

да больной в отделение реанимации ей начата инфузионная терапия. Установлен назогастральный зонд: отошло около 2,5 л желудочного содержимого темно-коричневого цвета с неприятным запахом. Желудок промыт физиологическим раствором. Живот значительно опал, не вздут, мягкий во всех отделах, безболезненный.

Осмотр невропатолога: ЧМН — легкий дефект конвергенции. Мышечный тонус диффузно снижен. Сухожильные рефлексы рук оживлены. Коленные рефлексы живые. Ахилловы рефлексы снижены с обеих сторон. Симптом Бабинского стационарный. Умеренная асимметрия поверхностной и глубокой чувствительности.

Осмотр травматолога: спина прямая, отмечается болезненность в проекции VII грудного позвонка.

По данным ФГДС: фиброзно-эрозивный эзофагит, дуоденогастральный рефлюкс. Выраженный поверхностный гастродуоденит. Атония желудка.

На 3-и сутки с момента поступления диагноз "кишечная непроходимость" снят. В связи с улучшением общего состояния больную перевели в хирургическое отделение. Назначено скелетное вытяжение по поводу компрессионного перелома VII грудного позвонка.

УДК 618.177 — 089.8 — 072.1

С.Д. Королева, А.А. Плотникова (г. Йошкар-Ола). Опыт эндохирургического лечения трубного бесплодия у женщин

Проанализирована эффективность хирургической лапароскопии у 107 больных с трубно-перитонеальной формой бесплодия. Женщины были в возрасте от 20 до 25 лет — 23 (21,5%), от 26 до 35 — 68 (63,6%), от 35 и старше — 16 (14,9%). Длительность бесплодия у 40 больных колебалась от одного года до 5 лет, у 48 — от 6 до 9 лет, у 15 — от 10 до 14 лет, у 4 — от 15 и более лет.

Первичное бесплодие констатировано у 42 (39,2%) больных, вторичное — у 65 (60,8%). Применяли операционный лапароскоп фирмы "Шторц" (Германия) с набором троакаров и манипуляторов. Всем больным во время операции проводили хромогидротубацию с метиленовым синим.

Во время лапароскопии у 32 больных был диагностирован сактосальпинкс, который у 2 женщин сочетался с узловой формой миомы матки и наружным эндометриозом, у 5 — с наружным эндометриозом. У 66 больных имел место перитубарный спаечный процесс различной выраженности с частичным нарушением проходимости маточных труб и их деформацией.

У 44 больных был проведен салпинголизис в комбинации с пластикой труб (сальпингостомия, фимбриопластика): у 13 с резекцией труб в ампулярных отделах, у 2 — с резекцией труб в ампулярных отделах с консервативной миомэктомией, у 2 — с пластикой трубы, коагуляцией очагов эндометриоза и консервативной миомэктомией, у 5 — с коагуляцией очагов эндометриоза и пластикой труб. Продолжительность операции составляла в среднем 45 минут. У 6 больных мы ограничились диагностической лапароскопией из-за обширного спаечного процесса в малом тазе.

При проведении лапароскопии и в послеоперационном периоде осложнений не возникло.

Во 2-й день послеоперационного периода всем больным провели по одной гидротубации с

физиологическим раствором, затем реабилитационную терапию по методу консервативного ведения больных с одновременным приемом оральных контрацептивов в течение 6 месяцев.

Все больные с наружным эндометриозом получали даназол (даноген, дановал) по 200 мг 4 раза в сутки в течение 6 месяцев и одновременные препараты, улучшающие реологию крови и микроциркуляторное русло, биостимуляторы, ингибиторы простагландинов, ГБО, а также УФО крови.

Через 6 месяцев после операции и лечения мы проконтролировали проходимость маточных труб методом гистеросальпингографии с использованием водорастворимого рентгеноконтрастного вещества. Беременность наступила у 52 пациенток: у 29 — после салпинголизиса, у 19 — после той же операции в сочетании с пластикой труб, у одной — с пластикой труб, коагуляцией очагов эндометриоза и консервативной миомэктомией, у 2 — с коагуляцией наружных очагов эндометриоза и пластикой труб.

