

жен находиться под наблюдением врача, который систематически осматривает кожу надплечья под резиновой лямкой (во избежание образования пролежня).

Фиксация повязкой при вывихах I степени проводится в течение 4—5 нед, при свежих вывихах II степени — в течение 5 нед. После снятия гипсовой повязки накладывают косыночную повязку еще на 1—2 нед. В период ношения повязки лечебная гимнастика и физиопроцедуры проводятся только в положении лежа.

Общий срок нетрудоспособности при свежих вывихах ключицы I-II степени — 5—7 нед.

УДК 617.542—001+617.55—089

В. И. Буреева (Мамадыш, ТАССР). Особенности течения перитонита при аномалии расположения кишечника

Ш., 53 лет, госпитализирован 4/XI 1979 г. в связи с травмой грудной клетки. На рентгенограмме определяется перелом VI—VII ребер слева.

6/XI появились схваткообразные боли в животе. Рвоты, тошноты не было, газы отходили. Живот не напряжен, в правой подвздошной области кожный рубец после аппендэктомии, произведенной со слов больного, в 1951 г.

При пальпации болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, желчный пузырь не пальпируется. Перистальтические шумы выслушиваются.

Предположительный диагноз: острый холецистит (?), спаечная непроходимость кишечника (?). Проводилось лечение спазмолитиками, антибиотиками, сделаны паранефральная блокада и сифонные клизмы.

7—8/XI наблюдались периодические схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошнота, задержка газов, стул был только после клизмы.

9/XI — температура нормальная, пульс 120 уд. в 1 мин, АД 17,3/10,7 кПа, язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен, болезнен при пальпации, больше справа, симптом Щеткина положительный по всей поверхности. При перкуссии — тимпанит, свободная жидкость не определяется. Перистальтические шумы ослаблены. Рентгенологически установлено, что чаш Клойбера нет.

Диагноз: спаечная непроходимость кишечника; перитонит.

Анализ крови: СОЭ 16 мм/ч, Hb 2,6 ммоль/л, л. $8,2 \cdot 10^9$ в 1 л, п. — 2%, с. — 78%, мон. — 2%, лимф. — 18%.

9/XI произведена операция. При ревизии брюшной полости обнаружена аномалия расположения тонкого и толстого кишечника; двенадцатиперстная кишка расположена мезоперитонеально на длинной брыжейке, тощая кишка начинается справа от позвоночника; большой сальник, не соприкасаясь с поперечной ободочной кишкой, свисает фартуком от большой кривизны желудка. Поперечная ободочная кишка расположена ретроперитонеально, горизонтально под корнем брыжейки тонкого кишечника и представлена отрезком до 10 см длиной, который справа переходит в слепой мешок — слепую кишку, а слева — в мезоперитонеально расположенный участок кишечника.

Слепая кишка расположена мезоперитонеально, имеет брыжейку, куполом припаяна к нижней поверхности печени, занимает всю правую половину живота, резко раздута газами и жидким содержимым, в диаметре достигает 20 см. На стенке слепой кишки — десерозированные участки неправильной формы, размерами $10 \times 6 \times 7$ см, 10×2 см, $7 \times 4 \times 5$ см, стенка кишки истончена.

Червеобразный отросток до 7,5 см, утонченный, напряженный, гиперемизированный. Толстый кишечник на границе слепой и поперечной ободочной кишки сдавлен плотным тяжом до 0,8 см в диаметре, идущим от корня брыжейки тонкого кишечника к старому послеоперационному рубцу, создавая непроходимость кишечника.

Произведено рассечение тяжа, декомпрессия слепой кишки через троакар, отверстие закрыто погружением в кисет. При попытке вывести слепую кишку открылось отверстие до 0,8 см в диаметре с неровными черными краями, которое было прикрыто сальником, фибрином. Отверстие в кишке ушито узловыми капроновыми швами. Освобожденная слепая кишка представляет собой дряблый мешок с истонченными десерозированными стенками. Произведена резекция измененной слепой кишки с червеобразным отростком и 30 см подвздошной кишки, наложен толсто-тонкокишечный анастомоз бок в бок. Течение послеоперационного периода осложнилось нагноением подкожной клетчатки, пневмонией.

Пациент выписан 14/XII в удовлетворительном состоянии. Данные гистологического исследования: в удаленном препарате множественные язвы толстого кишечника, местами с глубоким некротическим дном (область некроза распространяется до серозного слоя стенки кишки); острый флегмонозный аппендицит.

При обследовании через 4 мес после операции состояние Ш. удовлетворительное; периодически он отмечает вздутие живота, особенно после приема пищи, которое проходит самостоятельно. Живот при пальпации не напряжен, безболезнен.

