

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 венечный отростки, дистальный конец — выступ, предназначенный для внедрения внутрь канала, создаваемого в оставшейся половине нижней челюсти. По всей длине эндопротеза носили сквозные отверстия диаметром 2—3 мм, предназначенные для врастания в них соединительной ткани и 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 моделирования<sup>1</sup>: 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.

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

Сформированный протез перфорировали с целью создания условий для врастания в него соединительной ткани и уменьшения массы. По указанной методике осуществлена коррекция дефектов скуловой кости (4), лобно-носового перехода (2) и подборка (1).

Для восстановления ушной раковины использовали методику, включающую снятие слепка со здорового уха, по которому готовили модель из воска. Восковой шаблон заливали в гипс, затем воск подогревали и выводили, после чего получалась форма для литейного протезирования быстроотвердевающим полиуретаном. Полученную таким образом зеркальную модель здоровой ушной раковины оперируемого после множественных ее перфораций вводили под кожу заушной области. Спустя 2 мес мягкие ткани вместе с протезом ушной раковины отсепаровывали и переносили к месту дефекта, протез подшивали к имеющимся элементам хряща ушной раковины. Дефект тканей в заушной области закрывали полнослойным кожным лоскутом, взятым с другого участка тела. Указанную методику использовали при протезировании субтотальных врожденных дефектов уха (3), травматических отрывов ушной раковины (2), дефектов ушной раковины после массивных ожогов (2). Все больные довольны результатами операций.

Мы считаем целесообразным дальнейшее изучение перспектив использования быстроотвердевающего полиуретана СКУ-ПФЛ в челюстно-лицевой хирургии.

УДК 616.366—002—053.2—08:537.363

#### **М. К. Гизатуллина (Казань). Никодин-электрофорез при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей**

Под нашим наблюдением находились 24 ребенка в возрасте от 2 до 13 лет с диагнозами: хронический холецистит — у 17, хронический ангиохолецистит — у 3; хронический гепатохолецистит — у 2, холецистохолангит — у 1, холангит — у 1. У 14 детей были сопутствующие заболевания: у 5 — дискинезия желчевыводящих путей, у 7 — лямблиоз желчного пузыря и желчевыводящих путей, у 1 — хронический гастрит и у 1 — нейродермит.

На фоне комплексного лечения и диетотерапии был применен никодин-электрофорез. За 2 часа до процедуры 1 г никодина растворяли в 10 мл дистиллированной воды и раствор отфильтровывали от осадка. Электродную прокладку площадью 150—200 см<sup>2</sup> со смоченной в приготовленном растворе фильтровальной бумагой накладывали на область проекции печени и соединяли с положительным полюсом гальванического аппарата. Индифферентный электрод площадью 150—200 см<sup>2</sup> располагали в подлопаточной области, симметрично аноду, и соединяли с отрицательным полюсом гальванического аппарата. Продолжительность процедуры — 8—10—15 мин. Курс лечения включал от 6 до 10 процедур, проводившихся ежедневно.

В результате лечения с проведением курса никодин-электрофореза на область печени у 3 из 24 детей, страдающих заболеваниями желчного пузыря и желчевыводящих путей, наступило значительное улучшение, у 16 — улучшение, у 3 — незначительное улучшение; у 2 эффекта не отмечено. Эти данные позволяют рекомендовать никодин-электрофорез при лечении детей с заболеваниями желчного пузыря и желчных путей.

УДК 616.348.002.44—06:616.441—007.21

#### **Т. П. Владимирова (Саранск). Случай неспецифического язвенного колита с синдромом гипоспленизма**

По данным литературы, у 40% больных неспецифическим язвенным колитом по мере прогрессирования заболевания выявляется «синдром гипоспленизма», включающий гранулоцитоз, тромбоцитоз, геморрагии и тромбоэмболические осложнения. Выраженность его зависит от распространенности язвенных поражений, активности патологического процесса. Приводим наше наблюдение.

Ч., 43 лет, инвалид II гр., находился на стационарном лечении в 4-й горбольнице г. Саранска с 30/XII 1979 г. по 20/III 1980 г. Поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, связанные с актом вдоха, повышение температуры до 38°, слабость, боли по всему животу, жидкий стул 3—4 раза в сутки с примесью алой крови.

В январе 1974 г. заболел неспецифическим язвенным колитом, в стационаре в течение 4 мес принял 1350 мг преднизолона. После этого, по данным анамнеза, неоднократно в стационаре и амбулаторно получал кортикостероиды в различных дозах. В июле—августе 1979 г. максимальная доза преднизолона достигала 45 мг в сутки, после выписки была назначена поддерживающая доза по 20 мг в сутки.

22/XII 1979 г. повысилась температура до 39°, появились боли в грудной клетке. Скорой помощью Ч. доставлен в стационар.

Состояние больного тяжелое. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, констатируется укорочение перкуторного звука и выраженное ослабление везикулярного дыхания справа в подлопаточной области. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, систолический шум у верхушки. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный,