

Г.С. Кокин, В.А. Никулина, И.В. Яковенко,
А.Ю. Орлов, Я.Н. Лисовец

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НЕРВНЫХ СТВОЛОВ, ПОСТУПИВШИХ НА ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Российский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова,
г. Санкт-Петербург

Регенерация поврежденных нервных стволов после операции, как известно, отличается длительностью. Особую группу среди послеоперационных больных представляют пациенты с замедленной регенерацией, что требует особой тактики при выборе повторных операций. Показанием для проведения повторных вмешательств являются рубцовые перерождения и перетяжки нервных стволов, возникающие в послеоперационном периоде.

В работе представлен анализ клинико-физиологических показателей 79 больных, поступивших на повторное хирургическое и консервативное лечение. Все больные отмечали появление чувствительности после операции и изменение температуры дистальных отделов (кистей и стоп). Наиболее частой жалобой у обследован-

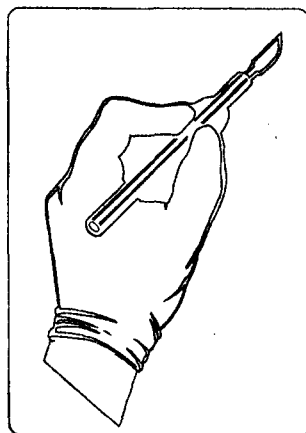
ных, помимо утраты движения, являлась боль, возникающая при смене погоды и эмоционально-физическом напряжении.

Объективное измерение температуры кожи в зонах иннервации различных нервов выявляло изменение продольных и поперечных градиентов температуры, извращение соотношения центральной температуры слуховых проходов и периферической температуры кистей и стоп, что отражало нарушение межполушарных сенсорных отношений. Сопутствующие нарушения кровообращения руки или ноги были связаны с повреждением магистральной артерии рубцовым перерождением и перетяжкой стенки сосуда, появлением патологического артериовенозного шунтирования. Особое значение имело нарушение эндотелиозависимой функции регуляции регионарного кровообращения, связанное с травмой и нарушением

трофического обеспечения стенки сосуда и эндотелия. Объективным подтверждением гипоксии тканей руки являлось повышение уровня пирувиноградной и молочной кислоты в венозной крови.

Изменение афферентации из тканей парализованной и "интактной" руки приводило к нарушению вегетативной координации, что определялось по анализу ритма сокращений сердца при выполнении дозированной раздельной синокаротидной функции правой и левой зоны, по результатам пробы на реактивную посттравматическую гиперемии тканей кистей и стоп.

Таким образом, изменения клинико-физиологических показателей у этой категории больных отражают всю сложность патогенеза посттравматических нарушений в зоне оперативного вмешательства, что требует оптимизации программы реабилитационных мероприятий.



Ю.В. Боляев, Н.Г. Жила, А.Б. Родионов

ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ ПРИ СЛУЧАЙНЫХ РАНЕНИЯХ КИСТИ У ДЕТЕЙ

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

Нами проведено анализ лечения повреждений кисти у детей за последние 15 лет. Ежегодно травмы данного вида получали от 581 до 700 детей. В 72% случаев это были мальчики, в 28% случаев — девочки. В 51,5% случаев дети травмировали кисть в результате ударов о различные предметы и ударов предметами, в 31,9% — в результате падения, в 4,9% — при неосторожном обра-

щении с острыми предметами, в 0,3% — от укусов человека и животных, в 0,3% — при манипуляциях с взрывоопасными предметами, в 11,1% — вследствие других причин. Открытые повреждения кисти составили 9,1%, и 3,2% пострадавших нуждались в стационарной помощи.

По локализации повреждения кисти распределились следующим образом: фаланги пальцев кисти — 66,1%, пястный отдел кисти — 22,9%, запястье — 0,7%, лучезапястный сустав — 10,3%. Из пальцев кисти наиболее часто поражался первый (28,9%), да-

лее в порядке убывания следовали травмы второго пальца (27,4%), третьего (17,9%), пятого (15,4%), четвертого (10,4%). При изолированных и многокомпонентных случайных ранениях кисти было повреждено 63 нерва у 42 пострадавших. Преобладали повреждения собственно пальцевых (58,9%) и общепальцевых (20,8%) нервов. Реже повреждения имели срединный (9,4%), локтевой (6,2%), лучевой (4,7%) нервы.

Все виды чувствительности исследовали симметрично на пальцах здоровой и травмированной кисти,

включая автономные и смешанные зоны чувствительности для лучевого, срединного и локтевого нервов. Для объективизации исследования чувствительности кожу на ладонной поверхности кисти делили на 5 зон, соответствующих анатомическому расположению и делению срединного и локтевого нервов кисти. Для качественной и количественной оценки чувствительности использовали дискриминационный тест Вебера.

При повреждении нервных стволов отмечены результаты снижения дискриминационной чувствительности в ближайший период после операции от 5 до 20 мм и более, затем в течении 2—6 мес. эти показатели приходили в норму (2—3 мм).

