

Сформированный протез перфорировали с целью создания условий для врастания в него соединительной ткани и уменьшения массы. По указанной методике осуществляли коррекцию дефектов скелетной кости (4), лобно-носового перехода (2) и подбородка (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 литьевого 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 полислоистым 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. Гиззатуллина (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 ангioxолецистит — 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 см² со смоченной в приготовленном растворе фильтровальной бумагой накладывали на область проекции печени и соединяли с положительным полюсом гальванического аппарата. Индифферентный электрод площадью 150—200 см² 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 помимо прогрессирования заболевания выявляется «синдром гипоспленизма», включающий гранулоцитоз, тромбоцитоз, геморрагии и тромбозэмболические 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 кортикоステроиды 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, констатировано укорочение перкуторного звука и выраженное ослабление везикулярного дыхания справа в подлопаточной области. Границы сердца не расширены, тоны приглушенны, систолический шум у верхушки. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный,