

фиксируется. Дивертикулы хорошо видны на фоне рельефа слизистой, так как в них задерживается контрастная взвесь. Если ирригоскопия не дает точных сведений, необходимо провести исследование слепой кишки после дачи бариевой взвеси внутрь.

В заключение хотелось бы вновь подчеркнуть, что знакомство врачей с клиникой и диагностикой дивертикулеза толстой кишки и, в частности, с дивертикулезом слепой кишки и его осложнениями позволит избежать диагностических ошибок и неоправданных оперативных вмешательств у пожилых больных, часто страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бекиров З. Б., Алимов Т. У. Клин. хир., 1970, 7.— 2. Мухтаров А. М., Гулямов А. М. В кн.: Вопросы физиологии и патологии органов пищеварения. Вып. 1, Ташкент, 1964.— 3. Попов М. И. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1969, 9.— 4. Чиссов В. И. и соавт. Хирургия, 1971, 9.— 5. Anderson L. Surgery, 1947, 22, 3, 479—488.— 6. Lauridsen J., Ross F. P. Arch. Surg., 1952, 64, 3, 320—330.— 7. Potier F. Bull. Mem. Soc. Anat. de Paris, 1912, 87, 29—31.— 8. Riesenfeld G. Intern. Surg., 1968, 49, 1, 50—61.— 9. Wagner D. E., Zollinger R. W. Arch. Surg., 1961, 83, 6, 436—443.

УДК 616.284—004—616.281—612.822.3

ВЕСТИБУЛОМЕТРИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

Канд. мед. наук Л. Д. Нестерова, Г. О. Зубаирова

*Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. Л. Г. Сватко)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Вестибулярная патология является существенной частью клинической картины отосклероза. Она может быть обусловлена воздействием как на периферический, так и на центральный отдел вестибулярного анализатора.

К. Л. Хиллов (1956) высказал предположение о наличии торможения в слуховых зонах у больных отосклерозом, обусловленного ограниченным притоком звуковых импульсов в кору головного мозга в результате понижения слуха. Это предположение было подтверждено исследованиями О. В. Румянцевой и В. А. Гаевского, изучавших связь между состоянием слуховой функции у больных отосклерозом и данными ЭЭГ. У большинства больных отосклерозом были выявлены изменения электрической активности коры головного мозга в результате угнетения ее функционального состояния. Это дало объяснение целому ряду феноменов, наблюдавшихся при исследовании слуховой функции.

При изучении нами вестибулярной функции у больных отосклерозом было отмечено, что далеко не все данные вестибулометрии в дооперационном периоде и особенно в различные сроки после слухоулучшающих операций могут быть объяснены функциональным состоянием вестибулярных рецепторов в лабиринте (Л. Д. Нестерова, 1969). Настоящее исследование предпринято для сопоставления данных вестибулометрии и ЭЭГ у 34 больных отосклерозом с целью проследить возможную зависимость вестибулярной патологии от состояния коры головного мозга.

Изучение вестибулярной функции включало выявление субъективных симптомов вестибулярных нарушений (головокружение, расстройство равновесия, тошнота, рвота), исследование статики, моторики, тонические пробы. Спонтанный нистагм наблюдали визуально с очками Бартельса, а также регистрировали при нистагмографии с последующим расчетом нистагмограмм. Позиционный нистагм исследовали и оценивали по методу Нилена. Производили вращательную пробу Барани в модификации Е. М. Харшака (1961), ставили отолитовую реакцию Воячека. При калорическом исследовании и оценке его результатов пользовались отоневрологической методикой (Н. С. Благовещенская, 1962). Делали пьезо- и электронистагмографию калорического нистагма с последующей расшифровкой нистагмограмм и обработкой полученных данных методом статистического анализа. Для удобства дальнейших сопоставлений спонтанные вестибулярные нарушения в зависимости от наличия симптомов и их выраженности мы разделили на 4 степени (Л. Д. Нестерова, 1968, 1969).

Электрическую активность коры головного мозга у больных отосклерозом регистрировали 8-канальным электроэнцефалографом «Альвар» с применением биполярных и монополярных отведений с затылочных, теменных, височных и лобных областей. Электропотенциалы записывали как в покое, так и при повторных раздражениях

светом. В оценке фоновой ЭЭГ учитывали частоту, амплитуду, форму, регулярность и пространственное распределение альфа-ритма. ЭЭГ здоровых лиц контрольной группы характеризовались доминированием регулярного альфа-ритма, особенно отчетливым в задних отделах мозга с частотой 8—13 колебаний в секунду и амплитудой колебаний в пределах 30—60 мкв.

