

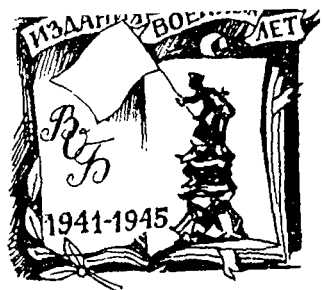
К 93

P/79777

Профессор Г. Р. КУРБАНОВ

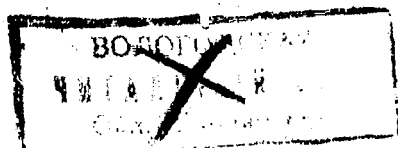
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ
ХИРУРГИЯ ЛИЦА
И
ДРУГИХ ОРГАНОВ

АЗЕРНЕШР
Баку—1944



Зав. клиникой оперативной хирургии АМИ
и главный хирург Э. Г. № Н
заслуженный деятель науки профессор Г. Р. КУРБАНОВ

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ
ХИРУРГИЯ ЛИЦА
И
ДРУГИХ ОРГАНОВ



АЗЕРНЕШР
Баку—1944

617

K.-93

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Войны являются суровым испытанием для моральных, материальных и духовных потенциалов народа. Требования войны императивны, непререкаемы, укладываются в крайне жесткие сроки и должны выполняться быстро, четко, причем в наикратчайшее время. Не в меньшей степени это касается и медико-санитарного обеспечения армии и населения такими темпами и такими масштабами, которые не мыслимы в мирное время. Если добавить сюда и жестокую, разрушительную специфику войны, то, пожалуй, не без основания один из талантливых творцов нашей современной советской хирургии,—лауреат сталинской премии,—профессор С. С. Юдин, со свойственным ему блеском изложения пишет. „...Спрос на хирургическую помощь возникал больше всего во время войн. И как это ни парадоксально, благороднейшие задачи хирургии, плоды которой благотельствовали человечество, ставились и решались, главным образом, в периоды самых мрачных человеческих иступлений. Вершины человеческих знаний достигались в пору массовых людских безумств“. („Заметки по военно-полевой хирургии“, Медгиз, 1941 г., стр. 4).

В связи с безумным вероломным нападением 22 июня 1941 г. гитлеровской Германии на наш Советский Союз началась Великая Отечественная война могучего советского народа против подлейших из подлых немецко-фашистских разбойников, под знаком непримиримой борьбы не на жизнь, а на смерть с немецкими бандитами, за честь, свободу и независимость нашей Родины.

Великая Отечественная война, сплотив все силы, всю мощь страны в единый боевой лагерь, явилась необычайным стимулом для невиданного бурного развития всех отраслей науки и техники, в том числе и медицинской науки, призванных служить целиком и полностью благороднейшей задаче разгрома ненавистного врага, во имя грядущей радостной победы нашего правого дела и избавления человечества от коричневой фашистской чумы.

Возвращение в ряды нашей героической Красной Армии более 70% раненых свидетельствует о почетной доле участия, больших успехах и достижениях советской хирургической науки, в частности, важнейшего ее отдела восстановительной хирургии. Однако это—далеко не предел. Реконструктивная хирургия, в частности, насчитывая много лет существования, пока что

намного отстает от общей хирургии, благодаря трудности и сложности восстановления анатомического построения утраченного органа, да вдобавок, с удовлетворительным функциональным результатом. В этом смысле некоторые главы ее, как, например, пластическое воссоздание органов,—пока только начаты (Богораз). Но это—одна, притом важная, причина отставания восстановительной хирургии. Другая, не менее важная, причина заключается в том, что реконструктивной хирургией занимался весьма узкий, ограниченный круг хирургов. Лишь в дни Великой Отечественной войны, когда раскинулась широкая сеть специализированных госпиталей, в том числе челюстно-лицевых, больниц-госпиталей восстановительной хирургии и пр., реконструктивная хирургия встала на правильный и широкий путь развития вовлекая в свою орбиту все большее и большее количество врачей. Впереди, стало быть, огромной важности неотложная задача сделать восстановительную хирургию достоянием широчайших масс хирургов, превратить ее в повседневную операцию в эвакуогоспиталях и в хирургических стационарах. Отсюда, большую и полезную значимость приобретает каждый новый солидный, тщательно продуманный и разработанный на большом личном материале труд по реконструктивной хирургии, будь-то характера общего руководства или специальных отделов последней.

Таким трудом является монография заслуженного деятеля науки, профессора Курбанова Г. Р., являющегося одним из пионеров восстановительной хирургии в Азерб. ССР, много лет работающего в этой области, печатным и устным словом, равно и плодотворной, творческой практической деятельностью пропагандирующего, разрабатывающего, причем нередко оригинальными методами, реконструктивную хирургию лица.

Монография профессора Курбанова, конечно, не является всеобъемлющим руководством, преследующим цель исчерпать все теоретические и практические основы сложной и многогранной восстановительной хирургии лица, тем более реконструктивной хирургии в целом, и автор совершенно далек от такой претензии. Труд автора, представляет собой довольно дельное, весьма полезное, составленное опытной рукой, изложение, на основе богатого, поучительного и разнообразного личного материала, собственного опыта автора, исчерпывающе трактующее о наиболее апробированных методах и способах хирургической реконструкции тяжелых разрушений анатомических образований лица. Делясь своим богатством, очень ценным опытом, автор нередко преподносит вниманию широкой массы хирургов оригинальные собственные варианты при практическом разрешении конкретной задачи восстановления того или иного утраченного, разрушенного органа лица как в смысле анатомическом, так и функциональном. Ценность труда профессора Курбанова еще больше возрастает тем, что монография включает в себя большое количество случаев огнестрельных разрушений челюстно-лице-

вого аппарата военного времени. Здесь принципиально важно то, что автор одним из первых начал ранние реконструктивные оперативные вмешательства на лице, порой в порядке вторичной обработки—ранней пластики,—добился неопровержимых положительных результатов, чем, можно сказать, осуществил ведущий принцип военно-полевой хирургии: „возвращать в строй максимальное число временно утративших боеспособность бойцов, в наикратчайший срок“—и при таких тяжких огнестрельных повреждениях, как челюстно-лицевые. Сочетание краткости с ясностью, живостью и простотой языка в изложении сложного вопроса, делая текст легко понятным и усвояемым, ценно еще и в том отношении, что внушает уверенность хирургам (конечно, с определенным стажем), начинающим заниматься реконструктивной хирургией. Иначе говоря, это то, что требуется сейчас для овладения широкой массой хирургов искусством восстановительной хирургии. Сказанному способствует фотоиллюстрация и схемы, хотя и схемы к плану отдельных операций не всегда блистают четкостью и ясностью.

К сожалению, автор не всегда предпосылает к каждому случаю тщательный, лаконичный план операции. Тем не менее, эти отдельные недостатки не умаляют достоинства монографии профессора Курбанова, которая весьма своевременно выходит в свет. Нет сомнения, что труд автора встретит большой интерес со стороны широкой массы хирургов, особенно тех многих, которые в дни Великой Отечественной войны вплотную занялись, переключаются или имеют в виду переключиться в увлекательную и благодарную область реконструктивной хирургии, важнейшей и одной из решающих областей хирургии по восстановлению боеспособности и трудоспособности доблестных воинов нашей героической Красной Армии, ломающей хребет немецко-фашистскому зверю.

Заслуженный деятель науки профессор Алиев Г. К.

ВВЕДЕНИЕ

Восстановительная хирургия, имея за собою огромную давность не перестает развиваться и усовершенствоваться. Она представляет из себя один из важных отделов хирургии. Во все времена самые выдающиеся хирурги не переставали работать над изысканием новых и усовершенствованием старых способов и вносили много ценных поправок, изменений, способствовавших научной разработке пластической хирургии. Несмотря на это, все же развитие в этой области намного отстает от других отделов хирургии, и придется еще много поработать в этой области, чтобы она стала достоянием широких масс хирургов и являлась повседневной операцией.

Отставание пластической хирургии прежде всего зависит от ряда причин: во-первых трудность и сложность восстановить анатомически построенные образования; во-вторых получить удовлетворительные результаты не только анатомически, но и функционально.

В глубокой древности были сделаны попытки восстановить утраченные носы, губы и т. д.; тогда и было положено начало восстановительной хирургии, которая и поныне привлекает внимание хирургов, вносящих немало ценных поправок и изменений в старые и существующие способы.

Восстановительная хирургия стала сильно развиваться и усовершенствоваться особенно после Октябрьской революции. В этой области хирурги Советского Союза действительно проявляют большую способность.

Предлагаемый мной труд основан на большом материале, прошедшем через мои руки, и в разработке которого сотрудники по кафедре и госпиталю оказали мне большое содействие. Товарищей Велибекова, Михайлову, Курбанова Кямиля, Гуревича, Ахундова, и Али-заде, принимавших ближайшее участие в разработке материала, прошу принять мою искреннюю благодарность.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР РАЗВИТИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА.

Индия когда-то считалась родиной восстановительной хирургии лица; восстановление носа и идея лобных лоскутов из кожи были не случайны. Лоб представлял удобное место для выкраивания и передвижения лоскута на ножке на место дефекта носа; лобный лоскут по своему строению и цвету является вполне подходящим материалом. Необходимо отметить то обстоятельство, что лобные лоскуты прекрасно приживались на новом месте и впоследствии этот способ получил название индийского; он существует и поныне.

