

ментация кожи, изменений со стороны паренхиматозных органов — гепатоспленомегалия) и лабораторных данных (обнаружение лейшманий в соскобе из бугорков) был поставлен диагноз: висцеральный лейшманиоз, индийский вариант, тяжелая форма; дилатационная кардиомиопатия; двусторонняя очаговая пневмония застойного характера; рахитоподобное заболевание; сросшийся перелом большеберцовой кости левой голени.

Для дальнейшего лечения девочка была переведена в инфекционную больницу, где пробыла 3 дня, после этого родители увезли ее в Таджикистан.

УДК 616.379—008.64—06:616.153.455—008.64—08

О.В. Булашова, А.В. Шутов, А.К. Саеггарев, Т.В. Булатова, Л.А. Шарипова, Д.К. Ахметова, И.Г. Япбаров (Казань). Случай успешного лечения двенадцатидневной гипогликемической комы.

Развитие гипогликемической комы является тяжелым осложнением инсулинотерапии сахарного диабета. По данным литературы, нахождение в гипогликемической коме более 12 часов связано с угрозой жизни в связи с развитием декортикации и приводит к высокой летальности. Наиболее часто гипогликемическая кома возникает в результате введения инсулина в сочетании с приемом большого количества алкоголя на фоне недостаточного поступления пищи. Состояние больного в связи с приемом алкоголя недооценивается окружающими, что приводит к поздней госпитализации и соответственно к тяжелым исходам.

Больная Т., 56 лет, была доставлена в приемный покой по поводу острой недостаточности мозгового кровообращения, геморрагического инсульта 10.11.98. Ранее она была осмотрена в отделении токсикологии, где с целью уточнения диагноза была проведена люмбальная пункция и рекомендовано лечение в отделении неврологии по месту жительства.

При первичном осмотре: состояние тяжелое, сознание утрачено до степени комы II, АД — 90/60 мм Нг, ЧСС — 115 в 1 мин, ЧД — 30 в 1 мин. При выполнении люмбальной пункции — ликвор чистый, поступает частыми каплями. Сделано Эхо-ЭС. Смещения ССМ нет. Гликемия — 2,2 ммоль/л. По имеющейся при большой медицинской карте удалось выяснить следующее: страдает сахарным диабетом в течение 16 лет; с марта 1998 г. переведена на инсулин. Со слов сопровождающих, накануне, в 12 часов дня больной была проведена инъекция монотарда (дозу установить не удалось), после этого она выпила 200—250 мл водки, не ела и к вечеру уснула. Утром, обнаружив ее в бессознательном состоянии, муж ввел ей 8 ед. актропида и 22 ед. монотарда. Поскольку состояние больной оставалось без улучшения, была вызвана бригада скорой помощи. С диагнозом острого отравления больная была госпитализирована в центр токсикологии с последующим переводом в клинику под наше наблюдение.

После введения концентрированных растворов глюкозы состояние больной не улучшилось, и в связи с необходимостью проведения интенсивной терапии ее перевели на лечение в отделение реанимации и интенсивной терапии с диагнозом: сахарный диабет II типа инсулинопотребный тяжелой степени; гипогликемическая кома, гипогликемическая энцефалопатия, гипоксический отек мозга. Комплексное лечение включало

противоотечные средства (маннит и лазикс), крапильную гипотермию, инфузионную терапию до 1,6 л (5% раствор глюкозы с инсулином, реополиглюкин, гемодез), использование преднизолона (60 мг), витаминов, антибиотиков, ноотропных препаратов. Осуществлялась постоянная оксигенация через носовые воздуховоды. Кормили больную через желудочный зонд. Гликемию корригировали простым инсулином (до 32 ед. в сутки) для поддержания уровня глюкозы крови в пределах умеренной гипергликемии (9,5 — 10,5 ммоль/л).