У 10 чел. не обнаружено существенных патологических изменений электрической активности коры головного мозга. ЭЭГ характеризовались регулярным альфа-ритмом. В ответ на световой раздражитель наступала депрессия альфа-ритма. Быстрые волны были выражены незначительно. Патологических волн не было. У 2 больных отмечалось нарушение регулярности альфа-ритма и равномерности его амплитуды. В этой группе не было спонтанных вестибулярных расстройств у 1 больного, первая их степень выявлена у 2, вторая — у 6, третья — у 1; калорическая норморефлексия — у 4, гиперрефлексия — у 4, гипорефлексия — у 2; при вращательной пробе у всех больных установлена норморефлексия, у 1 — инверсия калорического нистагма.

У 24 больных при электроэнцефалографии зарегистрированы патологические изменения. Угнетение электрической активности коры головного мозга было у 13 чел. ЭЭГ характеризовались отсутствием альфа-ритма или нерегулярностью альфа-волн с низкой амплитудой. Быстрые колебания также имели низкую амплитуду. Патологические волны отсутствовали или были единичными (медленные асинхронные волны, диффузные, с низкой амплитудой).

В этой группе преобладала II степень спонтанных вестибулярных нарушений (она определена у 9 из 13 больных); у 2 чел. была I степень и у 2 — нулевая. Калорическая норморефлексия выявлена у 4 чел., частичная гиперрефлексия — у 3, гипорефлексия — у 4, неустойчивая вестибулярная реакция — у 2. При вращательной пробе у 9 больных обнаружена норморефлексия, у 2 — гиперрефлексия, у 1 — гипорефлексия. У 5 чел. была значительная асимметрия поствращательного нистагма по продолжительности от правого и левого уха. У 1 больного наблюдалось преобладание калорического нистагма по направлению, у 2 — инверсия нистагма, у 1 — диссоциация экспериментальных вестибулярных проб. Повышение возбудимости корковых клеток отмечено у 8 больных. Альфа-ритм на ЭЭГ был выражен в виде всплеск групп волн с высокой амплитудой. Быстрые колебания четкие, нередко доминируют. У 1 больной они преобладали в левой затылочной области, обуславливая межполушарную асимметрию. Патологические волны отсутствовали. При исследовании вестибулярной функции констатировано отсутствие спонтанных вестибулярных нарушений у 2 больных, I степень их — у 1, II — у 3, III — у 2. При калорическом исследовании у 5 из 8 больных обнаружена вестибулярная гиперрефлексия, у 2 — норморефлексия, у 1 — гипорефлексия. У половины больных была четко выраженная асимметрия поствращательного нистагма по продолжительности от правого и левого уха. Преобладание калорического нистагма по направлению было у 2 больных, инверсия нистагма — у 1, диссоциация экспериментальных вестибулярных проб — у 3. У 3 больных по данным ЭЭГ отмечалась инертность раздражительного процесса, снижение реактивности корковых клеток на световое раздражение, диффузные изменения на энцефалограмме в виде нерегулярности альфа-ритма; из них у 2 была I ст. спонтанных вестибулярных нарушений и у 1—II ст. У всех больных были отклонения от нормы при калорическом исследовании (гипер-, гипорефлексия и неустойчивая вестибулярная реакция, преобладание нистагма по направлению). Норморефлексия при вращательной пробе определена у 2 больных, гиперрефлексия с асимметрией — у 1. У 2 больных наблюдалась диссоциация экспериментальных проб.

Наши данные свидетельствуют, что у большинства больных отосклерозом (у 24 из 34) наблюдаются изменения электрической активности коры головного мозга, чаще в сторону снижения ее.

Обращает на себя внимание тот факт, что при патологических изменениях электрической активности коры головного мозга чаще встречались такие симптомы, как инверсия нистагма, асимметрия его, преобладание калорического нистагма по направлению, диссоциация экспериментальных проб, в генезе которых существенное значение имеет центральный механизм (Н. С. Благовещенская, 1962).

Данные ЭЭГ в известной мере позволяют объяснить возникновение симптома преобладания калорического нистагма по направлению.

Интересно проследить зависимость между регулярностью альфа-волн и равномерностью их амплитуды на ЭЭГ и ритмичностью и равномерностью калорического нистагма. Нерегулярность альфа-ритма на ЭЭГ, наличие всплеск групп альфа-волн, неравномерность амплитуды альфа-волн отмечены у 17 обследованных больных. У 14 из них была нерегулярность и неравномерность калорического нистагма. У ряда больных наблюдалось сочетание нерегулярного альфа-ритма на ЭЭГ и периодического ритма спонтанного и калорического нистагма на нистагмограммах.

Эти данные говорят о заинтересованности центральной нервной системы и ее участии в патологическом процессе при отосклерозе. Строгой корреляции между изменениями при ЭЭГ и характером вестибулярных нарушений мы не обнаружили. Очевидно, это связано с тем, что при отосклерозе в возникновении вестибулярных расстройств кроме центрального компонента существенное значение имеет функциональное состояние периферического отдела вестибулярного анализатора.