2 женщины по поводу наступившей внематочной беременности были прооперированы в экстренном порядке в другом лечебном учреждении.

Таким образом, оперативная лапароскопия является эффективным методом лечения трубного бесплодия в сочетании с консервативной терапией.

УДК 616.37—002.4—085.15

В.Ф. Жаворонков, С.А. Михеев (Казань). Плазмозамещающая терапия у больных с острым панкреонекрозом

Лечение больных с острым панкреонекрозом представляет большие трудности, что связано, помимо всего, и с изменением физико-химических свойств плазмы. Последняя становится вязкой, белого цвета, иногда с сероватым или грязным оттенком. Такая плазма блокирует микрососудистое русло с развитием дыхательного дистресс-синдрома, печеночной и почечной недостаточности. Общепринятый метод форсированного плазмафереза с эксфузией 1,2-1,5 л плазмы далеко не всегда бывает эффективным.

Нами проведена попытка массивного замещения плазмы больного свежемороженой одногруппной плазмой в объеме 3,2-3,5 л. Кровь брали из центральной вены или лучевой артерии при наличии артериовенозного шунта в объеме около 500 мл одномоментно. После центрифугирования плазму забирали в отдельный пакет, а эритроцитарную массу с добавлением 100-150 мл 0,9% раствора хлорида натрия возвращали больному. Дефицит плазмы возмещали адекватным или превышающим на 10% объемом свежемороженой плазмы. Интервал между взятием крови составлял в среднем 45 минут, а продолжительность процедуры — около 16 часов. Эффект оценивали по клиническим признакам и визуальному контролю за качеством эксфузированной плазмы. Плазма больного светлела, становилась более жидкой; в верхнем слое появлялась полоска светло-желтого цвета. Окончательный эффект плазмозамещающей терапии оценивали по цвету и консистенции плазмы: она приобретала светло-желтый оттенок и хорошую текучесть. При тяжелых формах панкреонекроза проводили по два сеанса с общим забором плазмы в объеме 6,5—7,0 л. Ее возмещение осуществлялось

свежемороженой плазмой и 10—20% раствором альбумина в соотношении 1:2.

Описанный метод применен нами у 5 больных с тотальным панкреонекрозом, диагноз которого был установлен во время операции. Осложнений не наблюдалось ни в одном случае. Улучшались клинические и лабораторные показатели (исчезал дистресс-синдром, восстанавливалась функция печени и почек, снижался уровень pCO_2 , билирубина, активность трансаминаз, α -амилазы, содержание мочевины, молекул средней массы, исчезал фибриноген Б). Дальнейшее течение болезни определялось возникновением осложнений, не связанных с описанным методом (нагноительные процессы, кровотечения из эродированных сосудов и т.п.), подтвердившихся клинически и при повторных лапаротомиях. Не пренебрегая предлагаемым методом другим способом лечения, в том числе и эфферентным методом детоксикации, мы считаем, что плазмазамещающая терапия у больных с острым панкреонекрозом способствует раннему их выведению из эндотоксического шока и обеспечивает более благоприятное течение болезни.

УДК 616.724—007.41—02.616.8—009.29—08

С.А. Зивевский, Г.Г. Насибуллин (Казань).

Тик лица у больного с дистонией височно-нижнечелюстного сустава

Лицевой тик относится к заболеваниям, патогенез которых может быть обусловлен рефлекторным механизмом. Его клиника характеризуется непроизвольными мышечными подергиваниями на одной половине лица. Как правило, судороги начинаются спонтанно, легко провоцируются во время еды, разговора, психическими и физическими напряжениями, появляются только в периоде бодрствования и совершенно безболезненны. Заболевают им люди различных возрастов.

На кафедру ортопедической стоматологии обратилась больная Л., 53 лет, с жалобами на тик в области левого глаза, боль в области височно-нижнечелюстного сустава слева, шум в левом ухе, чувство заложенности и переливания жидкости.

