

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).

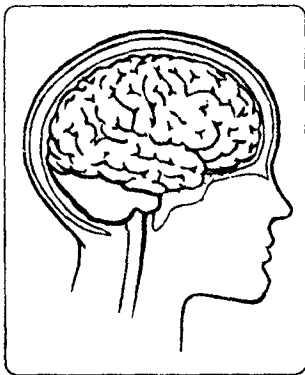
Функциональная чувствительность исследовалась с помощью познавательного теста Моберга. При этом больному давали 10 мелких предметов, употребляемых в повседневной жизни (пуговицу, гайку, скрепку и др.) и разрешали ощупать эти предметы сначала здоровой, а затем больной рукой. После этого пострадавший ощупывал 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 "псевдоопухоль 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

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-

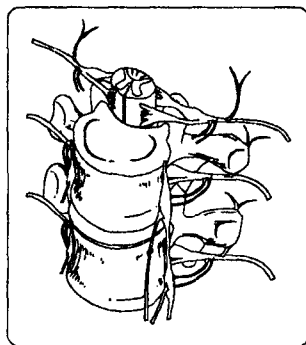
торые проявлялись их склерозом и сужением просветов. В периваскулярных тканях были видны зоны фиброза.

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