

Взаимоотношения элементов полового сосудисто-нервного пучка

Количество препаратов	Стволы нерва		
	один	два	три
6	Нерв Вена Артерии		
1	Артерии * Вена Нерв		
4	Артерии Нерв Вена		
6	Нерв * Артерии Вена		
4		Нерв Вена Артерии Нерв	
2		Нерв * Артерии Вена Нерв	
1			Нерв * Нерв Нерв Вена Артерии

* Нерв лежит на мобильной части крестцово-остистой связки выше седалищной ости.

Неблагоприятное положение полового нерва в малом седалищном отверстии у некоторых людей предрасполагает к возникновению компрессионной пудендонейропатии. Возникновение наблюдаемых в клинике симптомов нейропатии и вазопатии в области иннервации и кровоснабжения полового сосудисто-нервного пучка возможно за счет сдавления последнего в подгрупповидном отверстии, а также между крестцово-остистой и крестцово-бугорной связками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский Я. Ю. В кн.: Синдромы позвоночного остеохондроза. Казань, 1978.—2. Попелянский Я. Ю., Бобровникова Т. И. Журн. невропат. и психиатр., 1968, 5, 656.—3. Попелянский Я. Ю., Ризаматова С. Р. В кн.: Спондилогенные и миогенные заболевания нервной системы. Казань, 1983.—4. Привес М. Г. и др. Анатомия человека. Л., Медицина, 1974.—5. Раубер А. Руководство по анатомии человека. СПб, 1911, 5, 435.—6. Синельников Р. Д. Атлас анатомии человека. М., Медицина, 1974, т. 3.

Поступила 20.07.85.

УДК 616.72—002.775—085.995.17:612.135

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ГЕПАРИНОМ

А. Ф. Аскарлов, А. В. Самцов

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.—доц. В. В. Никитин) Башкирского медицинского института, Уфимский научно-исследовательский институт гигиены и профессиональных заболеваний (директор—Л. М. Карамова)

С целью выяснения характера тканевого суставного кровотока при деформирующем остеоартрозе и определения результатов лечебного воздействия гепарином при внутрисуставном введении изучены клинические данные у 22 больных первичным

гоартрозом. Возраст больных колебался от 40 до 76 лет. Из 39 леченных суставов I стадия процесса диагностирована у 43,6% больных, II — у 38,5%, III — у 17,9%. Диагноз ставили на основании результатов общеклинического обследования. Тяжесть поражения сустава дегенеративно-дистрофическим процессом определяли по рентгенологической картине с учетом высоты суставной щели, наличию краевых костных разрастаний, степени субхондрального остеосклероза.

Характер кровообращения в суставах больных (18 чел.) исследовали на сканограммах (82), полученных путем введения гиппурана-¹³¹I внутрисуставно в дозе 8 МБк в 20 мл стерильного физиологического раствора. После введения изотопа больной 2—3 раза сгибал ногу в коленном суставе для равномерного распределения раствора в полости. Запись вели на сканере «Гамма» типа МВ-8100 в передней и задней проекции. Контролем служили сканограммы здоровых суставов у 4 больных.

Гепарин вводили больным по 5000 ЕД (1 мл) через день, реже через два дня с соблюдением обычной техники внутрисуставных пункций (8—10 инъекций). При поражении двух суставов препарат вводили одномоментно. Увеличение дозы свыше 5000 ЕД у некоторых больных сопровождалось усилением боли в суставе, появлением скованности в нем, что послужило причиной отказа от более высоких доз препарата. Через 3—5 введений гепарина больные почувствовали уменьшение боли в суставе и хромоты, увеличение объема движений. Положительная динамика проявлялась исчезновением ночных болей и болей в покое, а при дальнейшем лечении — и болей при ходьбе по ровной поверхности. Клинический эффект после введения гепарина получен в целом у 79,5% пациентов. В процессе лечения выявлена взаимосвязь со стадией заболевания. Так, в I стадии деформирующего остеоартроза положительная динамика определена в 87,5% леченных суставов, во II — в 80,0%, в III — в 71,4%.

При изучении картин распределения активных зон кровообращения на сканограммах в здоровых суставах людей выяснилось следующее. Участки повышенной активности располагались выше середины надколенника, чаще по его внутреннему краю и в наружной половине верхнего заворота. По задней поверхности основная активность проявлялась в середине подколенной ямки в виде поперечно расположенных участков, нередко с подъемом вверх по латеральной части бедра. Области повышенной или меньшей активности радиондикации характеризовались ровным распределением и плавными переходами. У больных с деформирующим остеоартрозом зоны активности изотопа располагались в тех же местах, что и в норме, не ниже середины надколенника или подколенной ямки. Для сканограмм больных было характерно диффузно неравномерное распределение изотопа в виде множества небольших разбросанных участков повышенной активности, придающих рисунку мозаичность.