Особенно беспокоил тик, сопровождавшийся слезотечением из глаза. В анамнезе — перенесенное душевное потрясение. Страдает в течение четырех лет. Вначале появилось кратковременное подергивание мышц лица в области левого глаза. Постепенно приступы стали повторяться чаще. Проведенный курс иглоукалывания улучшений не дал; наоборот, тик стал повторяться еще чаще, почти без промежутков. В последующем больная неоднократно лечилась у невропатологов в разных клиниках города. Улучшения не наступало.

Объективно: лицо симметричное. Резко выражены носогубные складки. В области левого глаза отмечается периодическое, с интервалами в 1—1,5 минуты, подергивание мимических мышц. Степень открывания рта — в пределах нормы, движения нижней челюсти плавные. Пальпация височно-нижнечелюстного сустава слева незначительно болезненна, жевательных мышц безболезненна. Прикус ортогнатический, его высота снижена на 6 мм. Во рту имеются мостовидные протезы и одиночные коронки. На нижней челюсти отсутствуют жевательные зубы с обеих сторон (концевые дефекты). На рентгенограмме височно-нижнечелюстного сустава

определяется изменение топографических взаимоотношений элементов сустава слева, выраженное в заднем положении суставной головки в суставной ямке.

Диагноз: дистопия элементов височно-нижнечелюстного сустава слева. Лицевой тик в области левого глаза.

Лечение проводили в два этапа: на первом — была изготовлена пластмассовая нижнечелюстная накusочная пластинка с целью уменьшения давления на задние отделы суставной ямки, обеспечивающая незначительное выдвижение челюсти вперед. Уже на третий день после наложения пластинки больная почувствовала полное исчезновение шума в левом ухе, значительное сокращение приступов тика. Еще через неделю тик полностью исчез. Для достижения стойкого результата первый этап лечения длился 6 месяцев. В это время контрольные осмотры осуществлялись один раз в месяц. По истечении шестого месяца лечебную пластинку убрали и через 3 недели после этого приступили ко второму этапу — протезированию зубов. Взамен имевшихся протезов изготовили новые косметические мостовидные протезы, коронки и бюгельный протез на нижней челюсти. Особое внимание было обращено на восстановление высоты прикуса. После протезирования больная наблюдается семь лет в состоянии удовлетворительное, приступы тика возникают редко (1-2 раза в месяц).

Таким образом, положительный результат лечения данного заболевания позволяет надеяться, что наряду с традиционными методами следует применять в определенных ситуациях с матолого-ортопедическое лечение. Оно должно быть направлено на восстановление высоты прикуса и нормализацию положения головок височно-нижнечелюстного сустава, поскольку при задней топографии суставных головок возможно давление на заднюю стенку височно-нижнечелюстного сустава с перемещением нагрузки на нервные сплетения в области глазеровой щели.

УДК 617.576—006.39—089.8

Г.Г. Неттов (Казань). Олеома кисти

Олеома (синонимы: *липогранулема*, *олеосклерома*, *гранулема липоидная* и др.) — очаг хронического воспаления, для которого характерно наличие в инфильтрате мелких кист, выстланных крупными клетками, содержащими жир, а также гигантских многоядерных клеток. Обычно олеома возникает в месте инъекции масляных растворов лекарственных веществ. Обычными местами локализации инъекционных гранул (олеом) являются, как правило, область ягодицы, наружная поверхность плеча, лопаточные области. Наши клинические наблюдения показывают, что причиной формирования олеом является введение жидкого вазелина, причем в необычное место — в ткани кисти (2 случая — три кисти).

Приводим наше наблюдение.

И., 20 лет, поступил в отделение хирургии кисти НИЦТ "ВТО" 09.11.1994 г. с диагнозом: олеома тыла обеих кистей после введения жидкого вазелина. Из анамнеза: год назад в октябре 1993 г. с целью создания мягкотканной "подушки" на тыле кисти по совету друзей ввел жидкий стерильный вазелин по 5-6 мл через второй межпальцевый промежуток под кожу тыла обеих кистей. По словам пациента, при введении вазелина у него возникло ощущение горячего тепла на тыле