

СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ст. научн. сотр. С. А. Гринберг

Нейрохирургическое отделение Казанского НИИТО

Мы изучали слюноотделение в поисках дифференциально-диагностических тестов при опухолях и сходных с ними псевдотуморозных процессах — арахноидитах с окклюзионным синдромом. Исследование производили при помощи вакуум-капсул Лешли — Красногогорского, которые накладывали на выводные протоки околоушных желез. Раздражителем служил 1% раствор лимонной кислоты, для равномерного орошения применяли спаренный шприц. Определяли скрытый период и секрецию в течение 3 мин. во время действия и 3 мин. после действия раздражителя. После определения безусловнорефлекторного слюноотделения исследовали слюноотделение в ответ на введение 0,5 мл 1% раствора пилокарпина через каждые 5 мин. в течение часа, а у тяжелых больных — в течение 30 мин.

Было обследовано 93 больных с опухолями и 45 с воспалительными заболеваниями головного мозга. При опухолях головного мозга, расположенных в области задней черепной ямки, наблюдалось четкое угнетение безусловнорефлекторного слюноотделения и повышение гуморального. При воспалительных же процессах скрытый период был укорочен и секреция повышена. Следовательно, при этой локализации процесса, при которой контрастные и инструментальные методы исследования часто не могут разрешить вопрос о характере заболевания, исследование слюноотделения может иметь дифференциально-диагностическое значение. Наиболее выраженное угнетение секреции отмечено у больных в тяжелом состоянии, по-видимому, в связи с воздействием опухоли на ствол. Угнетение секреции до нуля — крайне неблагоприятный прогностический признак.

Мы предприняли также попытку изучить некоторые качественные показатели слюны, в частности содержание в ней общего белка (рефрактометрически), сиаловых кислот (колориметрически по методике Хесса и соавт., 1957) и активность холинэстеразы (методика Т. В. Правдич-Неминской в модификации Э. Ш. Матлиной и В. М. Прихожан).

Нам удалось выявить статистически достоверные различия в составе слюны при опухолях и воспалительных заболеваниях головного мозга, а именно — более высокое содержание общего белка в слюне при воспалительных процессах по сравнению с опухолями ($1,5 \pm 0,105$ и $1,48 \pm 0,005\%$ при воспалительных процессах и $0,86 \pm 0,048$ и $1,2 \pm 0,036$ при опухолях) и сиаловых кислот ($0,029 \pm 0,0014$ и $0,026 \pm 0,0016$ ед. оптической плотности при воспалительных процессах и $0,019 \pm 0,0009$ и $0,022 \pm 0,0009$ при опухолях, $P < 0,001$).

Активность холинэстеразы в слюне, наоборот, была выше при опухолях, чем при воспалительных заболеваниях ($2,74 \pm 0,34$ и $2,62 \pm 0,34$ при опухолях и $1,95 \pm 0,10$ и $1,98 \pm 0,13$ при воспалении, $P < 0,05$).

Следовательно, при дифференциальной диагностике опухолей и псевдотуморозных заболеваний необходимо учитывать и некоторые качественные различия в составе слюны.

УДК 617.77—006—615.849.7—617.741—004.1

ЛУЧЕВЫЕ КАТАРАКТЫ ПОСЛЕ ВНУТРИТКАНЕВОЙ ГАММАТЕРАПИИ РАКА КОЖИ ВЕКА

В. М. Краснова, М. И. Исмаилова

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Г. И. Володина) и кафедра глазных болезней (зав. — проф. М. Б. Вурафт) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Глаз, как известно, весьма чувствителен к действию ионизирующего излучения. В литературе имеются многочисленные сообщения о повреждающем действии радиации на различные отделы глаза. Наиболее чувствительны к действию радиации субкапсулярный эпителий и волокна экваториальной (ростковой) зоны хрусталика. Сообщения о лучевых катарактах, развивающихся после внутритканевой гамматерапии рака кожи век, с подробным описанием биомикроскопической картины опубликованы рядом исследователей. Однако частота выявления катаракт по данным разных авторов весьма варьирует. Так, если по Ю. А. Быстровой (1964) при внутритканевой гамматерапии катаракта отмечается в 4%, то по Б. Б. Бердыеву (1965) — в 37%.