Однако данные ЭЭГ-исследования, характеризуя функциональное состояние коры головного мозга, помогают объяснить причины и механизм ряда вестибулярных нарушений у больных отосклерозом.

1. Благовещенская Н. С. Топическое нарушение слуха, вестибулярной функции, обоняния и вкуса при поражениях головного мозга. Медгиз, М., 1962.—
2. Гаевский В. А. ЖУНГБ, 1964, 3.—
3. Нестерова Л. Д. Казанский мед. ж., 1968, 5; Вестибулярная функция у больных отосклерозом. Автореф. канд. дис., Казань, 1969.—
4. Румянцева О. В. ЖУНГБ, 1964, 3.—
5. Солдатов И. Б., Храппо Н. С. Труды межобластной конференции оториноларингологов. Л., 1965.—
6. Хиллов К. Л. Отосклероз. Медгиз, Л., 1958.—
7. Храппо Н. С. Вестн. оториноларингол., 1964, 6.

УДК 618.11—006.6—616—036.65

РЕЦИДИВЫ И МЕТАСТАЗЫ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКА

Р. А. Родкина

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доц. Р. А. Родкина)
Юменского медицинского института*

Частота рецидивирования злокачественных опухолей яичника по данным разных авторов варьирует в пределах 11—75%, что намного превышает частоту метастазирования не только при всех злокачественных опухолях половых органов, но и при раке у женщин вообще.

В наших наблюдениях метастазы и рецидивы в разные сроки с момента окончания лечения обнаружены у 106 из 375 леченных больных раком яичника (28,3%). Чаще (в 67,2%) они отмечены у больных с двухсторонними поражениями.

Как правило, рецидивы и метастазы у больных раком яичника возникают на 1 и 2-м году после операции или других видов лечения (83,7%) и значительно реже встречаются на 3-м году и позже (16,3%).

Сроки возникновения рецидивов и метастазов зависят от различных факторов, в частности от способности опухолевых клеток длительно существовать в лимфатических узлах без клинического проявления, от возраста, стадии заболевания и радикальности лечения.

По нашим данным метастазы наиболее часто возникали у женщин в возрасте от 20 до 39 лет (31,4%) и свыше 60 лет (33,3%).

Нарастание стадии заболевания приближает сроки рецидивирования и метастазирования и вызывает учащение их появления. Также отмечено, что значительно чаще метастазы возникают в случаях первичного рака яичника (65,8%), при вторичном раке опухоль метастазировала в меньшей степени (34,2%). Что касается отдельных гистологических структур, то создается впечатление о большей склонности к рецидивированию раков солидного и капиллярного строения (50,4%).

Локализация рецидивов и метастазов различна. В лимфатических узлах и в области таза (вокруг шейки матки и влагалища, в культях связок, в дугласовом пространстве и параметриях) они возникают, как правило, вскоре после операции. Наоборот, метастазы в печени (9 больных) развиваются медленно и нередко подолгу не беспокоят больных. Диссеминация по плевре и метастазирование в легкие отмечались у 23 больных, метастазы в области пупка — у 7. Их обнаруживали по преимуществу через 7 месяцев — 1 год, у 2 человек — через 3—4 года. Сравнительно редко наблюдались метастазы в мочевой пузырь, брыжейку, ребро.

В зависимости от первичного клинического эффекта больные разделены на 3 группы. В 1-ю группу включены 42 больные, которые до появления рецидивов и метастазов были выписаны с клиническим выздоровлением, во 2-ю — 60 больных, выписанных с улучшением, в 3-ю — 4 больные, у которых лечение не дало никакого эффекта. Послеоперационное облучение и особенно химиотерапия заметно отодвигают сроки наступления рецидивов и метастазов. Так, у 42 больных 1-й гр. рецидивы возникали в основном на 2 и 3-м году наблюдения. Во 2-й гр. рецидивы и метастазы значительно чаще развивались на 1 и 2-м полугодии (у 45 из 60 больных). Только 5 женщины, лечившихся комбинированным или комплексным методом, прожили без рецидивов 3 года и более. Следовательно, наиболее эффективным с точки зрения удлинения периода до появления послеоперационных рецидивов является комбинированное лечение, сочетающее радикальное оперативное вмешательство (удаление обоих яичников, матки и сальника) и химиотерапию.

Клинические признаки наступившего рецидива и метастаза зависят в основном от локализации последних. Чаще всего метастазы располагаются в малом тазу и проявляются болями в животе, лихорадкой, асцитом. У больных увеличивается живот за счет накопления жидкости, в малом тазу образуются бугристые конгломераты, достигающие широких маточных связок и стенок таза, растягивающие задний свод влагалища, иногда сдавливающие прямую или мочевую пузырь. Появляется уча-