Недостаток этого способа заключается в том, что после выкраивания лоскута на лбу остаются неизгладимые рубцы, портящие и без того обезображенное лицо. Одновременно с этим способом предлагалось брать лоскуты с отдаленных частей тела. Спустя некоторое время в Италии Т а л ь я к о ц ц и (Tagliacozzi) описал этот способ и он стал называться с того времени итальянским. Преимущество этого способа заключается в том, что лоскут берется для замещения дефекта носа и щеки с плеча. При умелом воспитании и формировании лоскута с плеча омертвление наблюдается крайне редко. Эти конкурирующие между собою два способа дошли и до наших дней. Итальянский способ, имея явное преимущество (формирование лоскута вне лица) перед индийским, завоевал себе большое количество сторонников и в настоящее время применяется очень часто.

Далее, изыскательная работа проводилась в отношении усовершенствования точных размеров выкраиваемого лоскута. Выкраиваемые кожные лоскуты со своим кожным покровом всегда были обращены кнаружи, а внутренняя окровавленная поверхность предоставлялась постепенному самостоятельному гранулированию; таким образом образованные носа и губы, имевшие вначале удовлетворительную форму, с течением времени начинали уменьшаться в размерах, сморщивались и, наконец, превращались в рубцовые образования, т. е. в комок рубцовой сморщенной ткани.

С целью предохранения лоскута от сморщивания было предложено (Д и ф ф е н б а х о м) дублирование кожных лоскутов, выкраиваемых для пластики. Это предложение создало новую эпоху в

развитии восстановительной хирургии; ценность этого способа заключалась в обеспечении прочного и длительного результата пластики.

Предложения ряда авторов (Иозеф, Пертес, Лексер и другие) по поводу восстановления носа, губ мостовидными лоскутами с волосистой части головы и лба являются безусловно значительным достижением восстановительной хирургии лица и носа. Применение мостовидных лоскутов нашло широкое распространение, т. к. эти лоскуты хорошо обеспечены кровеносными сосудами и содержат достаточное количество пластического материала.

Не менее заслуживают внимания блуждающие лоскуты, предложенные Гаккером. Выкроенный лоскут имеет связь с материнской почвой при помощи одной только ножки, другим же концом, свободным, вшивается в разрез края дефекта. Для сокращения длительного странствования лоскута Лексер предложил вживлять конец лоскута в руку и уже на руке перенести на место дефекта. Применение этого лоскута впоследствии стало ограничиваться ввиду недостаточности васкуляризации его.

Пластическая хирургия давно нуждалась в лоскуте, обладающем и достаточной васкуляризацией и пластическим материалом.

Предложенный Филатовым (1917г.) способ пластики на круглом стебле вполне обеспечил острую нужду пластической хирургии.

Богатая васкуляризация круглого стебля и ускорение ее путем воспитания, обеспечила ему широкое применение в хирургии. В настоящее время круглый стебель применяется при замещении любого дефекта лица, носа и т. д. Филатовский стебель прекрасно переносит неоднократную миграцию и позволяет готовить его в любом месте организма. (См. рис. № 1, 2, 3).



Рис. 1.

Значение круглого стебля в восстановительной хирургии огромное; при помощи его удается восстановить полный дефект носа, губы и т. д.

Круглый стебель особенно стал пригодным для восстановления дефекта penis'a. Пригодность его мы проверили на трех случаях причем результаты оказались вполне удовлетворительными.

ОБРАЗОВАНИЕ КРУГЛОГО СТЕБЛЯ.

Прежде чем восстановить дефект какого нибудь органа, необходимо выработать план, как образования самого круглого стебля, так и восстановления носа, губ, щеки и т. д.



Рис. 2.



Рис. 3.

Образование круглого стебля в другой части тела, вне лица, имеет большое значение прежде всего в косметическом отношении, а образование лоскутов на лбу и щеке производит обезображивание их. Кожа, перенесенная с других частей тела, разнится от кожи лица и носа по цвету и строению, но через некоторое время для образования лоскута является шея и верхняя часть груди, т. е. кожа этой области по цвету и по строению является подходящим

пластическим материалом. Практика показала, что рубцы, оставленные после заживления раны на шее и груди, резко бросаются в глаза и трудно их скрывать, особенно в летнее время. Эти моменты заставляют ограничивать пользование этой областью, особенно у женщин.

Мы несколько раз пользовались лоскутом, выкроенным на спине. Преимущество лоскута со спины заключается в том, что он отличается значительной толщиной, эластичностью и плотностью соединительнотканного слоя, и легко можно перебросить его на место дефекта через плечо, т. к. одна ножка лоскута находится на плече. Особенно он ценен при тотальной и субтотальной пластике носа, не требующей пересадки хряща. Мы убедились в этом в своих случаях (см. рис. № 4—5—6). Кроме этого, рану на спине легче зашить, а лоскут можно брать любой длины. Для частичной пластики носа мы брали лоскут на плече, а для замещения дефектов губы брали лоскут на груди или на шее.



Рис. 4.



Рис. 5.

При выкраивании лоскута необходимо принимать во внимание первенствующее значение кровоснабжения его; в этом отношении кожа спины и груди имеет преимущество, т. к. эти области имеют многочисленные сосуды, анастомозирующие между собою и образующие таким образом большую сеть. При образовании лоскута сохранение подкожной клетчатки следует считать обязательным, т. к. это

слоем имеет достаточную сеть кровеносных сосудов. Удаление подкожной клетчатки при образовании лоскута может дать омертвление его (Крамаренко и Преображенский).

Омертвление лоскутов центральной части его наблюдается и у не вполне излеченных сифилитиков. Мы неоднократно наблюдали у себя в клинике омертвление большей частью в центральной части лоскута; проверка крови на RW давала положительные реакции.

Мы, вообще у больных с дефектами лица проверяем кровь на RW.

Только при отрицательной реакции приступаем к операции, а при положительной реакции проводим специфическое лечение.

Для обеспечения кровообращения в лоскутах, для использования больших запасов пластического материала и для удобства переноса

лоскутов на место дефекта с отдаленных мест тела мы пользуемся предварительным воспитанием лоскута на месте.

Трубчатые лоскуты можно готовить на различных частях тела, соотносясь с распределением кожных сосудов. Удобнее образовать лоскуты на сгибах суставов, располагая их на наружных поверхностях, на передней поверхности плечевого сустава, на животе, на боковой поверхности груди, на спине, на шее и т. д. (см. рис. № 7—8).

Длина выкраиваемого лоскута не должна превышать 15—20 см. Практика показала, что лоскуты длиной в 30 см. и больше непрактичны, несмотря на хорошую тренировку и воспитание их при перемещении такого лоскута на место дефекта. Такие длинные лоскуты подвержены некрозу. У нас был один случай с длинным лоскутом, где центральный конец лоскута при перемещении его со спины на дефект носа некротизировался.

Короткие лоскуты (5—8 см.) нежелательны, при миграции они еще больше укорачиваются и потому использование их довольно затруднительно. Но его можно использовать для закрытия дефекта частично только путем перемещения его с помощью кисти руки или предплечья на место дефекта. Ширина лоскута определяется толщиной жирового слоя. Толщину подкожной клетчатки легко можно определить перед операцией путем захватывания ее



Рис. 6.

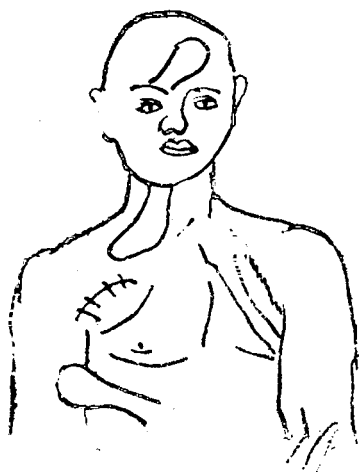


Рис. 7.

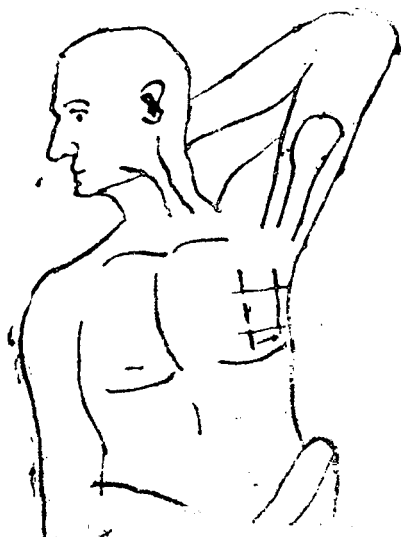


Рис. 8.

вместе с кожей в складку между пальцами (большим и указательным). Техника образования лоскута (круглого стебля) общеизвестна, проста и не представляет особых затруднений.

Мы пользуемся способом, предложенным Филатовым, который заключается в выкраивании кожной ленты, концы которой не перерезаются. Края кожной ленты сшиваются друг с другом по всей длине, благодаря чему лента превращается в «стебель» (Филатов).

При образовании лоскута (по способу Филатова мы выкраиваем кожную ленту, с подкожной клетчаткой и фасцией; сохранение фасции с кожной лентой имеет большое значение, т. к. этот слой богат кровеносными сосудами. Длина выкраиваемого лоскута находится в зависимости от щели и задачи пластики.

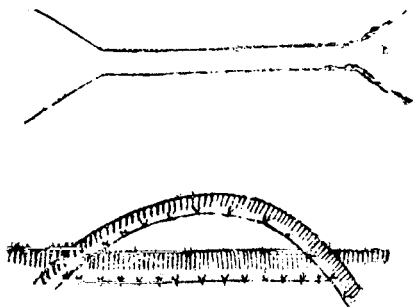


Рис. 9.

При длинных стеблях ширина кожной ленты должна быть не менее 4, 5 см. после сокращения кожи. Ширина ленты может колебаться в зависимости от развития подкожной клетчатки (см. рис. № 9).

Выкраивание стеблей исключительно производилось под местной анестезией. Мы всегда применяли однопроцентный 2% раствор новокаина и редко полупроцентный раствор.

ИНСТРУМЕНТАРИЙ И МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ШВА.

