

1966, 96, 3, 647—656. — 7. De Nardo G. Ann. intern. Med., 1966, 65, 44—53. — 8. Erjavec M. Радиобиол.—радиотер., 1965, 6. — 9. Fleming N. a. o. Radiology, 1961, 77, 635—636. — 10. Frey K. N. Radiol. austriaca, 1968, 18, 2, 85—94. — 11. Gensike F. Радиобиол.—радиотер., 1970, 11. — 12. Krokowski E. Radiology, 1969, 9, 5, 138—141. — 13. O'Maha R. E. J. Nucl. Med., 1969, 10, 1, 49—51.

УДК 617.77—006.6—615.777.99

МЕСТНАЯ РЕАКЦИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНУТРИТКАНЕВОЙ ГАММАТЕРАПИИ РАКА ВЕК

М. И. Исмаилова, М. Ф. Исмаилов

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Г. И. Володина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра нервных болезней (зав.—проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Клиническая картина общей лучевой реакции организма и нарушения функции центральной нервной системы при облучении области головы терапевтическими дозами по поводу злокачественных опухолей достаточно широко представлена в литературе [1, 2]. Патологоанатомические и экспериментальные работы выявили значительные воспалительно-дегенеративные изменения не только в тканях головного и спинного мозга, но и в периферических нервных стволах, узлах и, главным образом, афферентных нервных структурах кожи и слизистой в зоне облучения. Однако регионарная (местная) реакция нервной системы на облучение области век не изучена.

Задачей настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей местной, в частности вегетативно-сосудистой реакции у больных раком орбитальной области, леченных внутритканевым воздействием гамма-лучей. Обследовано 75 больных (мужчин — 22, женщин — 53) в возрасте от 27 до 85 лет; 69 чел. были в возрасте 55—75 лет. У 51 больного раковый процесс локализовался в области нижнего века, у 19 — внутреннего угла глаза, у 3 — верхнего века и у 2 — в области наружного угла глаза.

Мощность дозы облучения была равна 60—80 рад. в час, необходимая доза в 6000—7000 рад. подводилась в среднем в течение 90—120 часов. После лечения больные осмотрены в срок от 2—3 месяцев до нескольких лет.

Помимо обычного неврологического обследования мы определяли височно-плечевой коэффициент (ВПК), делали реоэнцефалографию (РЭГ) в бассейнах внутренних сонных и поверхностных височных артерий и ЭЭГ.

Из 24 больных, обследованных до лечения, 18 не предъявляли никаких жалоб. Остальные отмечали периодическую ноющую и пульсирующую боль в лобно-височных областях (2 чел.), постоянную тупую головную боль и шум в ушах, периодическое головокружение (4 пожилых больных), у 2 из них наблюдалось прогрессирующее снижение зрения на оба глаза. У 2 из этих 4 больных АД достигало 195 мм рт. ст. при высоком и асимметричном ВПК, а у 3 из них была асимметричная пульсация сонных артерий на шее. На РЭГ этих больных выявлялся дефицит кровенаполнения на соответствующей стороне в бассейне как наружной, так и внутренней сонных артерий. В неврологическом статусе последних и 2 других больных (в анамнезе тиф, грипп) обнаружена асимметрия в рефлекторной сфере. Из 6 больных, предъявлявших жалобы, 5 указывали на неприятные ощущения, боль в глазу на пораженной стороне и слезоточивость. Объективно определялись гиперемия склер, болезненность пораженного века, у 2 была болезненная точка выхода второй ветви тройничного нерва и оживлены корнеальные рефлексы на стороне процесса.

Основная жалоба леченных больных — на ноющие, пульсирующие боли и другие неприятные ощущения в голове, в области орбиты и лица (49 чел.), чаще всего ограничивающиеся пораженной половиной головы (33 чел.). Головные боли локализовались в лобно-височных областях (у 12 больных — на стороне расположения опухоли века, а у 9 — с обеих сторон). Разнообразные локальные неприятные ощущения, как правило на стороне леченного глаза (21 чел.), сводились к светобоязни, слезоточивости, парестезиям в области глаза (чувство мелкого песка, жар, жжение, шекотание, зуд), покраснению склер на ветру и на холоде и снижению зрения. Ряд больных испытывал на больной стороне жжение в губах, шекотание в носу, зуд в кончике языка или носа, жжение или боль во рту после приема соленого или острого, «подергивания» мышц соответствующей половины лица и т. п. Единичные больные отмечали общую слабость, дискомфорт, недомогание, чувство жара во всем теле, плохой сон, раздражительность, слезливость, шум в голове или в ушах.

