

ся при возникновении различных осложнений родов, в том числе при быстром или затяжном их течении.

Как правило, повышение сосудистого тонуса, увеличение цереброваскулярного сопротивления и другие признаки нарушения мозгового кровообращения начинают обнаруживаться у детей при длительности родов менее 6 или более 15 ч. Отмечаются такие признаки нарушения деятельности нервной системы, как тремор конечностей и подбородка, изменение мышечного тонуса и рефлексов, ограничение двигательной активности. Наблюдаются петехиальные кровоизлияния и акроцианоз. В группе детей от повторнорожавших матерей прослеживается та же зависимость между состоянием мозгового кровообращения и продолжительностью первого и второго периода. Учитывая полученные данные, мы считаем целесообразным с целью интранатальной профилактики расстройств церебральной гемодинамики у новорожденных рекомендовать меры по улучшению условий жизнедеятельности плода при продолжительности родов более 15 ч. Что касается быстрых или стремительных родов, то назначение токолитиков (алупента, папаверина) и спазмолитиков (апрофена, ганглерона) здесь весьма уместно. Применение их не только нормализует родовую деятельность, но и улучшает гемодинамику плода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Червакова Т. В., Азис-Султан Х. В кн.: Плод и новорожденный. М., Медицина, 1974.
2. Яруллин Х. Х. Клиническая реоэнцефалография. Л., Медицина, 1967.
3. Kaneda H., Irino T., Minami T., Taneda M. Stroke, 1977, 5.
4. Keller H. M., Meier W. E., Anliker M., Kumpfe D. A., Ibid., 1976, 4.

Поступила 27 октября 1980 г.

УДК 616.89—008.437—009.12

## РОЛЬ НАРУШЕНИЙ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АЛГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ВТОРИЧНОЙ КОНТРАКТУРЕ

Г. А. Иваничев, Р. Б. Хасанова

*Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, отделение нервных болезней Республиканской клинической больницы (главрач—М. В. Буллин)*

**Реферат.** Проведено реографическое исследование кровоснабжения лицевых мышц у больных с невритом лицевого нерва и со вторичной контрактурой мимической мускулатуры. В острой стадии неврита обнаружены застойные изменения в гемодинамике лица. Выявлена существенная разница кровотока у больных с контрактурой лицевых мышц в зависимости от наличия болевых проявлений или их отсутствия. Алгические формы контрактуры характеризуются ухудшением как артериального притока, так и венозного оттока.

**Ключевые слова:** лицевой нерв, мимические мышцы, кровоснабжение, неврит, контрактура, реография.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

По современным представлениям, вторичная контрактура мимических мышц является результатом патологической регенерации лицевого нерва с формированием необычной схемы нервно-мышечных соединений в условиях дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса [5]. Придают значение и кровоснабжению лица, претерпевающему изменения при поражении лицевого нерва [3а, 4]. По данным А. П. Альперовича (1977), дисциркуляторные сдвиги в системе сосудов, обеспечивающих кровоснабжение нерва, могут быть единственными или решающими в патогенезе неврита лицевого нерва. Было установлено, в частности, что амплитуда реографической волны на стороне поражения значительно уменьшена, регистрируется ее закругленная вершина, часто двугорбая или аркообразная. Исчезновение дикротического зубца или смещение его к вершине с уменьшением продолжительности восходящей части кривой свидетельствуют о повышении сосудистого тонуса. О затруднении венозного оттока можно судить по постоянно регистрируемой венозной волне [3б].

Остается неясным, в какой мере гемодинамические сдвиги сказываются на форми-

ровании контрактуры лицевых мышц на стороне пареза. Для решения этого вопроса нами проведено клинико-реографическое исследование.

Под наблюдением находилось 23 больных со вторичной контрактурой лицевых мышц и 17 с невритом лицевых мышц без контрактуры. Кровоток лица был изучен реофациографически по Л. Г. Ерохиной (1973). Электроды располагали в области нижнечелюстного сустава и подбородка так, чтобы между ними оказалась значительная часть мускулатуры. Оценку реограмм проводили по общепринятой методике [6]. Скорость нормализации кровотока определяли при помощи специфической пробы с задержкой дыхания на вдохе до 30 с.

У здоровых лиц реофациограммы включают все элементы реографической волны. Дикротический зубец отчетливо регистрируется в середине нисходящей части, лишь на единичных волнах выявляется смещение его к основанию. Появление венозной волны (предволны) можно было обнаружить на 45—50-й секунде задержки дыхания.

У больных с невритом лицевого нерва до назначения медикаментозной терапии имеются существенные изменения гемодинамики на стороне парализованных мышц. Прежде всего обращали на себя внимание нарушения тонуса сосудов: поликритотия волн, которая часто сопровождалась одновременным смещением дикротического зубца вниз. На застойные явления в парализованной мускулатуре указывало постоянное появление выраженной венозной волны. Задержка дыхания даже в течение 15 с значительно меняла картину реофациограммы: на стороне пареза венозная волна становилась соизмеримой с основной, иногда даже появлялась ее инверсия. В сфере же артериального притока существенных сдвигов не наблюдалось.

У больных с контрактурно перерожденными мышцами прослеживалась четкая зависимость изменений кровотока в мимических мышцах от выраженности их спонтанной болезненности (см. табл.). Общая направленность гемодинамических сдвигов при алгических вариантах заболевания может быть охарактеризована как ухудшение артериального притока и венозного оттока, что выражалось в уменьшении реографического индекса на 35—45% ( $P < 0,05$ ) по сравнению со здоровой стороной, в исчезновении дикротического зубца или в смещении его к вершине волны. Перед основной волной обнаруживались одна, иногда даже две венозные волны. Задержка вдоха больше 15—20 с вызывала такое извращение картины, что трудно было идентифицировать основные и дополнительные элементы реограммы. После приема половины таблетки нитроглицерина наступала полная нормализация кровотока. Гемодинамика лица у больных с контрактурой без спонтанных болей была такой же, как и на здоровой стороне, отмечалось лишь появление венозной волны в первые же секунды задержки дыхания.

**Реографические показатели кровоснабжения лица у больных невритом лицевого нерва**

Группы обследованных	РИ	$\frac{\alpha}{\alpha+\beta}$	Время распространения пульсовой волны, с	Коэффициент асимметрии РИ
Здоровые (15) . . . . .	0,5±0,04	0,25±0,03	0,16	—
Больные с невритом лицевого нерва (17) . . . . .	0,5±0,1	0,3±0,08	0,18	15±3%
Больные с контрактурой мимических мышц:				
а) без спонтанных болей (9)	0,4±0,08	0,27±0,06	0,17	23±5%
б) с болями (14) . . . . .	0,27±0,13	0,34±0,08	0,14	75±12%

Следовательно, существенные гемодинамические сдвиги определялись не при контрактуре вообще, а лишь у больных, у которых были спонтанные боли.

Патогенетическое воздействие на пораженную мускулатуру лица путем глубокого массажа, применения препаратов, стимулирующих микроциркуляцию, существенно изменяло картину кровенаполнения лица. Улучшение кровотока выражалось в увеличении РИ на пораженной стороне на 35—45%, в уменьшении тонуса и повышении эластичности сосудов.

Таким образом, гемодинамические расстройства при неврите лицевых мышц при наличии их вторичной контрактуры выступают как звено патогенетической цепи в оформлении клинической картины заболевания. Это обстоятельство определяет необходимость дифференцированного подхода в лечении больных.

1. Альперович А. П. Журн. невропатол. и психиатр., 1977, 8. — 2. Ерохина Л. Г. Лицевые боли. М., Медицина, 1973. — 3. Ласков В. Б. а) Современные методы исследования в неврологии и психиатрии. Курск, 1977, т. 1; б) Сов. мед., 1978, 7. — 4. Пирогова Л. П., Фарбер Ф. М. Здравоохран. Казахстана, 1978, 6. — 5. Юдельсон Я. Б. Вторичная контрактура мимических мышц. Автореф. докт. дисс., М., 1978. — 6. Яруллин Х. С. Клиническая реоэнцефалография. М., Медицина, 1977.

Поступила 3 июня 1980 г.

УДК 616.441—006.6—033.2:611.24:616—073.75

## КЛИНИКА И РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА МЕТАСТАЗОВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕГКИЕ

Проф. Г. И. Володина, доц. Н. И. Любина

Кафедра рентгенологии-радиологии (зав.—проф. Г. И. Володина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

**Реферат.** Описаны клиничко-рентгенологические проявления метастазов рака щитовидной железы в легкие у 68 больных; выделены 3 рентгенологические формы метастазов: шаровидные, узелковые и раковый лимфангоит.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, рак легких, метастазы, рентгенодиагностика.

4 иллюстрации.

Рак щитовидной железы по частоте метастазирования в легкие занимает второе место после рака молочной железы. Клинические и рентгенологические проявления метастазов рака щитовидной железы в легкие весьма многообразны и характеризуются рядом особенностей; диагностика представляет известные трудности, особенно в случаях, когда первичный раковый очаг не установлен.

В выявлении метастазов в легкие и определении их распространенности ведущая роль принадлежит рентгенологическому методу исследования. Интерпретация рентгенологических данных проводится с учетом клиники заболевания и результатов морфологических и лабораторных исследований.

Нами были обнаружены метастазы в легких у 68 из 410 больных раком щитовидной железы (16,6%). Они часто сопровождаются диссеминацией в другие органы. Так, у 30 больных метастазы в легкие сочетались с регионарными метастазами в лимфатические узлы шеи, у 13 — с метастазами в кости, у 4 — с метастазами в плевру, у 3 — в надпочечники, у 2 — в почки, поджелудочную железу и диафрагму.

Наиболее часто метастазы в легкие наблюдались у лиц старше 40 лет. Вместе с тем они встречаются и у больных моложе 30 лет, как правило, у подвергшихся нерадикальному оперативному вмешательству, на что указывают ранние рецидивы опухоли щитовидной железы, появившиеся на сроках от 6 мес до 1,5 лет после операции.

Прослежена зависимость частоты метастазирования в легкие от морфологической структуры опухоли щитовидной железы. У 27 из 68 больных первичная опухоль представляла собой аденокарциному, у 10 — папиллярную аденокарциному, у 13 — низкодифференцированный и у 7 — солидный рак, у 4 — злокачественную аденому, у 6 — неклассифицированный рак, у одной больной — рак Гюртля. Таким образом, наибольшее количество метастазов в легкие приходится на опухоли, мало связывающие или вовсе не связывающие радиоактивный йод. У больных старше 40 лет опухоли отличались высокой степенью злокачественности, чем и объясняется частота метастазов в легкие у лиц среднего и пожилого возраста.

Сроки появления метастазов рака щитовидной железы в легкие различны. У 18 больных они колебались от 3 до 10 лет после операции. Приводим наблюдение над больной, у которой был самый длительный период развития метастазов в легких после удаления рака щитовидной железы — 10 лет.

Ф., 29 лет, направлена в онкологический стационар с диагнозом: лимфогранулематоз (1960 г.). Увеличение лимфатических узлов на шее справа появилось года три назад: они медленно увеличивались, расстройств никаких не вызывали. Общее состояние хорошее, температура нормальная.

Множественные лимфатические узлы расположены над правой ключицей и вдоль сосудистого пучка. Консистенция их плотноэластичная, подвижность несколько огра-