Для производства восстановительных операций нет никакой надобности иметь особый инструментарий. Достаточно иметь маленькие ножи, иглы и анатомические пинцеты. Материалом для шва служит большею частью тонкий кетгут, шелк и конский волос; скобки не употребляются вовсе.

СОБСТВЕННЫЙ МАТЕРИАЛ.

Наш материал по восстановлению лица и носа состоит из 139 больных.

Наши больные с дефектами лица, носа и других частей тела в большинстве своем являются больными мирного и военного времени. На нашем материале причинами разрушения лица, носа и т. д. послужили травматические повреждения, нома, сифилис и огнестрельное ранение. Наш материал по роду разрушений лица представляется в следующей таблице.

Таблица № 1

Сифилис		Нома		Огнестрельные ранения	Слюн. свищи		Ангиома		Другие поврежд.	
ж.	м.	ж.	м.	м.	ж.	м.	ж.	м.	м.	ж.
14	4	2	4	98	2	3	1	3	6	2
Всего мужчин и женщин 139.										

Значительный процент среди наших больных с дефектами лица, носа и приротовой области составляют огнестрельные повреждения, затем идут язвительные поражения.

Среди наших больных имелись два случая с разрушением приротовой области и носа полностью. В обоих случаях средняя часть лица представляла большое зияющее отверстие, сообщаемое с ротовой полостью; в одном случае разрушения захватили все лицо.

Наши больные в большинстве своем представляются в молодом возрасте; самый малый возраст—1 год и 11—12 лет. Женщин—21, мужчин—118.

После восстановления дефектов лица большое внимание обращали на результаты, полученные от применения того или другого способа. С этой целью все больные периодически проверялись и после этого производились фотоснимки и т. д.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ НОСА.

ОБЗОР ВАЖНЕЙШИХ СПОСОБОВ РИНОПЛАСТИКИ.

Вопрос о восстановлении дефектов носа не новый, он имеет за собой большую давность и не считается законченным, а оперативные способы не исчерпывающими, в этом отношении имеются

большие достижения, но эти достижения на сегодня не являются достаточными, они ежегодно пополняются все новыми и новыми работами и увеличивается количество ринопластических операций.

Большинство оперативных вмешательств приходится на исправление простых западений спинки носа (Дьяконов, Лимберг, Джанелидзе, Шатхинский и т. д.). Такой высокий процент пересадок хряща или кости по сравнению с другими пластическими операциями на носу объясняется, во-первых, частотой деформаций носа, а, во-вторых, и легкостью получения пластического материала из ребра или кости. Такого рода операция обычно производится рядовыми хирургами с удовлетворительными результатами. Сравнительно редко производятся операции по восстановлению целого носа или замещение дефектов отдельных частей носа. Надо признать, что общие принципы восстановления носа полностью или замещение значительных дефектов его достаточно разработаны Диффенбахом, Лангенбеком, Израэлем, Карташевым, Курбановым и др. Несмотря на хорошо разработанные методы, ринопластика в большинстве своем представляется все еще сложной и тяжелой задачей по выполнению, дающей часто неудовлетворительные результаты даже в руках крупных хирургов.

Для частичного или полного восстановления носа существует много способов. Из них общепризнанными являются: индийский и итальянский.

Эти способы в дальнейшем подвергались пересмотру и усовершенствованию, но к сожалению они имели и имеют свои недостатки, заключающиеся в ограниченности получения достаточного пластического материала, возможности частого омертвления лоскута и т. п.

Помимо вышеуказанных, существуют еще и другие, заслуживающие внимания способы (Мандри, Холлендер). Сущность этих способов заключается в том, что лоскуты (приготавливаются) вне лица, к сожалению эти способы не получили широкого распространения и были оставлены. Все эти безуспешные искания наиболее подходящего для восстановления носа материала получили свое полное завершение лишь в предложенной Филатовым пластике на круглом стебле. Этот способ пластики вполне разрешает все вопросы, связанные с местом заимствования лоскутов, их кровоснабжения и перемещения на место дефекта. Кроме того этот способ удовлетворяет анатомо-физиологическим требованиям, предъявляемым к образованию нового носа и упрощает технику образования кожных дубликатур и самого носа.

За последнее время применение филатовского способа получили широкое распространение для восстановления носа и он пользуется большим успехом и преимуществом перед другими. Эти успехи обязаны дополнительной разработке способа, его усовершенст-

нию и новым предложениям, внесенным целым рядом хирургов (Джанелидзе, Лимберг, Гусинин, Богораз и др.)

Филатов своим способом произвел целый переворот в пластической хирургии. До Филатовской эры существующие способы в пластической хирургии не могли быть осуществлены и применены во всех случаях ринопластики. Необычайная простота, удобство и пластичность круглого стебля, обилие пластического материала в нем, ставит этот способ выше всех существующих поныне.

Нельзя не отметить один оригинальный способ образования целого носа, предложенный польским врачом Львовского университета Мишеловским, из клиники профессора Островского. Этот способ заключается в том, что для образования ноздрей и спинки носа выкраиваются узенькие лоскуты на щеках и на корне носа соответствующей длины, предварительно под кожу пересаживаются хрящевые пластинки из ребра, которые в будущем должны служить вместе с кожным лоскутом хрящевой перегородкой и спинкой носа; затем эти кожные лоскуты с пересаженными хрящевыми кусочками выкраиваются и заворачиваются с обеих сторон щек в

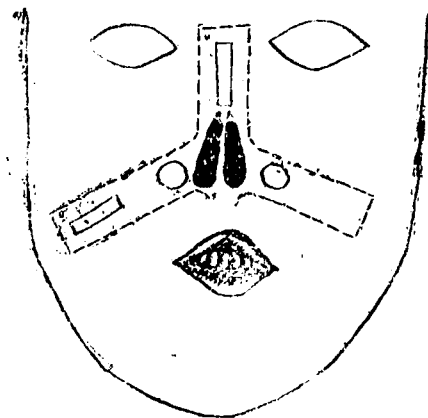


Рис. 10.

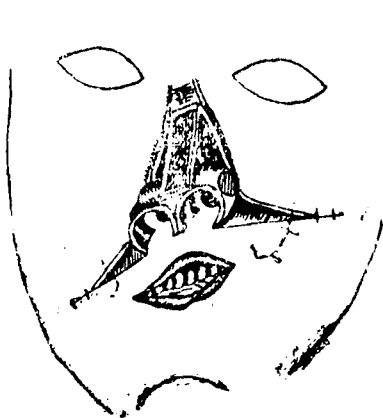


Рис. 11.

виде кольца и для образования ноздрей вшиваются в область верхней губы; таким образом хрящевая пластинка заключается в промежутке двух кожных лоскутов, раневая поверхность которых обращена наружу; таким же путем выкраивается кожный лоскут с пересаженным заранее хрящем на корне носа и закидывается вниз и прилаживается нижним концом на кольцо, образующем ноздри и пришивается к ним. Таким образом создается каркас, на который накладывается лоскут со лба и завершается оформление тотальной пластики носа (рис. № 10—11).

Научная разработка отдельных способов начинается с успешных работ Диффенбаха. Он был первым, отважившимся на замещение совершенно отсутствующего носа.

Однако образованный им нос состоял только из кожи, взятой со лба или с руки в виде лоскутов на ножке; в конце концов кожный нос постепенно превращался в большой валик. Дельпеш, Лана, Лангенбек внесли большие изменения (в том смысле, что они старались предотвратить западание и сморщивание кожного носа путем перегибания краев носовых отверстий). Для опоры кожных лоскутов пользовались металлическими остовами. Наибольший прогресс в ринопластике достигнут был при помощи кожно-надкостнично-костных лоскутов Кенита со лба. (1886г). Из видоизменений, усовершенствовавшихся, способов наиболее важным является способ Шиммельбуша. Главное преимущество способа Шиммельбуша состоит в том, что он дает плотно нарастающую с краями грушевидного отверстия костную крышу, образующую стойкую хорошую опору, и не нуждается в замещении носовой перегородки. Недостаток этого способа заключается в том, что приходится делать большие разрезы с отделением кожи головы, дающие большую потерю крови и что грушевидное отверстие в конце концов суживается и образование перегородки делается невозможным. Этот способ также подвергся некоторым изменениям и улучшениям. Далее Лексер внес большие изменения и улучшения в тотальную ринопластику; одновременное образование кожного покрова внутренней эпителиальной выстилки и костного скелета будущего носа, весьма подходящий цвет и другие свойства кожного покрова, прекрасная обеспеченность питанием всего лоскута со стороны двух крупных лобных артерий составляют огромные преимущества лобного метода ринопластики. Недостатком этого способа являются обширные рубцы на лбу.

Замещение отдельных частей носа в ринопластике занимает особое место, т. к. такой способ более целесообразен и не влечет за собою больших обезображиваний на лице. В этом отношении способ Лангенбека не годен, т. к. дает вторичные дефекты. Способы Де-Кервена, Диффенбаха также не дают удовлетворительных результатов. Способ Кенига Ф. заслуживает внимания; его способ состоит в том, что из ушной раковины берется кусок хряща необходимой величины для закрытия дефекта крыла носа. Этот способ был описан еще до Кенига Суловым на 4 года раньше его. Этот способ дает наилучшие результаты.

На своем большом клиническом материале замещения дефектов носа, мы пользовались круглым стеблем, оказавшимся чрезвычайно пригодным для образования как целого носа так и отдельных его частей, а иногда пользовались для закрытия дефектов крыла носа способом Сулова.