В неврологическом статусе 60 больных (80% обследованных) выявлены выраженные в разной степени патологические знаки, которые в подавляющем числе наблюдений относились к черепно-мозговым нервам. Только у 7 больных обнаружены

асимметричные оживления проприоцептивных рефлексов с конечностей, у 2 из них сочетавшиеся с рефлексом Маринеску-Радовичи и у 3 — с аналогом рефлекса Россолимо с рук. В анамнезе последних 7 больных были инфекции (тиф, грипп, малярия) или черепно-мозговая травма. Столько же неспецифичными и связанными с возрастом или со случайными факторами были склеротические сужения артерий (у 31) и расширение вен на глазном дне (у 14). Ранняя катаракта, выявленная у 3 леченных больных на стороне облучения, была, видимо, спровоцирована или усилена данным видом лечения.

Наиболее четкими объективными неврологическими нарушениями, обнаружившими связь с лучевой терапией, оказались симптомы со стороны чувствительных ветвей тройничного нерва (у 56 чел., или 75% обследованных), что соответствует результатам экспериментальных исследований. Остальные черепно-мозговые нервы были заинтересованы значительно реже, но преимущественно на стороне облучения. Недостаточность глазодвигательных нервов (анизокория, слабость конвергенции, недомывание глазных яблок кнаружи) была выявлена у 7 больных, слабость мимической мускулатуры на стороне очага — у 1, шум в ухе и снижение слуха — у 2. Тройничный нерв у 44 больных страдал на стороне процесса и реже — с обеих сторон (у 15). Эти симптомы заключались в снижении роговичных рефлексов (у 26 на стороне очага, у 15 — с обеих сторон). Оживление роговичного рефлекса было отмечено только в 1 наблюдении на большой стороне. У 45 больных определялась болезненность в точках выхода ветвей тройничного нерва, особенно часто на стороне очага (у 40). На стороне лечения была нарушена чувствительность (у 7 — снижена, у 13 — повышена).

На стороне лучевого воздействия нередко обнаруживались и вегетативные расстройства. У 9 больных констатирована болезненность вегетативно-сосудистой орбитальной точки Гринштейна с отдачей в надбровье. Исследование височно-плечевого коэффициента показало, что у 21 из 33 больных он был повышен до 0,96 ($P < 0,001$), у 2 — понижен до 0,35 с незакономерной асимметрией сторон в 13 наблюдениях. Такая же асимметрия сосудистого тонуса и кровенаполнения в поверхностных височных артериях установлена при РЭГ у 11 больных из 20 обследованных данной методикой. На ЭЭГ существенных отклонений от нормы не выявлено.

ВЫВОДЫ

1. У 80% больных, подвергшихся внутритканевой гамматерапии орбитальной области, найдены в разной степени выраженные патологические симптомы со стороны черепно-мозговых нервов.
2. Основная симптоматика связана с чувствительными ветвями тройничного нерва, преимущественно на стороне облучения; страдает вторая или первая и вторая ветви вместе.
3. Выявлены нарушения и со стороны вегетативно-сосудистой сферы: болезненность вегетативных орбитальных точек, асимметрия височно-плечевого коэффициента и асимметрия сосудистого тонуса и кровенаполнения поверхностно-височных артерий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлова А. В. Мед. радиол., 1962, 2.—2. Омельяненко Л. М., Меркова М. А. Там же, 1962, 7.

УДК 616.351—006.6—612.015.348

СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Проф. А. М. Аминев, М. Н. Елисеев, О. И. Елисеева

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.— проф. А. М. Аминев) и ЦНИЛ (зав.— канд. мед. наук И. Т. Виленский) Куйбышевского медицинского института
им. Д. И. Ульянова*

Изучению аминокислотного состава сыворотки крови после операции посвящено незначительное количество работ, которые в основном касаются изменений аминокислотного состава крови в отдаленные сроки после операции [1]. Вопрос о влиянии операционной травмы на