАХОЖДЕНИЯ ШВЕЙНЫХ ИГЛ В ГОЛОВНОМ МОЗГУ

Асс. А. Ф. Адриановский

Из 2-й кафедры рентгенологии и радиологии (зав.— проф. Д. Е. Гольдштейн)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

17 апреля 1959 г. на кафедру обратилась больная К., 23 лет, направленная невропатологом для производства контрольных обзорных снимков черепа в двух проекциях.

16/III-58 г. впервые был кратковременный припадок с потерей сознания. В дальнейшем припадки стали повторяться; продолжительность их стала увеличиваться. Лечилась амбулаторно, улучшения не было. Последние шесть месяцев сильные головные боли.

Росла и развивалась нормальным ребенком, занималась физкультурой, хорошо училась. Окончила среднюю школу и техникум. Работает. Свою работу любит и замечаний не имеет. Замужем. Детей нет.

Больная среднего роста, правильного телосложения, физически хорошо развита. Патологических изменений со стороны слизистых оболочек, кожи, лимфоузлов не найдено. Отмечается незначительная асимметрия лица (носогубная складка справа несколько сглажена).

При исследовании крови, мочи, кала патологических изменений не обнаружено.

Кровяное давление (от 8/III-59 г.) — 170/90.

Глазное дно без изменений.

Реакция зрачков на свет нормальная. Динамика глазных мышц не нарушена. Легко выраженный нистагм (горизонтальный при отведении левого глаза). Глазная щель справа несколько шире. Имеются непостоянные хоботковый и сосательный рефлексы (оральные рефлексы). Двухсторонний симптом Хвостека, лучше выраженный слева. Со стороны конечностей двигательных и рефлекторных нарушений, а также расстройств чувствительности не определяется. При стоянии с закрытыми глазами незначительное пошатывание влево.