Что касается классификации дефектов носа, необходимо указать, что она до сих пор не является разрешенной. Существующие до сих пор классификации (Нелатон, Павлов-Сильванский) являются громоздкими и не имеют большой практической ценности. По нашему мнению было бы правильным положить в основу

классификации дефектов носа топографо-анатомические отношения, определяющие практическую целесообразность выбора того или другого метода оперативного вмешательства. В этом отношении заслуживает внимания классификация Богораза, построенная на топографо-анатомическом принципе; классификация эта разработана тщательно и охватывает почти все встречающиеся обезображивания носа. Указанная классификация распадается на четыре группы и в соответствии с этим все восстановительные операции носа также распределяются на четыре группы. Мы в своих восстановительных операциях в большинстве случаев придерживались классификации Богораза, имеющей преимущество перед другими классификациями.

Приступаю к описанию наших больных с дефектами носа по отдельным видам произведенной им ринопластики:

ПОЛНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРУШЕННОГО НОСА.

Полное отсутствие носа характеризуется разрушением всех частей носа—мягких частей и костного скелета. Причиной такого обширного разрушения носа в большинстве случаев является запущенный, нелеченный сифилис, огнестрельные разрушения, злокачественные опухоли и т. д. На месте носа остается большая зияющая, неправильной формы, широко сообщающаяся с носоглоткой, а иногда с ротовой полостью дыра. Тотальное восстановление такого носа представляется очень сложным и трудным вмешательством, большей частью дающим неудовлетворительные результаты. Поэтому полное восстановление носа производится сравнительно редко.

Случаев полного восстановления разрушенного носа очень мало. Так у Павлова-Сильванского был один случай, у Карташева три случая, у Мишалевского было два случая и т. д.; мы имеем четыре случая тотальной ринопластики.

Распространенными и общепринятыми способами полной ринопластики до последнего времени являются лобный и плечевой методы. Эти методы, благодаря Лексеру сделали огромный шаг в развитии ринопластики, тем не менее задача полного восстановления носа и поныне является не разрешенной. Этим методам все же присущи вторичные обезображивания, омертвление и т. д. Другие предложенные способы Перлес и др. дают очень мало удовлетворительных результатов, применение их стало ограничиваться и в последнее время почти не имеют своих сторонников в восстановительной хирургии.

Применение круглого стебля в этом отношении представляет огромные преимущества, во-первых, своей легкостью и простотой; техники, во-вторых, обладает достаточным количеством пластического материала, которого хватает не только для образования носа,

но и для закрытия других дефектов лица. Наши приведенные случаи могут являться иллюстрацией вышесказанного.

Случай 1. Больной Ахм., 18 лет, из Дагестана. Правильного телосложения, среднего питания. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не имеется. Родители здоровые. Поступил в клинику в 1935 году по поводу дефектов лица; полного отсутствия носа, верхней и нижней губ. На месте носа имеется большая дыра неправильной формы. Края дефектов обрамлены мощными рубцами и припаяны к подлежащим тканям (см. рис. № 12). Со слов больного в детстве на лице появились язвы, которые в течение короткого времени разрушили указанные участки лица и после заживления оставили обезображивающий дефект лица. RW оказалась

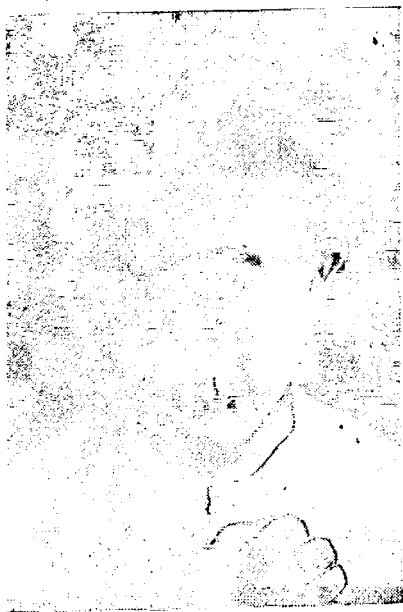


Рис. 12.

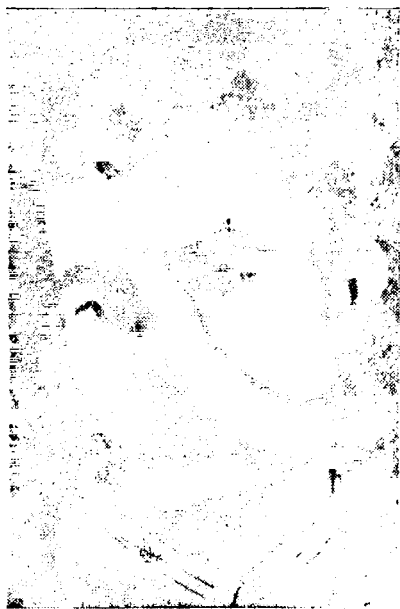


Рис. 13.

положительной. Больной принял специфическое лечение, а затем было приступлено к восстановлению дефектов лица и носа. 3/XI—1936г. под местной анестезией приготовлен круглый стебель на спине; длина лоскута около 25 см., швы на лоскут и на кожу. Заживление первичное (см. рис. № 4). Спустя 1 месяц нижний конец лоскута отрезан на спине и перенесен на верхний отдел шеи, позади уха, и там пришит. Заживление первичное (рис. № 5). 28/XII после соответствующего воспитания, лоскут на спине отрезан и перенесен на передний отдел щек и там пришит. 25/I—37г. шейный конец лоскута позади уха отрезан и перенесен на правую

щеку; через 5 дней щечный конец лоскута отмертвел на 5—6 см. На заживление ушло около двух недель, после чего снова свободный конец лоскута пересажен на переносицу (см. рис. № 13). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. 20/II щечный конец лоскута освобожден и пересажен на щеку, заживление первичное. Лоскут оказался слишком большим, он по средней линии рассечен вверх по длине на 6 см. и образовавшиеся, таким образом, две ножки вшиты в щеку. Через некоторое время произведены разрезы по длине лоскута с боков и по краям дефекта носа на щеке. Соединением края разрезов узловатыми швами закрыта зияющая дыра носа.

Для оформления кончика носа и перегородки его, на левом плече образован круглый стебель 13/1—37г.

Послеоперационное течение гладкое.

10/II ножки трансплантата, вшитые в щеки, отсечены. Трансплантат рассечен по средней линии, начиная от нижнего конца вверх. После иссечения избытка жировой клетчатки обе половины раздвинуты в стороны для образования из них крыльев носа, на раневую поверхность трансплантата уложен и вшит соответственно срезынный конец круглого стебля на левом плече. Стебель подведен без натяжения (см. рис. № 14—15—16—17). Рука фиксирована к голове мягкой повязкой. Заживление гладкое.

25/II освежены латеральные края обеих ранее образованных для восстановления крыльев носа половин круглого стебля; эти края вшиты в разрез щеки в области носогубных складок (борозд), чем сформированы нижние латеральные углы носового хода; заживление гладкое.

20/III свободный носовой конец лоскута отсечен и источен, избыток жировой ткани удален, перегнут книзу и подшит к остатку



Рис. 14.



Рис. 15.



Рис. 16.



Рис. 17.

кожи верхней губы, после чего вновь образованный нос принял лучшую форму. Заживление гладкое.



Рис. 18.

Через некоторое время произведены поправки путем иссечения избытков жира и кожи, так что нос окончательно был сформирован (рис. № 18).

Случай 2-й. Больной Ш., 17 лет, приезжий из района республики; правильного телосложения; родители здоровые; в детстве появилась язва на носу и на губах, через короткий срок она разрушила весь нос и нижнюю и верхнюю губы. После заживления язва оставила большую зияющую (дыру неправильной формы на месте носа, соединяющуюся с носоглоткой; полностью разрушены были верхняя и нижняя губы. Фронтальные зубы обеих челюстей были обнажены, слизистая десен непосредственно переходит в рубцовые ткани челюсти. Края дефектов обрамлены рубцовыми тканями. Имеется непрерывное слюнотечение (см. рис. 19).



Рис. 19.



Рис. 20.

Прежде чем приступить к восстановлению, необходимо было закрыть дефект щеки, верхней губы и тем самым создать фундамент для будущего носа. Заранее учитывая сложность операции, связанной с закрытием дефекта и организацией носа, мы решили образовать длинный и достаточной толщины лоскут на спине больного. 17/IX—37 года произведена операция под местной анестезией; послеоперационное течение гладкое, заживление лоскута и кожной раны первичное. На окончательное заживление и на его тренировку потребовалось 23 дня; 10/X нижний конец лоскута на спине отсечен и вшит в дефект левой щеки без натяжения. Приживление первичное, 25/X шейный конец лоскута отсечен и вшит в разрез корня носа. Приживление гладкое (см. рис. № 20).

12/XI лоскут настолько был длинный, толстый, что дал возможность использовать излишек его для закрытия дефекта щеки и образовать верхнюю губу. Щечный конец его перенесен на край дефекта и после освежения его вшит в разрез. Приживление гладкое. Того же числа на левом плече образован стебель длиной в 12 см. для оформления кончика носа. Заживление первичное.

27/XI трансплантаты, вшитые в щеки, отсечены, трансплантат рассечен по средней линии, начиная от нижнего конца вверх. После иссечения избытка жировой клетчатки обе половины раздвинуты в стороны для образования из них крыльев носа. На ране-

вую поверхность трансплантата уложен и вшит соответственно срезанный конец круглого стебля на левом плече. Стебель подве-

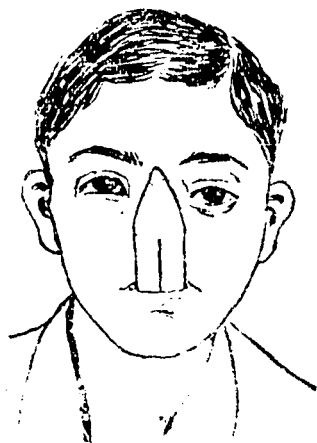


Рис. 21.



Рис. 22.

ден без натяжения (см. рис. №№ 21, 22, 23, 24) рука фиксирована к голове мягкой повязкой. Заживление гладкое. 18/XII освежены латеральные края обеих ранее образованных для восстановления

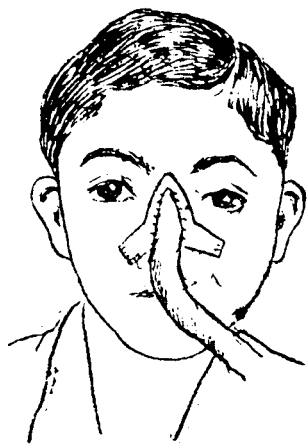


Рис. 23.

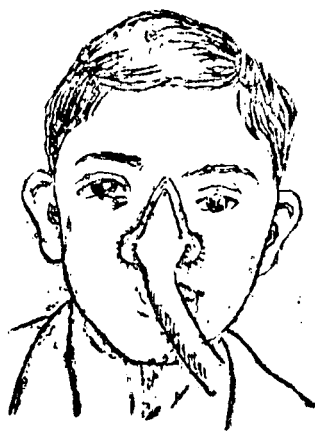


Рис. 24.

крыльев носа половин круглого стебля; эти края вшиты в разрез щеки в области носогубных складок, чем и сформированы нижние латеральные углы носового хода; заживление гладкое.



Рис. 25а.



Рис. 25б.

24/II свободный носовой конец лоскута отсечен и истончен, избыток жировой ткани удален, перегнут книзу и подшит к остатку кожи вновь образованной верхней губы, после чего вновь образованный нос принял лучшую форму. Заживление гладкое (см. рис. № 25а № 25б). Через некоторое время произведены поправки путем иссечения избытков жира и кожи, так что нос окончательно был сформирован.

Случай 3-й. Больной М., 26 лет, приезжий из района республики. Поступил с дефектом всего носа. Со слов его в детстве появилась какая-то большая язва, захватившая область, начиная от крыльев носа до переносицы, разрушила мягкие и костные его части. После излечения язва оставила большой дефект на кончике и спинке. Последняя отсутствует на всем протяжении, кожа спинки рубцово изменена, тесно спаяна с подлежащими тканями. Кончик носа отсутствует. Носовые отверстия обращены кверху (см. рис. № 26—27). Полное разрушение хрящевого и костного скелета спинки и кожного покрова делало совершенно невозможным исправление деформации путем подкожной пересадки хряща. Решили воспользоваться круглым стеблем.

25/IX—36 года на левом плече образован круглый стебель длиной в 20 см. Первичное заживление стебля и раны плеча. 12/X



Рис. 26.



Рис. 27.



Рис. 28.

верхний конец стебля отсечен от плеча, перенесен на переносицу и вшит в разрез ее. (см. рис. № 28). Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичное. 25/X нижний конец стебля отсечен от плеча, перенесен на левую щеку и вшит в разрез. Гладкое течение и первичное заживление. 10/XI щечный конец стебля отсечен от лица. По нижней линии приживления проведен разрез, продолженный далее по носогубным складкам почти до латеральных краев крыльев (см. рис. № 29).

● Далее, спинка носа рассечена во всю толщ. Мобилизованная таким образом хрящевая часть носа легко оттянута книзу и поставлена в нормальное положение; оставленный на носу свободный конец круглого стебля обрезан по величине образо-

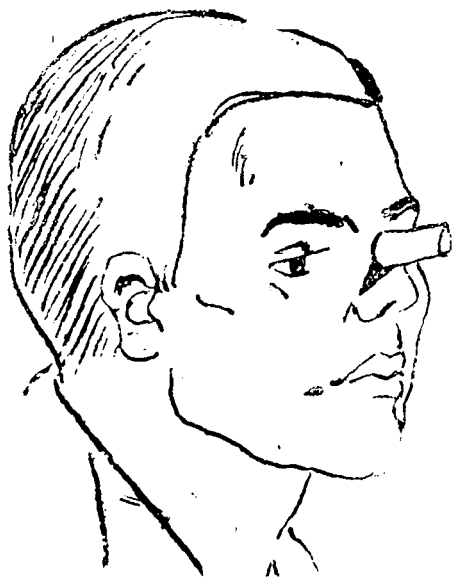


Рис. 29.



Рис. 30.

вавшейся зияющей дыры и приложен к ее краям (см. рис. № 30). Стебель подсечен по бокам, нижняя поверхность кожного покрова обращена в полость носа, а сверху кожный край стебля подшит к концу кончика, крыльев и боков носа. Подшитый стебель, заполнив дефект, образовал хорошо оформленную (высокую) спинку носа. Заживление гладкое и первичное (см. рис. № 31).

25/XI с целью окончательного оформления спинки носа в стебель вставлен реберный хрящ по всей длине носа. Заживление гладкое и первичное (см. рис. № 31). Кончик носа и перегородка его окончательно сформированы дополнительно из круглого стебля, взятого на правом плече 1/XII. 17/XII верхний конец лоскута перенесен на кончик носа и вшит в разрез (см. рис. № 32—№ 33); нижний конец лоскута отсечен на плече и вшит в левую щеку 3/I—37 года. 20/I кончик и перегородка носа оформлены окончательно из лоскута, после чего нос целиком принял нормальную форму (см. рис. № 34).

Случай 4-й. Больному лет 16, приезжий из района. Телосложение правильное. Поступил в клинику с дефектом носа на почве бытового сифилиса.

Хрящевая часть носа совершенно отсутствует, часть костного скелета носа также разрушена. На месте разрушенного носа имеется рубцово-измененная ткань, плотно сросшаяся с подлежащей



Рис. 31.



Рис. 32.

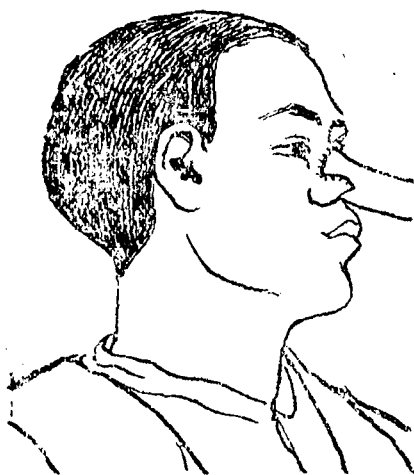


Рис. 33.



Рис. 34.



Рис. 35.



Рис. 36.

костной тканью и закрывшая совершенно носовые отверстия (см. рис. № 35—36).

Для восстановления носа полностью воспользовались филатовским стеблем, взятым со спины. 20/IX—1937 года приготовлен лоскут на спине, длиной около 18 см. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. 7/X нижний конец лоскута перенесен на грудь и шит в разрез. Заживление первичное.

23/X верхний конец лоскута отсечен и перенесен на корень носа и шит в разрез юго. Послеоперационное течение гладкое и заживление первичное (см. рис. №37).

Для оформления кончика носа и перегородки его на левом плече образован круглый стебель 22/X. После воспитания круглого лоскута на плече, 8/XI трансплантат рассечен по средней линии, начиная от ниж.



Рис. 37.

него конца вверх. После иссечения избытка жировой клетчатки обе половины раздвинуты (см. рис. № 38—39) в стороны для обра-



Рис. 38.



Рис. 39.

зования из них крыльев носа. На раневую поверхность трансплантата уложен и вшит соответственно срезанный конец круглого стебля на левом плече (см. рис. № 40—41).

Стебель подведен без натяжения. Рука фиксирована к голове мягкой повязкой. Заживление гладкое. 24/XI освежены латеральные края обеих, ранее образованных для восстановления крыльев носа

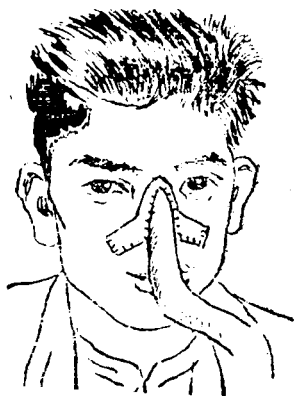


Рис. 40.

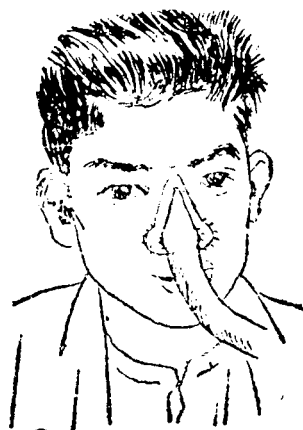


Рис. 41.

половин круглого стебля; эти края вшиты в разрез щеки в области носогубных борозд, чем сформированы нижние латеральные углы носового хода. Заживление гладкое.

9/XII свободный носовой конец лоскута отсечен и истончен,

избыток жировой ткани удален, перегнут книзу, подшит к остатку кожи верхней губы, после чего вновь образованный нос принял лучшую форму. Заживление гладкое (см. рис. № 42—43).

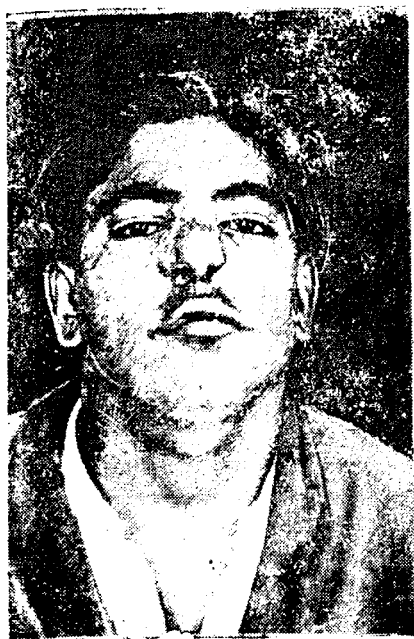


Рис. 42.



Рис. 43.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НОСА ПРИ ЗАПАДАНИИ И РАЗРУШЕНИИ ЕГО СПИНКИ И КОЖНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.

Изолированные разрушения костно-хрящевого скелета спинки носа при целости кончика и крыльев его ведут к различным деформациям от незначительных западаний спинки до полного оседания всей верхней части носа. Кончик и крылья носа у таких больных сильно подтянуты вверх, носовые отверстия обращены вперед. В этих случаях восстановление спинки носа при помощи способов Израэля не удастся, т. к. отделение и образование подкожного канала невозможно без вскрытия носовой полости. Поэтому приходится прибегать к более сложным операциям.

Прежде всего необходимо сделать нижнюю часть носа подвижной. Это достигается поперечным разрезом, проведенным по хрящевой части носа. После этого крылья и кончик носа оттягиваются книзу и ставятся в правильное положение. Замещение образующейся сквозной дыры и образование спинки носа достигается затем различными способами.

Для образования спинки носа и замещения сквозного дефекта существует несколько способов (Кениг, Дьяконов, Иозеф, Петров и др.). Эти способы не лишены отрицательных сторон и потому многими не применяются. Мы предпочли для восстановления спинки носа принять филатовский стебель; этот метод является самым рациональным и простым по своей технике. Техника восстановления запавшей спинки носа (иногда совершенно разрушенного) круглым стеблем состоит из следующих моментов:



Рис. 44.

1. Образования круглого стебля.
2. Вживления периферического конца стебля в разрез корня спинки носа.
3. Пересечение стебля с оставлением нужной длины свободного конца; поперечный разрез, отделение и приведение кончика и крыльев носа в правильное положение. Замещение дефекта (и реставрация спинки носа свободным концом лоскута.
4. Окончательное формирование носа мелкими операциями.

Мы филатовский лоскут для восстановления носа брали только на спине, т. к. лоскут со спины обладает достаточной упругостью и не требует пересадки реберного хряща в нос. В самом деле такой стебель, взятый соответствующей длины и толщины, позволяет сразу образовать не только внутренний и наружный покров носа, но создает и высокую спинку.

Случай 1-й. Больная М. поступила в клинику 8/VIII 1936 года по поводу деформации всего носа после перенесенного сифилиса. Состояние носа: разрушение костного остова и перегородки, кончик носа торчит вверх в виде птичьего клюва с большим зияющим отверстием, но кожный покров и крылья его были сохранены (см. рис. № 44); на твердом небе имелась большая дыра, сообщающаяся с носовой полостью. Других признаков деформации на лице не отмечалось. RW положительна.

После специфического лечения приступили к оперативным вмешательствам. 14/IX—36г. под местной анестезией образован филатовский стебель на правом плече длиной в 14 см. Первичное заживление. 2/XI верхний конец стебля отсечен на плече и вшит в разрез корня носа (см. рис. № 45). Послеоперационное течение гладкое.

17/X плечевой конец доски отсечен и вшит в разрез верхней губы. Приживление первичное (см. рис. 46). 2/XI губной конец доски отсечен, отходя на 5 см. от губы. Затем по нижней линии.



Рис. 45.



Рис. 46.

приживления стебля проведен разрез, продолженный до носогубных складок. Стенка носа рассечена во всю толщину. Мобилизованная таким образом, хрящевая часть носа легко оттянута книзу и поставлена в нормальное положение (см. рис. № 47—48).



Рис. 47.



Рис. 48.

Свободный конец лоскута обрезан по величине образовавшейся зияющей дыры и приложен к ее краям (см. рис. № 49—50). Стебель подсечен по бокам, так что нижняя кожная поверхность обра-



Рис. 49.



Рис. 50.



Рис. 51.

щена была в полость носа. Обращенная в полость носа кожная поверхность стебля подшита к слизистой оболочке (дыры по всем краям ее, а сверху кожный край стебля подшит к коже кончика, крыльев и боков носа (см. рис. № 51). Подшитый стебель, выполнив дефект, образовал хорошо оформленную высокую спинку носа. Послеоперационное течение гладкое. Из остатка стебля на губе приготовлена кожная перегородка носа (см. рис. № 49). Для поднятия спинки носа вставлен реберный хрящ, после чего спинка приняла хороший вид. Через некоторое время произведены частичные поправки носа. После окончательного оформления носа больная выписалась с хорошим косметическим и функциональным результатом (см. рис. № 52—53).



Рис. 52.



Рис. 53.

Случай 2-й. Больная Х. поступила в клинику в 1937г. по поводу дефекта носа, последовавшего после травмы, нанесенной по носу тупым оружием. Имеется огромный дефект спинки носа, хрящевая же часть сохранена. Кожа спинки носа на месте дефекта спаяна с подлежащей костной тканью очень плотно. RW отрицательна. Кончик носа несколько торчит вверх. Больная других болезней не отмечает (см. рис. № 54—55).

Под местной анестезией приготовлен круглый стебель на левом плече 17/IX—37г. Послеоперационное течение гладкое. После воспитания лоскута 2/X верхний конец его перенесен на корень носа и шит в разрез его. Послеоперационное течение гладкое. После соответствующего воспитания стенка носа рассечена во всю толщину, 17/X (см. рис. № 56). Мобилизованная таким образом хрящевая часть носа легко оттянута книзу и поставлена в нормальное положение (см. рис. № 57). Свободный конец лоскута обрезан по величине образовавшейся зияющей дыры и положен к ее краям. Стебель надсечен по бокам так, что кожная поверхность лоскута, обращенная в полость носа подшита по краям слизистой носа, а верхний кожный край стебля подшит к коже кончика, крыльев и боков носа. Подшитый стебель, выполнив дефект, образовал хорошо оформленную высокую



Рис. 54.



Рис. 55.

спинку носа. Послеоперационное течение гладкое (см. рис. № 58—59).

2/XI для поднятия спинки носа вставлен реберный хрящ, после чего спинка приняла хо-



Рис. 56.



Рис. 57.

роший вид. После окончательного оформления носа больная выписалась с хорошим косметическим и функциональным результатом (см. рис. № 60—61).



Рис. 58.



Рис. 59.



Рис. 60.



Рис. 61.



Рис. 62.

Случай 3-й. Ран. (больной Форт.) поступил в госпиталь после ранения в 1942 году в область корня носа. После заживления раны остался большой сквозной дефект, сообщавшийся с полостью рта у корня носа (рис. 62).

Телосложение правильное, упитанный. Для закрытия дефекта носа 28/IV приготовлен филатовский стебель на правом плече. Послеоперационное течение гладкое. После соответствующего воспитания верхний конец лоскута 5/VI отсечен и перенесен в разрез межбровия и вшит там. Приживление хорошее (см. рис. № 63). 7/VII плечевой конец отсечен от плеча, затем края дефекта освежены и лоскут рассечен на несколько см., нижняя кожная поверхность его подшита к краям слизистой носа, а верхняя часть лоскута подшита к краям дефекта



Рис. 63.



Рис. 64.

с кожным покровом носа и щеки; таким образом, дефект заполнен лоскутом полностью (см. рис. № 64). 4/IX лобный конец лоскута отсечен и после удаления излишков подшит к краям дефекта. 23/X после нескольких оперативных поправок нос принял лучшую форму, а дефект неба временно заполнялся obturatorом из каучука.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОНЧИКА НОСА.

Реставрация кончика носа после разрушения его травмой или болезненным процессом до сих пор являлась трудно выполнимой задачей в ринопластике. Наиболее подходящими методами считались лобный и щечный. К сожалению образование лоскутов на щеке и на лбу дает еще новые обезображивания. Ценным из всех способов является способ Суслو ва-К е н и г т а, заключающийся в том, что дефект кончика или крыла носа восстанавливается куском ушной раковины (способ И о з е ф а также не лишен недостатков, он может быть применен в случаях незначительного дефекта кончика носа). Петров рекомендует при незначительном дефекте только кончика носа использовать мякоть 4-го пальца руки, по его отзыву дающий прекрасный косметический результат.

Из всех существующих способов для восстановления кончика носа самым рациональным по простоте техники и достаточному количеству пластического материала, обеспечивающий прекрасный косметический результат, является круглый стебель. Мы всегда пользовались для этой цели только стеблем. Стойкость получаемого результата обеспечивается полным отсутствием дальнейших рубцовых изменений в ткани стебля, перенесенного на новое место. Наши наблюдения в этом отношении также подтверждаются Карташевым на его материале.

Случай 1-й. Больной Н., 17 лет, приезжий из района республики, поступил в клинику по поводу дефекта кончика и правого крыла носа, последовавшего после травмы, нанесенной тупым оружием. После травмы на хрящевой части носа образовался дефект правого крыла и кончика носа. Правый носовой ход закрыт рубцовой тканью, левый свободный (см. рис. 65—66).

Восстановление кончика носа и крыла решено произвести круглым стеблем. 21/IX—1937г. приготовлен круглый стебель на левом плече. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Воспитание стебля производилось перетягиванием резиновой трубочкой.

12/X верхний конец стебля отсечен на плече—перенесен на кончик носа. Предварительно на кончике носа и крыльях его произведен поперечный разрез, несколько выпуклый кверху; через весь нос от одной щеки до другой мобилизованы остатки крыльев и выкроены лоскуты из всей толщи боковых стенок носа. Удлиненные таким образом носовые крылья оттянуты книзу до нормаль-



Рис. 65.



Рис. 66.

ного положения. К освеженной спинке носа и к разрезам боковых сторон его подведен освеженный конец стебля и вшит сперва к слизистой оболочке носа, затем к коже боковых сторон и спинке носа; крылья носа вшиты в боковые разрезы стебля, кожа в верхний край, а слизистая в нижний край разреза. (см. рис. № 67—68). Послеоперационное течение гладкое, заживление первич-



Рис. 67.



Рис. 68.

ное. 29/X стебель отсечен от лица с оставлением на кончике носа свободного конца, длиной в 4 см. (см. рис. № 69).

15/XI произведены поправки на крыльях носа и на спинке его; свободный конец носкута также иссечен иссечением кожи и жировой клетчатки по рубцу. Стебель перегнут книзу и вшит в верхний отдел перегородки, изживление первичное. 29/XI произведены некоторые поправки на кончике и перегородке носа путем иссечения по старому рубцу кожи и жира; таким образом, кончик носа окончательно оформлен и принял лучшую форму (см. рис. № 70—71).

Случай 2-й. Больной М. поступил в клинику по поводу дефекта кончика носа и кожной перегородки его. Дефект образовался после укуса в пьяном состоянии. Решено



Рис. 69.



Рис. 70.



Рис. 71.



Рис. 72.



Рис. 73.



Рис. 74.



Рис. 75.

было образовать кончик носа и его перегородки филатовским стеблем (см. рис. 72—73).

Для восстановления кончика носа и его кожной перегородки решено образовать филатовский стебель на левом плече. Операция 18/X 1940г. Послеоперационное течение гладкое—заживление первичное. Воспитание стебля производилось перетягиванием резиновой трубкой.

6/XI верхний конец лоскута на плече отсечен и перенесен на кончик носа. На кончике носа произведено иссечение рубцовой ткани дефекта кончика и крыла носа. В образованное ложе уложен раневой поверхностью конец стебля, подведенного сюда вместе с рукой. Стебель подшит тонкими шелковыми швами, сначала снизу к слизистой оболочке крыльев, затем с боков и сверху к коже крыльев и спинки. Рука фиксирована на голове мягкой повязкой. Гладкое приживление (см. рис. № 74). 26/XI стебель отнят от плеча, свободный конец стебля истончен иссечением большого клина снизу по старому рубцу, повернут книзу под тупым углом и подшит к освеженному краю дефекта перегородки. Избыток жировой клетчатки и кожи кончика носа и перегородки после иссечения стал несколько меньше. После чего кончик принял красивую форму (см. рис. № 75).

Последний снимок не прилагается, ввиду утери его.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КРЫЛА НОСА С УШНОЙ РАКОВИНЫ.

В 1898 году впервые свой случай свободной пересадки ушной раковины в дефект правого крыла носа описал Суслов. Он пишет в заключение: «Важное практическое значение заключается в том, что в ушной раковине мы имеем теперь новый источник, откуда можем брать в изобилии материал для частичной ринопластики, именно для восстановления носовых крыльев и перегородки, для которых в настоящее время хотя и предложена масса самых разнообразных способов, но, говоря по личному опыту, я ни один из них не могу даже сравнивать по результату с приведенными». Авторы, применявшие ушную раковину, отмечали исключительную пригодность ее по анатомическому строению для указанной цели и, безукоризненные косметические результаты в удачно закончившихся случаях. Ободдряющие данные сообщают о применении ушной раковины большинство авторов; особенно большие заслуги принадлежат в этом вопросе проф. Лимбергу, применившему этот способ на 34 больных с 47 пересадками, из которых 32 больных вылечены методом Суслова. Нами этот способ применен в трех случаях; результаты оказались вполне удовлетворительными. (Ниже привожу рисунки и истории болезни).

Техника этой операции заключается в освежении краев рубцовой полоски на границе здоровой кожи с нанесением отвисного

разреза на остающихся краях. Ютсепаровка края на несколько мм-ров. Кровотечение останавливается зажимами без лигатур. Анестезия применяется местная. Место для взятия кусочка ушной раковины намечалось до операции. Вырезанный кусочек немедленно переносится в дефект и фиксируется швами из тонкого конского волоса. Швы накладываются снаружи и изнутри. Сперва накладываются внутренние швы, а затем наружные. После операции больные получают водку для расширения периферической сосудистой сети. Спустя несколько часов появляется отек трансплантата, служащий хорошим признаком. На третий-четвертый после операции день трансплантат начинает розоветь и в течение нескольких дней в нем полностью восстанавливается кровообращение. В случае некроза участки остаются темными и засыхают в корочки. Наружные швы снимают на седьмой день, внутренние на 8—9 день. Неудачи наблюдаются в тех случаях, когда допускаются грубые ошибки технического порядка, заключающиеся в грубом захватывании и сдавливании трансплантата инструментом при прикладывании на место дефекта, еще при применении грубого шовного материала, грубом стягивании швов и т. д. Некоторые отделки формы носа после операции несложны, они протекают без осложнения. Окончательное коррепирование носа достигается именно мелкими поправками, после которых форма носа ничем не отличается от нормального; в этом отношении наши случаи оказались вполне удачными.

Случай 1-й. Больной С., 12 лет, поступил в клинику по поводу дефекта левой щеки и левого крыла носа, последовавшего после огнестрельного ранения (охотничье ружье). Дефект небольшой. После освежения краев дефекта, измерив его размеры, вырезали соответствующий кусочек ушной раковины и немедленно перенесли на место дефекта, фиксировав его швами из тонкого конского волоса. После операции больной получил водку. Через несколько дней после операции появился отек трансплантата. Вскоре бескровно-бледный цвет его сменился темносиним. На третий-четвертый день после операции трансплантат начал розоветь и в течение нескольких дней в нем начало полностью восстанавливаться кровообращение. Швы снимались с 6-го дня. Через 10—12 дней кусочек ушной раковины прочно прижил к дефекту. Спустя несколько месяцев трансплантат остался без изменения и получился хороший косметический эффект. Операция произведена под местной анестезией (см. рис. № 76, до операции—№ 77 после операции).

Случай 2-й. Больной Ш. поступил в клинику по поводу дефекта левого крыла (носа), последовавшего после откуса. Дефект небольшой, захватывает часть крыла и кончик носа. Решено было восстановить дефект куском из ушной раковины. После того, как были освежены края дефекта, измерили величину его, вырезали соответствующий кусок раковины, немедленно перенесли его на место дефекта и затем тонким конским волосом пришили, сперва



Рис. 76.



Рис. 77.

изнутри, а потом снаружи; на шестой день стали снимать наружные и на восьмой внутренние швы. На 12—14 день кусок прижил прекрасно; на 25 день после очистки корок крыло носа приняло хороший вид (см. рис. № 78 до операции и № 79 после операции). Операция произведена под местной анестезией 23/IX—37г.

Случай 3-й. Больной М., поступил в клинику по поводу дефекта правого крыла носа. Дефект образовался после заживления какой-то язвы. Правая ноздря несколько сужена, кончик носа немного смещен в сторону дефекта. Решено дефект восстановить кусочком из ушной раковины.

23/X—1937 года, под местной анестезией после освежения края дефекта, кончик носа поставлен в правильное положение, вырезан соответствующий кусок ушной раковины, немедленно перенесен на место дефекта и тонким конским волосом пришит к дефекту. Больной получал водку. Швы сняты на 8—9 день. Кусок прочно прижил. Косметический эффект получился более чем удовлетворительный. Кончик носа принял правильное положение. (см. рис. № 80 до операции и № 81 после операции).

Несколько слов по поводу приживления кусочка ушной раковины к месту дефекта. Су слов видит успех приживления ушной раковины к месту дефекта в тесном приложении и соприкосновении однородных тканей—отвесных разрезов кожи и лос-



Рис. 78.



Рис. 79.



Рис. 80.



Рис. 81.

кута и дефекация с готовыми путями для лимфы и крови. Чем теснее и равномернее соприкосновение окровавленных поверхностей, тем тоньше фибриновый спайный слой между ними и тем легче и скорее наступает пропитывание трансплантата тканевыми соками. Процесс восстановления питания в трансплантате по Девису и Трауту заключается в пропитывании плоскостя тканевой жидкостью с клеточными элементами из прилегающей почвы и последующим ранним соединением мелких капилляров и затем вращанием сосудов. Главное внимание приходится сосредоточить на правильном образовании спайного слоя между окровавленными поверхностями трансплантата и почвы и на состоянии просвета межтканевых щелей и сосудов трансплантата. В обработке раневой поверхности краев трансплантата наибольшее значение имеет сохранение просвета разрезанных сосудов в зияющем состоянии. Это лучше всего достигается отвесным одиночным разрезом острым ножом. Ни к краям, ни к другим участкам трансплантата нельзя прикасаться ни хирургическими, ни анатомическими пинцетами. Трансплантат легко захватывается в кусок марли и прокалывается на том месте, где предполагается первый шов иглой. Недопустимо срезать трансплантат или подрезать его края ножницами, которые сдавливают ткани и склеивают стенки сосудов (Л и м б е р г).

ПОДНЯТИЕ КОНЧИКА НОСА И КРЫЛЬЕВ ЕГО.

Деформация кончика носа и крыльев его наблюдается, как самостоятельный недостаток, или же встречается часто после болезненных процессов (Lues). В таких случаях носовые ходы или совершенно закрываются или частично суживаются. В наблюдаемых нами случаях эти деформации произошли после перенесенных заболеваний.

Случай 1-й. Больной Ив., 36 лет, поступил в клинику по поводу деформации кончика и крыльев носа. Хрящевая перегородка носа совершенно разрушена; кончик и крылья втянуты в полость носа рубцовыми изменениями, костный скелет его сохранен, на небе имеется небольшое отверстие. Больной перенес в прошлом сифилис. Кожная перегородка носа также отсутствует. Решено было поднять кончик носа, крылья его и восстановить кожную перегородку. Одновременно для этой цели из реберного хряща приготовили хрящевую стропилку с ножками, соответственно величине носа; после раз'единения кончика и крыла носа от сращения, подняли его и на кончике и на крыльях произвели разрез в виде ласточки, отсепаровавши кожу спинки носа и крыльев, вставили стропилку в приготовленное ложе и затем тонким конским волосом зашили рану. Таким образом подняты кончик и крыло носа; косметический результат получился более чем удовлетво-



Рис. 82.