В результате курса лечения гепарином на сканограммах выявлены изменения, заключающиеся в увеличении площади повышенной активности и более ровной индикации изотопа в этих зонах, что привело к исчезновению мозаичного характера рисунка.

Полученные данные радиоизотопного обследования указывают на патологию синовиального кровообращения при деформирующем остеоартрозе в виде замедления скорости кровотока, его неравномерного распределения по поверхности синовиальной оболочки с уменьшением площади васкуляризации. Подобные нарушения, несомненно, сказываются на развитии дегенеративно-дистрофических изменений в самой синовиальной оболочке и ее функции — выработке синовиальной жидкости. В конечном счете происходит ухудшение питания суставного хряща с возникновением условий для его дегенерации. Поэтому, на наш взгляд, состояние синовиального кровотока играет немаловажную роль в этиологии и патогенезе деформирующего остеоартроза. Лечение внутрисуставными введениями гепарина приводит к активации кровообращения в синовиальной оболочке. Однако действие гепарина заключается, вероятно, не только в усилении синовиального кровотока, но и в улучшении свойств и функции синовиальной жидкости и метаболизма в суставном хряще.

Анализ отдаленных результатов показал, что у больных с I стадией артроза достигнутый эффект лечения сохранялся $15,2 \pm 4,0$ мес, со II — $11,0 \pm 1,2$ мес, с III — только $3,5 \pm 2,5$ мес.

Таким образом, лучшие результаты лечения гепарином были получены при I и II стадиях деформирующего остеоартроза. Однако применение гепарина целесообразно и при III стадии заболевания, поскольку он положительно влияет на состояние синовиального кровотока и тканевой гомеостаза.

Противопоказаниями к данному методу лечения являются гнойничковые пора-

УДК 616.831—006.6—005.98—089.8

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЕРИФОКАЛЬНОГО ОТЕКА У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Н. Х. Саматов, М. М. Ибатуллин

Ленинградский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский нейрохирургический институт имени проф. А. Л. Поленова (директор — докт. мед. наук Г. С. Тиглиев)

Отек головного мозга является крайне тяжелым осложнением в клинике самых разнообразных заболеваний. У ряда нейроонкологических больных большое значение имеет оценка выраженности отека в перитуморозной зоне. Распространяясь далеко за пределы новообразования, отек усугубляет смещение головного мозга и может способствовать вклиниванию. Среди инструментальных методов клинической оценки перифокального отека наиболее информативна компьютерная томография [9, 10], однако ее применение пока экономически ограничено.

В ходе развития внутричерепной гипертензии и роста опухоли происходит компенсаторное уменьшение резервных пространств (желудочков, субарахноидальных щелей, базальных цистерн) головного мозга [4, 8], поэтому весьма важными представлялись оценка и сопоставление выраженности перитуморозного отека и состояния резервных пространств головного мозга у больных с супратенториальными новообразованиями до операции и во время нее.

Были обследованы 37 больных (18 мужчин и 19 женщин) с опухолями головного мозга супратенториальной локализации. У 19 человек были интрацеребральные опухоли, у 18 — экстрацеребральные. Больные были подразделены на различные группы в зависимости от преимущественной локализации новообразования, гистоструктуры и злокачественности опухолей [1, 11], фаз клинического течения заболевания [2, 5].

Комплексное обследование включало неврологическое и эхографическое исследование, а также определение содержания воды в навесках мозга, взятых из перитуморозной зоны во время операции. Основным эхографическим критерием диагностики опухоли головного мозга и перифокального отека являлась асимметрия сигнала от структур средней линии головного мозга и субарахноидальных пространств Sylvianian щелей. Смещение М-эха оценивали при битемпоральном озвучивании методике И. А. Скорунского и В. Е. Гречко [7]. Применяли отечественный эхоэнцефалограф «Эхо-11» и стандартные ультразвуковые датчики диаметром 26 мм и частотой 0,88 МГц.

Для определения содержания воды во время операции брали навески массой 20—50 мг мозговой ткани, прилежащей к опухоли. Кусочки нефиксированной мозговой ткани высушивали в термостате при температуре 105° в течение суток и разнице в массе определяли содержание воды. С учетом процесса демиелинизации и фрагментации миелина в перитуморозной зоне [3, 6], то есть распада и убыли его гидрофобного жиродержащего вещества, для определения истинного процентного содержания воды была применена методика обезжиривания петролейным эфиром [3]. Таким образом, исключалось влияние изменения уровня липидов на содержание воды в исследуемом материале. Расчет процентного содержания воды проводили на 100 г влажной как необезжиренной, так и обезжиренной массы изучаемой ткани. Количество липидов находили по отношению липидов к сухому обезжиренному остатку.

Расчет содержания воды на единицу массы необезжиренной ткани перитуморозной зоны белого вещества у всех больных показал ее резкое увеличение, в обезжиренной ткани воды было значительно меньше.

Средняя величина смещения М-эха была наибольшей при новообразованиях, занимающих зону стыка лобной, височной и теменной долей, меньшей — при опу-