В течение первых суток нахождения в отделении, несмотря на интенсивное лечение, состояние больной ухудшилось. Больная была осмотрена невропатологом проф. Т.В. Матвеевой и эндокринологом асс. Т.В. Булатовой: констатированы крайне тяжелое состояние, угнетение сознания до комы II—III, отек мозга с симптомами вклинения продолговатого мозга; признаки декортикации; нарушения самостоятельного дыхания (периодическое апноэ). Критическое состояние больной потребовало коррекции лечения. Начиная с 5-х суток осуществлялось внутривенное введение озонированного раствора в объеме 400,0 мл с концентрацией озона в растворе 4 мг/дм³ в сочетании с сеансами гипербарической оксигенации. При проведении последней использовали одностороннюю барокамеру БЛКС по следующей схеме: в первые три дня — по два сеанса на режиме 1,8—2,0 атм по 90—120 минут, в последующем — по одному сеансу в день в тех же режимах в течение 2 дней.

В первые двое суток проведения озон-кислородной терапии состояние больной стабилизировалось. На 3-и сутки после начала интенсивной озон-кислородной терапии, состояние больной стало улучшаться: угнетение сознания до комы I—II, дыхание самостоятельное стабильное. В последующие 4 суток восстановился защитный двигательный рефлекс на сильные болевые раздражители. С 12-х суток появилась защитная реакция в виде открывания глаз на болевой раздражитель, стремление устранить раздражитель защитными движениями руки. Степень угнетения сознания оценивается как сопор. На 13-е сутки установился речевой контакт в виде ответов типа “да”, “нет” после настоячивых обращений. Выполняет элементарные задания. На 14-е сутки больную с угнетением сознания до умеренного оглушения переводят в отделение эндокринологии. Выписывают ее на 31-й день с момента госпитализации в удовлетворительном состоянии. В день выписки неврологический дефицит по заключению невропатолога у больной не определялся.

Дифференциальная диагностика на догоспитальном этапе подобного осложнения лечения сахарного диабета представляет значительные трудности в связи с полиморфизмом клинической и неврологической симптоматики. Однако знание особенностей клиники гипогликемической комы, последовательное терпеливое лечение с применением современной комплексной патогенетической терапии, включая озонотерапию и гипербарическую оксигенацию, позволяет получить благоприятные результаты.

УДК 616.727.9—006.31—089

Г.Г. Неттов (Казань). Гломусная опухоль ногтевой фаланги пальцев кисти и ее лечение

В медицинской практике достаточно редко встречаются большие, преимущественно женщины, жалующиеся на боли в ногтевой фаланге

пальцев кисти. Постепенно усиливаясь, боли локализируются в области ногтевой пластины, тянутся годами, достигая большой интенсивности. По нашему мнению, такие больные неоправданно долго и безуспешно наблюдаются и лечатся у различных специалистов под разными диагнозами. В то время как правильно поставленный диагноз и своевременное оперативное вмешательство избавляло пациента от всех страданий и ведут к полному выздоровлению.

Интенсивную боль вызывает гломусная (клубочковая) опухоль или ее еще называют ангионевромой, ангиомионевромой, опухолью Варре—Массона.

Оперативное лечение этой опухоли включает продольное рассечение ногтевой пластины, обнажение ногтевого ложа, экстирпацию опухоли; далее заживление идет под мазевой повязкой вторичным натяжением.

Мы усовершенствовали существующую технику операции, сделав ее атравматичной и более радикальной. Чтобы полнее уяснить смысл нашей оперативной техники, мы считаем уместным напомнить вкратце анатомическое строение ногтя. Ноготь состоит из ложа (матрикса), к нему прилежит собственно ногтевая пластина, состоящая из свободного края и двух боковых краев, а также скрытого края, или корня ногтя, имеющая в середине серповидную “луночку” — зону росткового эпителия. По боковым краям и корню ногтя проходит собственно ногтевой валик.

Операцию мы выполняем следующим образом. Под внутривенной анестезией 2% раствором новокаина в количестве 15—20 мл, с обескровливанием операционного поля манжетой, наложение на плече, делаем два косых разреза на стыке бокового края с корнем ногтевой пластины. Осторожно отслаиваем ногтевой валик от корня ногтя проксимально до полного обнажения корня ногтевой пластины. Определив сторону смещения опухоли от средней линии пластины, с этого бока фаланги продольно отслаиваем от ложа ногтевую пластину примерно на 1/3 ее ширины до обнаружения опухоли. Отслоенную часть пластины приподнимаем однозубым крючком над ложем так, чтобы был свободный доступ к опухоли. Обычно опухоль располагается под матриксом на поверхности кости. Осторожно надрезаем матрицу над опухолью. Ложечкой Фолькмана или узким распором осторожно вывихиваем опухоль в рану. Опухоль белесоватого или темно-коричневого цвета величиной с рисовое зерно или горошину обычно выкатывается в рану на тоненькой сосудисто-нервной ножке. Ножку пересекаем, а опухоль направляем на гистологическое исследование. На месте опухоли обнаруживается чащеобразное углубление на ногтевой фаланге от сдавления кости опухолью. Ложечкой Фолькмана очищаем эту выемку от остатков мягкой ткани. Рану промываем перекисью водорода, фурацилином. Рассеченную матрицу и отслоенную часть ногтевой пластины укладываем на место. Накладываем два узловых шва на раны ногтевого валика и спиртовую повязку. Боли исчезают сразу после операции. Раны заживают первичным натяжением.

