

фалической ретикулярной формации оказались практически равными (29 ÷ 32). Наибольшее количество реакций наблюдалось у нейронов ПОССИ, отвечающих на афферентные потоки от ретикулярной формации (396), от проекционных отделов: слухового (215), кожного (275) и зрительного (215) анализаторов. Однако при практически равном соотношении количества облигатно реагирующих нервных клеток и параметров относительной конвергенции сигналов к нейронам ПОССИ, возбудимость входов к сигналам других модальностей, конвергирующих к облигатно реагирующим нейронам существенно разнятся. Наибольшую возбудимость проявляли входы для сигналов от ретикулярной формации (10,44 ÷ 12,21герц) на нейронах облигатно реагирующих на сигналы проекционных отделов. Нейроны облигатно отвечающие на сигналы МЭРФ имели наибольшие значения параметров относительной конвергенции 12,37герц. На этом фоне значения параметров возбудимости входов для сигналов из слуховой коры составляли 6,15 герц, входы получающие сигналы из соматосенсорной области коры имели величину этого параметра 8,87 герц и сигналы из зрительной коры поступали на входы с возбудимостью 7,45 герц.

Таким образом, установлено, что нейроны переднего отдела средней супрасильвиевой извилины в процессе построения идеального образа в мозге селективно изменяют возбудимость своих входов к афферентным потокам, в зависимости от модальности конвергирующих сигналов. Программа построения идеального образа нервными клетками переднего отдела средней супрасильвиевой извилины формируется под влиянием афферентных потоков на входы, имеющих самую высокую чувствительность из всех изученных входов у нейронов переднего отдела средней супрасильвиевой извилины. Поэтому можно утверждать, что сигналы управляют из мезэнцефалической ретикулярной формации идеальным в головном мозге.

Доброкачественные опухоли кисти и образования, имитирующие их

Исмаев Р.Р., Галимов О.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Доброкачественные опухоли кисти в практике врачей наблюдаются чаще, чем регистриру-

ются. В области кисти встречаются практически все морфологические варианты опухолей мягких тканей. Основное место занимают доброкачественные опухоли, из которых наиболее распространенными являются новообразования, исходящие из соединительной и сосудистой ткани.

К опухолям соединительнотканной природы относятся гигантоклеточные опухоли вспомогательных волокнисто-синовиальных приборов сухожилий кисти (ГКО-ВПК).

За период с 1997 по 2003 год нами было исследовано 42 пациента, у которых было выполнено 40 операций, у 3-х повторно, по поводу рецидива образования, что составило 7,6% от числа хирургических вмешательств на кисти по поводу опухолей и образований, имитирующих их. Среди пациентов преобладали женщины 18 (46,15%), мужчин было 15 (38,46%). Средний возраст больных составил 45 лет. Чаще это были лица от 21 до 30 лет

Было отмечено, что опухоли начали образовываться после физического перенапряжения сухожильно-связочного аппарата. В начале появлялась боль, после стихания болей пациенты обращали внимание, где была боль, возникало опухлевидное образование. Длительность заболевания колеблется от 3-4 недель до несколько лет. Поводом посещения хирурга или травматолога ортопеда является рост опухлевидного образования, болезненные ощущения при физических нагрузках кисти (пальцев) его злокачественный характер и косметические соображения.

В нашем случае доброкачественные опухоли наблюдаются одинаково на правой (50%) и левой (50%) кисти. В подавляющем большинстве случаев они локализируются в области лучезапястного сустава или на тыле кисти 74,4%, на пальцах 25,6%; левой кисти 17,9%, правой 7,7%, преимущественно поражаются пальцы лучевой группы 1-111 (60%).

Опухоли чаще определялись на тыле в области лучезапястного сустава. Их размер колебался от нескольких мм до 2-3 см, также разнообразно и число узелков и узлов опухоли в каждом новообразовании. Различна и плотность опухоли: от мягкой эластичной до хрящевой. Новообразование в области лучезапястного сустава, тыла кисти или пораженного пальца функция сохранялась и каких либо отклонений в состоянии здоровья у пациентов не отмечалось, интактными оставались и регионарные лимфоузлы.

На обзорных рентгенограммах выявляется увеличение объема мягких тканей, иногда опре-

деляется тень узла.. Значение и ценность рентгенологического исследования, по мнению многих авторов, сводится к выявлению состояния кости в зоне роста опухоли и к диагностике вторичных костных изменений, сопровождающих эти опухоли.

Дифференциальный диагноз доброкачественных опухолей облегчается по мере накопления опыта, и в настоящее время клиническое распознавание обычно совпадает с заключением гистологов.

ГКО и ВПК приходится отличать от эпидермоидной и эпителиальной кист, для которых характерны округлая формы, упругая эластичная консистенция и поверхностное расположение, чаще на ладонной поверхности.

От ганглия сухожильных влагалищ и сочленений они отличаются характерной локализацией на тыльной и ладонной поверхности запястья или в зоне проксимального заворота сухожильного влагалища сгибателей пальцев.

Ответственно и трудно провести дифференциальный диагноз между ГКО – ВПК. Тщательный анамнез, уточняющий болезненные ощущения в покое и при нагрузке руки, «упадок сил», локализация опухолей у основания пальца и на пясти, « быстрый» рост образования, рентгенография ангиография способствуют правильному распознаванию. Само собой разумеется, что все пациенты с опухолевидными образованиями кисти до операции консультируются онкологом, а удаляемое образование направляется для гистологического исследования.

Лечение доброкачественной опухоли только хирургическое. При расположении доброкачественных новообразований на пальцах, при наличии операционного блока, отвечающего современным требованиям хирургии, инструментария, и , конечно, хирурга и ассистента, имеющих опыт операций на кисти, это вмешательство выполнимо в условиях Центра амбулаторной ортопедии, а также хирургического отделения поликлиники. Иссечение доброкачественной опухоли – операция плановая, почти всегда атипичная, требующая готовности хирурга к видаизменениям по ходу вмешательства. Размеры в каждом случае индивидуальны. Опухоль может иметь тонкую оболочку, но чаще покрыта оболочкой частично. Она склонна давать отрости в окружающие ткани, которые располагаются между сухожилиями и костей кисти.

После иссечения опухоли операция заканчивается тщательным осмотром, хотя это и не является гарантией от рецидива, удаляемое образование направляется для гистологического исследования.

Макроскопически опухоль может иметь вид одиночного округлого или овального узла с гладкой или бугристой поверхностью, или состоять из нескольких узлов. Консистенция узлов в основном круглая. Окраска от сероватого до желтоватого цвета. Содержимое опухоли имеет гелеобразную массу.

В настоящее время мы предупреждаем о рецидиве после операции. Рецидивы на данный момент выявлены у трех из 42 пациентов.