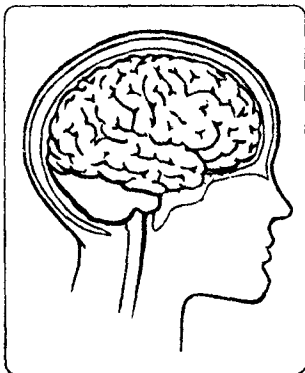
Функциональная чувствительность исследовалась с помощью познавательного теста Моберга. При этом больному давали 10 мелких предметов, употребляемых в повседневной жизни (пуговицу, гайку, скрепку и др.) и разрешали ощупать эти предметы сначала здоровой, а затем больной рукой. После этого пострадавший ощупывал их поврежденной кистью без контроля зрения. Таким же образом больному предлагалось определить на ощупь 3 кусочка наждачной бумаги (мелкой, средней и крупной). При нормальной чувствительности больной определял все предметы правильно, при нарушенной — на 80% от нормы и ниже.

При лечении повреждений нервов кисти с применением микрохирур-

гической техники (МХТ) проводили эпинеуральный и перинеуральный шов нерва (84%), аутопластику нервов (9,6%), транспозицию нервов (6,4%).

При проведении аутопластики нервных стволов использовали сохранившиеся собственные пальцевые нервы разрушенных пальцев кисти, чувствительные кожные нервы предплечья и икроножный нерв. Показанием к пластике служил значительный диастаз (2 см и более) между концами поврежденных нервов.

В результате проведенного хирургического лечения с использованием МХТ во всех случаях у данных больных получен положительный результат.



Е.А. Желбунова

ПСЕВДООПУХОЛЬ РЕТРОБУЛЬБАРНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

Мы с поражением экстраокулярных мышц, 23 (10,4%) — орбитальных стенок, 4 (1,7%) — фиброзной капсулы глазного яблока.

наблюдением псевдоопухоли ретробульбарной клетчатки, по поводу которой была предпринята операция с благоприятным исходом. Диагноз был поставлен при микроскопическом исследовании операционного материала. Хотя этиология воспалительной реакции осталась неясной, очевидно, что речь идет о продуктивном хроническом воспалении с участками иммунокомпетентных клеток.

Изучение литературы показало, что в офтальмологической практике подобного рода наблюдения имеют довольно часто: мы нашли описание 225 случаев (почти 20% к общему числу орбитотомий) [4]. Среди всех опухолей этой области псевдоопухоль составляют 4-13%, и значит, подобная патология диагностируется в офтальмологических отделениях и практически не доходит до нейрохирургических. Именно поэтому мы сочли необходимым опубликовать свое наблюдение с комментариями в нейрохирургической литературе. Заметим, что по данным [4], среди всех опухолевидных процессов ретробульбарной клетчатки выделены 53 случая (23%) с вовлечением в процесс слезной железы, 38 (16,5%) —

Термин "псевдоопухоли ретробульбарной клетчатки" появился в 1904-1908 гг. и отражает воспалительные изменения в тканях орбиты, имеющие сходную с опухолевым процессом клиническую картину. Тот факт, что воспаление тканей орбиты, особенно хроническое, протекает в виде псевдоопухоли, объясняется анатомическими особенностями ретробульбарной клетчатки. Последняя представлена рыхлой соединительной и жировой тканями, в которых проходят нервы, кровеносные сосуды, поперечно-полосатые мышцы.

В ретробульбарной клетчатке имеется обильное венозное сплетение, анастомозирующее как с мозговыми сосудами, так и с венами лица, в частности, крыловидной ямки. Некоторые авторы считают, что в глазнице имеется лимфатическая система в виде щелей в массиве ретробульбарной клетчатки, которые сообщаются с лимфатическими сосудами слезной железы и, по-видимому, через решетчатый лабиринт и слезно-носовой канал связаны с лимфатическими сосудами носа. Вопрос о наличии оформленных лимфатических сосудов в глазнице еще не решен [2, 3].

Обилие венозных сосудов и лимфатических щелей способствует быстрому отеку тканей орбиты при воспалении, а костное окружение приводит к тому, что отечные ткани выбухают в сторону открытой части глазницы, что сопровождается появлением экзофтальма.

В настоящее время в зарубежной литературе предпринимаются попытки классифицировать псевдоопухоли орбиты в зависимости от формы воспаления и особенностей патогенеза процесса.

Приводим наше наблюдение.

В институт для оперативного вмешательства поступила женщина 29 лет с объемным образованием латеральных отделов левой орбиты. Заболела остро. Предъявляла жалобы на постоянную пульсирующую боль в верхне-лоорбитальной и височной областях с иррадиацией в левое глазное яблоко, отек вышеуказанных областей, снижение остроты зрения на левый глаз и экзофтальм левого глазного яблока.

При компьютерной томографии выявлено объемное образование верхне-латеральной области левой орбиты, размерами 2,4 × 2,0 см, вызывающее узурацию костных структур. На операции с использованием боковой костной орбитотомии с резекцией наружных отделов сфеноидального гребня и