

верхней стенки орбиты, обнаружена патологическая ткань с распадом и гнойным содержимым. В послеоперационном периоде отмечался регресс болевого синдрома, экзофтальма, зрительных нарушений.

При гистологическом исследовании присланного материала имели место обширные зоны гранулематозного воспаления с большим количеством гигантских многоядерных клеток, эпителиоодно-клеточной (макрофагальных структур с некрозом в центре) и диффузной лимфоцитарной инфильтрацией. Обращали на себя внимание реактивные изменения стенок сосудов, ко-

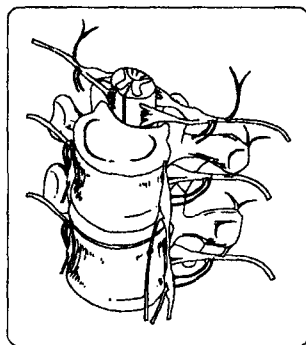
торые проявлялись их склерозом и сужением просветов. В периваскулярных тканях были видны зоны фиброза.

Существенным звеном в развитии псевдоопухолей ("объема") является нарушение микроциркуляции в зоне воспаления с резким отеком тканей и нарушение лимфообращения, сопровождающимся лимфоцитарной инфильтрацией и формированием лимфоидных фолликулов [3]. Среди воспалительных псевдоопухолей орбиты гранулематозное воспаление составляет 28%. Особую группу гранулематозного воспаления тка-

ней орбиты составляют так называемые "смешанные" гранулемы (эпителиоидноклеточные с небольшими очагами нагноения в центре). Этиологию этих гранулем установить пока не удается.

#### Л и т е р а т у р а

1. Бровкина А.Ф. // Новообразование орбиты. М., 1974. С.60-71.
2. Меркулов И.И. // Клиническая офтальмология. Харьков, 1966. С.268-269.
3. Кауфман О.Я., Хорошилова И.П., Захарова Г.П. // Арх. патол. 1990. Т.52, №3. С.48-54.



Ю.В. Боляев, Н.Г. Жила

## ПОДВЫВИХИ В АТЛАНТООСЕВОМ СУСТАВЕ У ДЕТЕЙ

Детская краевая клиническая больница,  
Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Лечение и обследование

детей с повреждением шейного отдела позвоночника всегда представляет определенную сложность для врачей, сталкивающихся с этой проблемой. Сложность диагностики заключается в интерпретации особенностей рентгенограмм незрелого скелета у детей. Наиболее частым видом повреждения в шейном отделе позвоночника у детей является подвывих в атлантоосевом суставе.

С данной патологией на лечении находились 192 ребенка. По характеру возникновения травм пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили больные с активно возникшими подвывихами, полученными в результате насильственного воздействия на шейный отдел позвоночника, вторую — с подвывихами, возникшими пассивно (во время сна, при повороте головы и пр.).

У детей исследовали объем основных видов движения (ротация, сгибание, разгибание, наклоны вправо и влево), оценивали состояние мышц шеи и неврологические функции верхних конечностей, выполняли специфические тесты на компрессию, растяжение и др. Обязательно проводили обзорную рентгенографию шейного отдела позвоночника в двух стандартных проекциях и через рот на второй шейный позвонок.

Обращали внимание на ширину сустава Крювелье, которая при сгибании увеличивается до 4 мм и более. При разгибании передняя дуга  $C_1$  порой оказывалась над зубом  $C_2$ . Большое диагностическое значение имели следующие рентгенологические признаки: асимметрию суставных щелей между  $C_1$  и  $C_2$ , асимметрию боковых масс  $C_1$  относительно зуба  $C_2$ , сглаженность шейного лордоза. Данный набор признаков всегда наблюдаются у детей при активных и пассивных подвывихах в атлантоосевом суставе.

У больных с пассивным ротационным подвывихом атланта уточняли причины, вызывающие острую или хроническую нестабильность в атлантоосевом суставе. С этой целью при необходимости выполняли функциональную рентгенографию шейного отдела позвоночника в боковой проекции, что позволяет определять гипермобильность позвонков при слабости связочного аппарата и недоразвитие суставов Люшка. Кроме того обследовали носоглотку ребенка на наличие острых и хронических патологических процессов, что оказывает воздействие на состояние связочно-капсульного аппарата этих суставов. В затруднительных случаях рентгенологическое исследование дополняли обычной или компьютерной томографией, ЭКГ, проводили биохимический анализ крови, ревматоидные пробы, иммунологичес-

кие исследования, мочевые пробы, УЗИ почек и щитовидной железы, реовазографию сосудов шеи и головного мозга. При нарушениях кровотока в план обследования включали электроэнцефалографию.

Во всех случаях в каротидной и вертебробазиллярной системах до лечения отмечены нарушения кровообращения. Эти нарушения нарастали при выполнении функциональных проб с поворотом головы, что обусловлено спазмом позвоночных артерий и затруднением венозного оттока. У детей выявлены также предшествующие признаки нестабильности шейного отдела позвоночника:

мезенхимальная недостаточность и болезни соединительной ткани	— у 41,7%,
последствия натальной травмы шейного отдела позвоночника с повреждением крыловидной и поперечной связок	— у 29,2%,
хронические воспалительные процессы в носоглотке и ротовой полости	— у 25%,
дисплазия и врожденные пороки развития позвоночника	— у 3,1%,
нарушения обмена веществ	— у 1%.

Выполняли вправление подвывиха атланта мануальным или функциональным методом на петле Глиссона. Шейный отдел позвоночника

фиксируют ватно-марлевым воротником Шанца. С целью контроля повторно выполняют обзорную или функциональную рентгенографию шейного отдела позвоночника, реовазографию позвоночных артерий и вертебро-базиллярной системы, электроэнцефалографию.

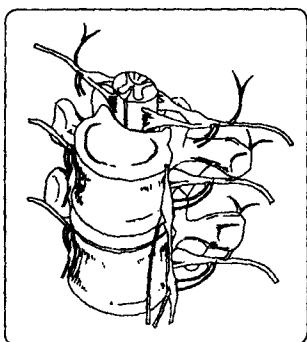
При активных подвывихах атланта после вправления отмечалось восстановление кровообращения в каротидной и вертебро-базиллярной системах. При пассивных подвывихах отмечалось улучшение кровотока в вертебробазиллярном бассейне, но не в полном объеме. В таких случаях со-

хранялись признаки ишемизации головного мозга в результате спазма позвоночных артерий, нарушений венозного оттока крови. При хронических проявлениях нестабильности выявлялись диффузные изменения биоэлектрической активности, что подтверждалось данными электроэнцефалографии. Таким больным назначалось соответствующее медикаментозное лечение и физиотерапия на шейный отдел позвоночника.

Перед выпиской из стационара больному индивидуально изготавливали головодержатель из поролона или поливика. В зависимости от

причины, вызвавшей вышеназванные нарушения, проводилась фиксация шейного отдела позвоночника съёмным головодержателем от 1 до 6 мес.

Таким образом, следует акцентировать внимание на диагностику предшествующих или имеющихся патологических состояний у детей, способствующих формированию или усугублению нестабильности шейного отдела позвоночника. Целенаправленное внесение корректив в процесс лечения ротационных подвывихов атланта у детей, позволяет значительно повысить его качество.



А.Д. Олейник, И.Н. Трохачевский, А.В. Зарудский,  
С.Ш. Буриашова, Е.В. Луговикова

## ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Межрайонное бюро МСЭ №2, ОКБ, г. Белгород

За последнее время значительно усовершенствована техника оперативного вмешательства при пояснично-крестцовом остеохондрозе. Это повысило эффективность лечения и качество медицинской реабилитации больных и инвалидов при данной патологии позвоночника [1-7]. Однако использовать полный арсенал медицинских мероприятий при лечении пациентов не всегда удается, что значительно затрудняет дальнейшую их реабилитацию.

Так, у большой группы пациентов, которым показано оперативное лечение, проблемой психологического характера является неуверенность в положительном исходе предстоящей операции, что приводит к отказу от дальнейшего радикального лечения.

Прогнозирование исходов предстоящего оперативного лечения придает пациентам уверенность и создает им определенные комфортные условия.

С этой целью нами разработан способ прогнозирования регресса болевого синдрома после оперативного вмешательства на межпозвоночных дисках в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (патент на изобретение №2177729). Предлагаемый способ основан на том, что болевой синдром возникает от совокупного воз-

действия комплекса измененных межпозвоночных дисков с образовавшимися за счет этого воздействия патологическими процессами в области очага заболевания и особенностей анатомического строения позвоночного канала, на неврологические структуры, составляющие спинномозговые корешки, а остаточная совокупность не устраненных оперативным путем элементов этого патологического комплекса составляет клинические проявления заболевания в послеоперационном периоде.

При численном процентном выражении интенсивности первоначального (предоперационного) болевого синдрома и патологических процессов, вызывающих его, появляется возможность схематического составления проявлений пояснично-крестцового остеохондроза в 15 вариантах. Это выражение используется нами в виде 15 индивидуальных прогностических карт.

Каждая индивидуальная прогностическая карта соответствует определенной интенсивности первоначального болевого синдрома и числу пораженных сегментов в очаге заболевания.

Карта имеет свою процентную значимость признаков, способных вызвать болевой синдром по данным

магнитно-резонансной томографии (МРТ). Кроме этого в каждой карте имеется таблица численного выражения МРТ-картины очага остеохондроза, в которой по вертикали расположены МРТ-признаки, влияющие на образование болевого синдрома, а по горизонтали — пораженные сегменты. Прогнозируемый результат получается как произведение процентной значимости МРТ-признаков, способных вызвать болевой синдром, на количество не устраненных МРТ-признаков.

Подбор индивидуальной прогностической карты осуществляется следующим образом:

1. Определяется интенсивность первоначального болевого синдрома, затем с помощью МРТ устанавливается количество пораженных сегментов, входящих в состав очага заболевания. Используя полученные данные, производится выбор индивидуальной прогностической карты, совпадающей соответственно по интенсивности болевого синдрома и числу пораженных сегментов.

2. После того, как индивидуальная прогностическая карта подобрана, производится ее заполнение. В таблице численного выражения МРТ-картины очага заболевания указывается каждый пораженный сегмент.