При ирригоскопии оттенить место анастомоза не представляется возможным, так как контрастная масса быстро проходит через анастомоз и заполняет петли тонкого кишечника. Однако на основании данных ирригоскопии можно заключить, что анасто-

моз был наложен между тонкой и восходящей ободочной кишкой, которая была расположена горизонтально ретроперитонеально и во время операции принята за поперечную ободочную кишку. Последняя же расположена в левой половине живота мезоперитонеально.

Приведенный нами случай интересен сочетанием острой хирургической патологии брюшной полости с травмой грудной клетки и редко встречающейся аномалией расположения кишечника. Травма и данные о произведенной в прошлом «аппендэктомии» затрудняли диагностику и отсрочили оперативное вмешательство. Аномалия расположения кишечника, видимо, явилась причиной того, что отросток не был удален, о чем, однако, больного не предупредили; это в свою очередь привело к трудностям и ошибкам в диагностике.

УДК 616.716.8+617.52]-089:615.477.2

Е. Ф. Николаев, Р. А. Зулкарнеев, Х. М. Шульман, В. Н. Суганов (Казань).
Применение полиуретана в восстановительной хирургии лица

Для исправления дефектов челюстно-лицевой области в последние годы с успехом используют метод экспресс-эндопротезирования, основанный на применении быстроотвердевающих полимеров, таких, как ЭГМАСС-12, фторопласт-4, полиуретаны, акрилаты. Избыточную реакцию тканей, окружающих протезы, легко удается снять местным применением кортикостероидов в виде инъекций. Вместе с тем наблюдаются ожоги окружающих тканей в связи с экзотермическим характером реакции полимеризации.

Авторы применяют для замещения дефектов челюстно-лицевой области быстроотвердевающий полиуретан СКУ-ПФЛ. Преимущества последнего заключаются в том, что он не вызывает ожога тканей (так как отвердевает при температуре 36—37°C), отличается высокой износостойкостью и хорошо моделируется. Это позволяет моделировать протезы непосредственно в тканях организма (экспресс-эндопротезирование), а также формировать заблаговременно. В последнем случае протезы стерилизуют кипячением, а окончательную подгонку производят с помощью ножа и ножниц во время выполнения хирургического вмешательства.

С 1971 по 1980 г. в отделении выполнено эндопротезирование 22 больным в возрасте от 1 до 50 лет.

Экспресс-эндопротезирование сделано 5 больным с обезображивающими дефектами носа. Доступ осуществляли по Рауэру, отслаивали кожу в области дефекта и создавали ложе, в которое с помощью шприца и иглы вводили необходимое количество быстроотвердевающего полиуретана в фазе его текучего состояния. Над местом имплантации устанавливали наружный каркас, изготовленный заранее по слепку, снятому с места дефекта. Таким образом осуществлялось моделирование быстроотвердевающего полиуретана, теряющего подвижность в ближайшие 20 мин после имплантации. У 4 больных из 5 получен отличный косметический результат. У одного пациента была допущена погрешность в технике протезирования: при моделировании отвердевающего полиуретана часть его оказалась вытесненной в зону кожного разреза, полимерный интерпонант сделал невозможным смыкание краев раны и послужил причиной нагноения, что в свою очередь вынудило удалить эндопротез.

Эндопротезирование выполнено 17 больным. У 3 пациентов протезирование проводили после резекции половины нижней челюсти по поводу аденоидно-кистозной опухоли. В 2 наблюдениях протезы имплантировали спустя год после операций, в одном — одновременно с операцией резекции кости. Протезы отливали из полиуретана в формы, изготовленные со слепков трупных костей, подбираемых индивидуально по рентгенограммам больных. Проксимальный отдел эндопротеза имел суставной и венецный отростки, дистальный конец — выступ, предназначенный для внедрения внутрь канала, создаваемого в оставшейся половине нижней челюсти. По всей длине эндопротеза носили сквозные отверстия для нервизации имплантата. Жевательную и внутреннюю крыло-видно-челюстную мышцы подшивали к местам их прикрепления, а сам протез подвешивали полиамидной нитью за скуловую кость. При имплантации спустя год после резекции аденоидно-кистозной (2 наблюдения) мышцы оказались фиброзно измененными, и их не удалось низвести к точкам прикрепления на протезе. Кроме того, в обоих наблюдениях в послеоперационном периоде вокруг имплантатов образовались серомы, которые удалось ликвидировать посредством пункций в течение 2—3 дней. Протезирование зубов больным выполнялось спустя 1—2 мес после имплантации половины нижней челюсти.

Опорно-контурную пластику деформаций лица проводили по методике моделирования¹: делали гипсовую маску с лица пациента и по полученной таким образом зеркальной объемной копии дефекта изготавливали шаблон из воска. По последнему выполняли форму и заливали ее быстроотвердевающим полиуретаном СКУ-ПФЛ.

¹ Груздкова Е. В. Пластические операции на лице с применением скульптурно-моделированных имплантатов из эластической пластмассы. Автореф. докт. дисс. М., 1960.