Мы располагаем опытом лечения 3 женщин с гломусными опухолями ногтевой фаланги пальцев кисти за последние 8 лет. Больные были в возрасте от 32 до 37 лет с длительностью заболевания соответственно 3 года, 5 и 7 лет. В анамнезе у двух женщин была травма. Профессии: продавец, оператор, преподаватель школы.

Г., 37 лет, по специальности оператор. Травмы в анамнезе отрицает. Боли в I пальце левой кисти появились 5 лет назад, постепенно нарастали по своей интенсивности. В течение 5 лет безуспешно лечилась у хирурга и невропатолога по поводу различных ошибочно диагностированных заболеваний: неврита пальцевого нерва, периостита ногтевой фаланги, артрита межфалангового сустава, синовита сгибателей и др. Даже была консультирована у психиатра на предмет выявления симуляции или агравации. Жалуется на пульсирующие сильные боли в ногтевой фаланге I пальца левой кисти, усиливающиеся при прикосновении к фаланге.

Объективно: I палец нормальной окраски. Дистальнее “луночки” по лучевой стороне от средней линии под ногтевой пластиной просвечивает точечное синеватое пятно с розовой каемкой, к которому больная не дает прикоснуться. Легкое осторожное прикосновение к нему пуговчатым зондом вызывает резкую жгучую боль в пальце, больную сразу бросает в жар и в пот. На рентгенограмме в боковой проекции — чащеобразное углубление на тыльной поверхности ногтевой фаланги I пальца. Больная психически неуравновешена и сомневается в благоприятном исходе операции.

Операция выполнена по описанному нами методу. Боли стихли после радикального вмешательства. Аналогичные операции были выполнены и двум другим пациентам с хорошими результатами от одного года до 4 лет после операции. Локализация опухоли: на I пальце — у одной больной, на III — у 2. Гистологическое заключение во всех случаях: гломус-ангиома.

Предлагаемый нами щадящий метод удаления опухоли без перфорации или рассечения ногтевой пластины способствует первичному заживлению раны, атравматичному и полному удалению опухоли с благоприятным отдаленным результатом.

УДК 616.717.11+616.717.41—001.33—089.8

Г.И. Микусев, Ф.Ф. Хайдаров, Р.У. Гайнуллин, Н.Н. Ахметзянов (Апастово, РТ). Случай отрыва лопатки с верхней конечностью

Отрывы конечностей — наиболее тяжелые повреждения опорно-двигательного аппарата. Среди причин повреждений доминируют отрывы вследствие попадания конечностей под рельсовый транспорт, в работающие станки и агрегаты. Кровотечение из раны при этом виде травмы, как правило, незначительное или вообще отсутствует, что объясняется повреждением стенки магистральных сосудов на разном уровне. Тромб в просвете культи переплетается и прочно удерживается всеми оболочками разорванного сосуда. Тягчайшим повреждением является полный отрыв лопатки со всей верхней конечностью. Быстрое вращение руки приводит к скручиванию tunicae externae крупных сосудов, сильного кровотечения при отрыве конечности не бывает.

Приводим собственное наблюдение.

Н., 36 лет, поступил в хирургическое отделение Апастовской ЦРБ 16.03.99 г. в 13 часов с жалобами на слабость, боли в области раны правого надплечья и грудной клетки справа.

Анамнез травмы: за 50 минут до поступления пострадавшего во время работы в поле на пресовке сена рукав его телогрейки зацепило за кардан прессовальной машины (на него не был одет защитный кожух!). Больного дважды прокрутило