

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 избавляют 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, наложив на плечо, 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 распатором 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, синовиита 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 конечности 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 прокутило

через кардан и, оторвав правую руку, отбросило в сторону. Он почувствовал резкую боль и ощутил тепло в области правого надплечья, дальнейшие события помнит смутно. Со слов сопровождающих, один из работников, бывший рядом, который ранее был участником военных событий, пережал рукой пульсирующие, обильно кровоточащие подключичные сосуды и перевязал их куском веревки. После этого пострадавшего попутным транспортом доставили в ЦРБ.

При поступлении состояние тяжелое. В сознании, но несколько заторможен и апатичен. На вопросы отвечает односложно. Лицо покрыто мелким, холодным потом. Кожа и видимые слизистые бледные. Язык сухой, не обложен. Пульс ритмичный, частый, ослаблен — 110 уд. в 1 мин. АД — 60/30 мм Нг. Тоны сердца глухие. Дыхание везикулярное, справа несколько ослаблено. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Местный статус: отсутствует правая верхняя конечность. По верхненаружной поверхности правой половины грудной клетки продольно расположена рана неправильной формы, с неровными краями, размерами 32 x 25 см. Дном раны являются обрывки мышц, ребра, фасции. Из раны торчит оголенный наружный кусок ключицы на 2/3. Под ключицей видны перевязанные веревкой пульсирующая артерия и вена. Рана загрязнена соломой. В правой теменной области две ушибленно-рваные раны размерами 5,0 x 2,0 и 3,0 x 1,5 см.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки легкие расправлены, жидкости в плевральных полостях не определяется, отсутствует тень лопатки и верхней конечности справа (рис. 1).

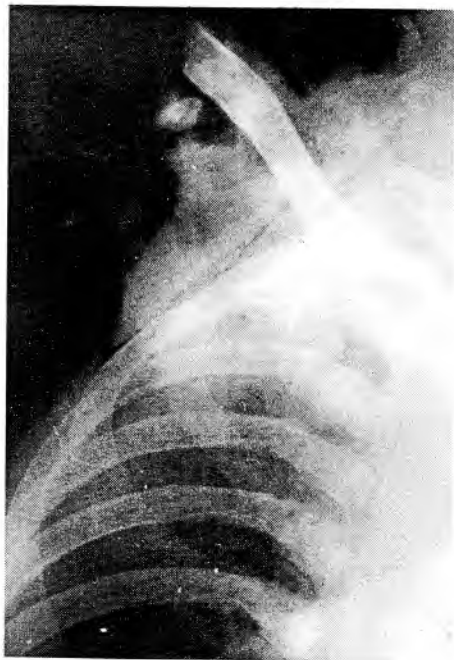


Рис. 1. Рентгенограмма больного Н. до операции.

Макропрепарат: правая верхняя конечность с лопаткой. Кожа с осаднениями в области локтевого сустава отслоена до нижней трети плеча и сдвинута, как чулок. В проксимальном отделе обрывки мышц, размяты стволы нервов плечевого сплетения; плечевые артерия и вена также размяты. При пальпации определяются патологичес-

кая подвижность и костная крепитация в средней трети предплечья и области локтевого сустава.

При поступлении общий анализ крови: Нб — 112 г/л, СОЭ — 15 мм/ч, л. — $7,0 \cdot 10^9$ /л, эр. — $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, цв. показатель — 1,0, время свертывания — 4 мин.

Общий анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, отн. пл. — 1,015, белок — следы, л. — 9—10 в поле зрения, зерн. цил. — 2—3 в поле зрения, эп. кл. — единичные.

На основании клинико-рентгенологических данных выставлен диагноз: отрыв правой лопатки с верхней конечностью; ушибленно-рваные раны теменной области справа; травматический шок 3—4 ст.

Больной взят в операционную. Начаты реанимационные мероприятия: обезболивающие, сердечно-сосудистые средства, инфузионная терапия. После определения группы крови перелито 400,0 мл одногруппной крови. После улучшения общего состояния и выведения из шока рана обильно промыта растворами антисептиков, нежизнеспособные ткани шадающе иссечены. Ключица вылучена в грудинно-ключичном сочленении. После этого произведено лигирование в ране подключичных артерий и вены проксимальнее; дистальные их участки, перевязанные веревкой, отсечены. Стволы плечевого нервного сплетения в ране найдены не были; по-видимому, отрыв их произошел на уровне первичных стволов, центрально. Повреждения плевры не выявлено. Рана закрыта местной кожной пластикой. Установлена проточная дренажная система. Наложена асептическая повязка. Выполнена контрольная рентгенография (рис. 2).

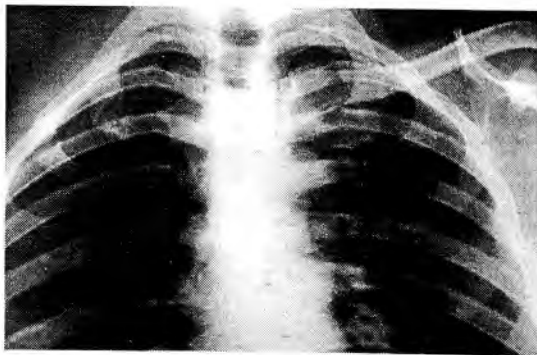


Рис. 2. Рентгенограмма больного Н. после операции.

В послеоперационном периоде анемия нарастала. Общий анализ крови: Нб — 56 г/л, эр. — $1,5 \cdot 10^{12}$ /л, л. — $6,0 \cdot 10^9$ /л, свертываемость — 3 мин, цв. показатель — 1,1, гематокрит — 18%; СОЭ — 53 мм/ч. Продолжена инфузионная терапия (включая гемотрансфузии), антибиотики, сердечно-сосудистые средства, обезболивающие, витамины. Рана зажила с участками краевого поверхностного некроза кожи. Швы сняты на 14-й день. С целью устранения фантомных болей проведен курс физиотерапевтического лечения.

Описанное в литературе незначительное кровотечение или полное его отсутствие при данном виде травмы у наблюдавшегося нами больного не имело места. Жизнь пострадавшего была спасена в первую очередь благодаря товарищу по работе, который своевременно остановил кровотечение.