

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 удлиненным 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.

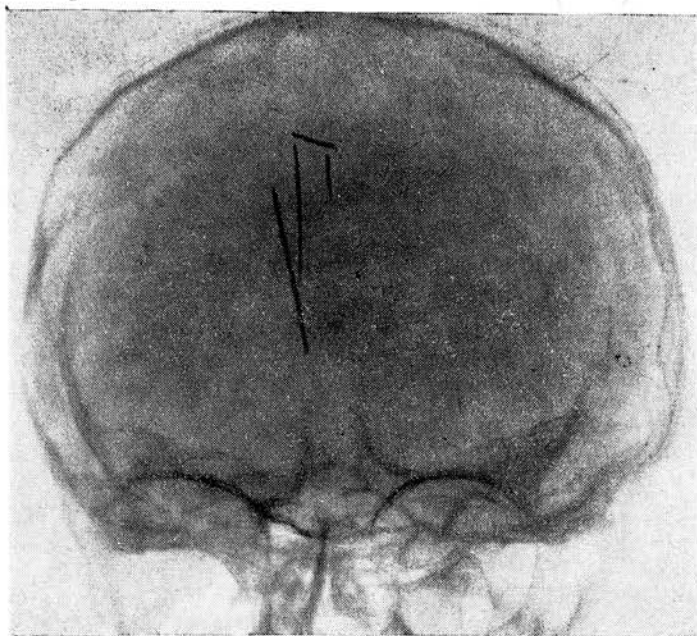


Рис. 1.



Рис. 2.

З а к л ю ч е н и е. Церебральная вазопатия (явления легкой интракраниальной гипертензии) с припадками эпилептического характера (доц. Д. Х. Терегулов).

Рентгенография от 17/IV-59 г. (рис. 1 и 2). На рентгенограмме черепа в двух проекциях определяются две швейные иглы, располагающиеся почти вертикально, внутри мозговой ткани — в области венечного шва и на полсантиметра вправо от срединной сагиттальной плоскости. Верхние концы игл (с ушками) располагаются вблизи от внутренней пластинки свода черепа. Длина игл — около 5 см. В этом же отделе

череп под углом к описанным иглам располагаются два отломка игл с заостренными концами — длиной около 1,5 см. Костных дефектов в своде черепа не найдено.

В связи с обнаружением инородных тел внутри черепа больная и ее мать были нами снова тщательно опрошены, но выявить причину попадания игл внутрь черепа не удалось.

Поступила 20 мая 1959 г.

## ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПРОГНАТИЯ В СОЧЕТАНИИ С МИКРОГЕНИЕЙ И ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ

*Ординатор С. И. Кораблев*

Из кафедры ортопедической стоматологии (зав.— проф. И. М. Оксман) Казанского медицинского института

Аномалии зубо-челюстно-лицевой области возникают под влиянием внешних и внутренних условий, изменяющих рост и развитие детского организма. Мало заметные в раннем детском возрасте отклонения от нормы по мере роста ребенка увеличиваются, и часто, к окончанию его формирования, образуется деформация, уродующая лицо, с выраженными нарушениями функций жевания, речи и дыхания.

Наиболее яркими признаками аномалии этой области являются неправильное расположение зубов в зубной дуге и нарушение взаимоотношения зубных рядов (прикус).

Основным признаком верхнечелюстной прогнатии является выступание верхнего зубного ряда вперед по отношению к нормально развитому нижнему зубному ряду. Кроме того, имеются добавочные лицевые и ротовые симптомы. К лицевым относятся: увеличение средней части лица, укорочение верхней губы, понижение тонуса круговой мышцы рта, вследствие чего верхние передние зубы бывают в значительной степени обнажены; сглаживание носогубных и подбородочных складок, проскальзывание нижней губы на нёбную поверхность верхних передних зубов при смыкании челюстей. Часто прогнатия сочетается с недоразвитием подбородочного выступа нижней челюсти, тогда резко выделяется прогнатизм верхней челюсти, а подбородочный выступ скошен назад или полностью отсутствует.

К оральным симптомам относятся: несмыкание фронтальных зубов при смыкании челюстей, травмирование верхними зубами кожно-слизистого покрова нижней губы, изменения в смыкании жевательных зубов на ширину половины или всей коронки моляра. Верхнечелюстная прогнатия может сочетаться с аномалиями положения зубов (диастема, тремы, тортоаномалия, скученность, губное, щечное, нёбное смещения), сужением зубных дуг, глубоким и открытым прикусом. Верхнечелюстная прогнатия часто сочетается с патологией носа и глотки и нарушением носового дыхания. Ротовое дыхание вызывает постоянную сухость во рту, вследствие чего возникают гингивиты, стоматиты, фарингиты и др.

Большинство специалистов высказывается за раннее лечение прогнатии у детей, начиная с дошкольного периода, так как в этом возрасте нестойкие формы аномалий позже превращаются в стойкие аномалии, трудно поддающиеся лечению. Лечебные мероприятия прогнатии делаются на профилактические, аппаратурные и хирургические и применяются в зависимости от возраста больного.

Приводим выписку из истории болезни Г. Н. В., 20 лет, с диагнозом: верхнечелюстная прогнатия в сочетании с микрогенией и открытым прикусом.

Росла и развивалась здоровым ребенком. Во время учебы в первом классе родители стали замечать отставание в росте нижней челюсти, без видимых на то причин.

При обследовании установлено: увеличение средней части лица, полное недоразвитие подбородочного выступа нижней челюсти, сглаживание носогубных и подбородочных складок, верхняя губа не перекрывает группу верхних фронтальных зубов. Верхние зубы своими режущими краями упираются в кожно-слизистый покров нижней губы, травмируя ее. Полость рта постоянно открыта, хотя носовое дыхание не нарушено.

Отмечается резкое выступание вперед альвеолярного отростка верхней челюсти, коронки фронтальных зубов наклонены и выступают вперед. Прикус открытый за счет разобщения режущих краев зубов в фронтальном участке до вторых премоля-

ров. Моляры  $\frac{76}{76} + \frac{67}{67}$  при центральном смыкании находятся в положении бугоркового смыкания. Зубные ряды интактные, отсутствует только Г 7.

Рекомендовано комбинированное лечение: хирургическое в сочетании с аппаратурным в 2 этапа.

I этап — подготовка к оперативному вмешательству: по маске лица изготовлен аллотрансплантат из пластмассы ЭГМАСС-12, формирующий отсутствующий подбородочный выступ.