Рис. 83.



Рис. 84.

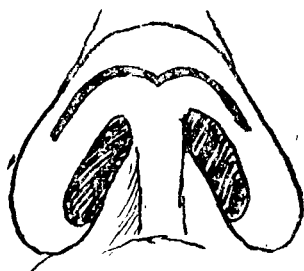
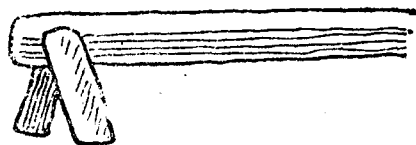


Рис. 85.

рительный. Кожную перегородку носа образовали по Лексеру. Операция произведена под местной анестезией 14/X—1939г. (см. рис. № 82—83 до операции и № 84 после операции). Стропилка с ножками и ласточка на кончике носа (см. рис. № 85).

Случай 2-й. Больная Н., 25 лет поступила в клинику по поводу деформации носа. Деформация появилась после перенесенного заболевания (сифилис). Левое крыло втянуто в полость носа и суживает вход в нос; спинка носа имеет форму седла. Решено поднять левое крыло и спинку носа стропилкой с одной ножкой из реберного хряща.



Рис. 86.



Рис. 87.

14/IX—1936г. под местной анестезией взят хрящ из 9-го ребра и приготовлена стропилка соответствующей величины и тут же произведен разрез на кончике носа и крыла в виде ласточки. После отсепарации кожи спинки носа и крыла введена стропилка в приготовленное ложе, затем рана зашита конским волосом. Косметический результат получился более, чем удовлетворительный (см. рис. № 86 до операции и № 87 после операции).

Случай 3-й. Больная Г., 26 лет, поступила в клинику по поводу деформации левого крыла носа и спинки его. Деформация появилась на почве перенесенного сифилиса. Вход в нос сужен. Решено

поднять крыло и спинку носа. Нужно отметить, что западание спинки было незначительное. Деформация была ликвидирована путем введения кусочка жировой клетчатки в (заранее приготовленное ложе на спинке и в крыле. После введения жира косметический результат получился хороший. Операция произведена под местной анестезией; сперва взят кусок жира из правого бедра, затем он введен в заранее приготовленное ложе. Операция произведена 23/X—1936 года (см. рис. № 88 до операции и № 89 после операции).



Рис. 88.



Рис. 89.

Случай 4-й. Ибр., 24 г. Поступила в клинику по поводу деформации левого крыла и спинки носа; крыло втянуто в полость носа и суживает вход в нос. Деформация ликвидирована путем введения кусочка жира из бедра в заранее приготовленное ложе носа. Рана защита конским волосом. Косметический результат получился хороший. Операция произведена под местной анестезией (см. рис. № 90 до операции и № 91 после операции).



Рис. 90



Рис. 91.

СУЖЕНИЕ НОЗДРЕЙ.

Сужение ноздрей наблюдается на почве болезненных процессов. В нашем случае сужение ноздрей появилось после перенесенной оспы. Больного привело в клинику затрудненное носовое дыхание. Сужение ноздрей расширяется путем иссечения рубцово-измененной ткани; для предупреждения повторного сужения в ноздри вставлены вороночки, изготовленные из стенок, на которые были нанесены эпидермальные кусочки, взятые на бедре по Тиршу. Кусочки фиксированы на вороночках тонким кетгутом. Вороночки были удалены из ноздрей на 8 день, когда кусочки эпидермиса оказались прижитыми на раневых поверхностях расширенных ноздрей. Таким образом были расширены суженные ноздри и в этом случае функциональный и косметический результаты получились удовлетворительные (см. рис. № 92 до операции и № 93 после операции.) Операция произведена под местной анестезией.



Рис. 92.



Рис. 93.

РИНОФИМА.

Ринофима наблюдается почти всегда у пожилых мужчин. Она представляет из себя своеобразное поражение кожи носа. В основе этого заболевания лежит гипериплазия салыных желез и соединительной ткани с расширением сосудов. Вопрос о происхождении ринофимы спорный. Отнести ее к воспалительным процессам или неоплазме нельзя. Многие считают правильным взгляд на ринофиму, как на новообразование. Fibroadenoma Sebaceum.

В нашем случае микроскопическое исследование действительно обнаружило. Fibroadenoma Sebaceum.

Наш случай. Мужчина 70 лет, с хорошим телосложением, в жизни не перенес никаких болезней. Поступил в клинику 14/V—33 года с жалобой на опухоль носа. Бугристое образование занимало область, начиная с границы костной части носа и кончая хрящевой частью его. Цвет кожи этого образования имел красноватый оттенок. Оно развилось у больного в течение 25 лет. Увеличиваясь постепенно, оно достигло громадного размера, как это

видно на снимках. Под местной анестезией новообразование иссечено с основания острым скальпелем, приложенным плашмя к основанию опухоли, выкраивая одновременно очертания носа до нормальных контуров. Обнаженная широкая кровоточащая поверхность была покрыта на несколько минут тампоном, смоченным в горячем физиологическом растворе для остановки кровотечения.

Затем обнаженная поверхность была покрыта по способу Тирша. Заживление первичное. Больной выписался с хорошим косметическим результатом (см. рис. № 94 до операции и № 95 после операции).

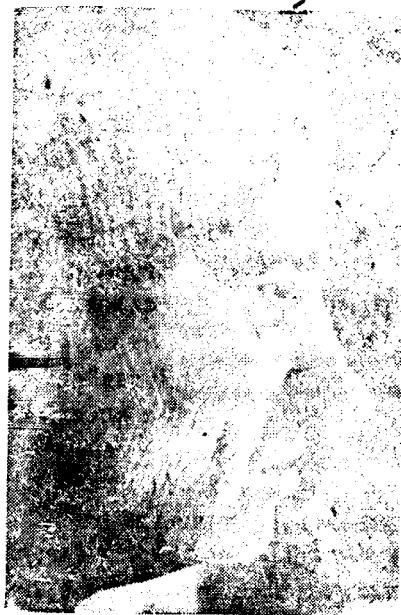


Рис. 94.



Рис. 95.

ПЛАСТИКА СЕДЛОВИДНОГО НОСА.

Оперативное вмешательство при исправлении седловидного носа встречает различные трудности, смотря по степени обезображивания и по состоянию кожи и подкожной клетчатки в области спинки носа. В последнее время избранным методом исправления седловидных носов является пересадка кусочка реберного хряща. Давно отказались от пересадки мертвого материала, который рано или поздно давал свищ. Лучшим материалом для пересадки является все таки реберный хрящ. Хрящевая ткань при нормальных условиях чрезвычайно бедно снабжена кровеносными сосудами.

которые не проникают в глубину хряща. Это обстоятельство делает его необычайно выносливым к временному перерыву кровоснабжения, неизбежному при свободной пересадке. Поэтому сравнительно с другими тканями, в частности с костной, гораздо большая часть пересаженного хряща при пересадке остается живой.

Целый ряд экспериментальных работ говорит об устойчивости хрящевой ткани и хороших ее качествах, как трансплантационного материала.

Монгольд пересаживал реберный хрящ под кожу кролика и получал через 7 недель нормальную микроскопическую картину с образованием в надхрящнице кровеносных сосудов. Горбунов на основании своей экспериментальной работы приходит к заключению, что хрящ в пять раз менее подвергается процессу рассасывания, чем ребро, и в шесть менее, чем локтевая кость. Эти факты красноречиво говорят о преимуществе для целей носовой пластики и хрящевого материала сравнительно с материалом костным. Наш опыт вполне подтверждает данные экспериментальных работ. Мы на этом основании при исправлении седловидных носов остановились на реберном хряще.

Мы при пересадке хряща в нос поступали так. Делая разрез на кончике носа в виде ласточки, скальпелем осторожно отсепааровывали кожу от хряща до носовой кости, и затем элеватором отслаивали кожу на спинке и по сторонам носа. Таким образом готовится ложе для трансплантата. Затем брали хрящевую пластинку из реберного края 10—11 ребра. Взятому хрящу придавали форму, которая соответствовала бы приготовленному заранее ложу. Приготовленный таким образом хрящ берется в зажим и вводится в ложе. Убрав зажим, накладывается один или два шва конским волосом на кончике носа. Снаружи исправляется положение хряща, если он не лег по средней линии носа. Затем обкладывается нос с пересаженным хрящем по сторонам валиками из марли и фиксируется коллодием. По этому способу мы делали несколько десятков пересадок хрящей в нос. Ниже приводим несколько фотокарточек оперированных больных (см. рисунки:

№ 96—до операции,

№ 97—после операции,

№ 98—до операции,

№ 99—после операции,

№ 100—до операции,

№ 101—после операции,

№ 102—до операции,

№ 103—после операции,

№ 104—до операции,

№ 105—после операции).



Рис. 96.



Рис. 97.



Рис. 98.



Рис. 99.



Рис. 100.



Рис. 101.



Рис. 102.



Рис. 103.



Рис. 104.



Рис. 105.

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА.

Обзор существующих способов пластики дефектов лица

Оперативное лечение сквозных изъянов губ и щек не представляет еще законченной главы пластической хирургии. Существуют скорее общие принципы, чем строго выработанные способы. Существующие до сих пор способы пластики лица делятся на первичные и вторичные.

Первичная пластика производится сейчас (же после образования дефекта (см. ниже). Вторичная пластика производится после оформления дефектов лица, т. е. когда края дефектов подживают и рубцуются на всем протяжении. Что касается первичной пластики, то она более или менее разработана. Обычно пластика производится после иссечения опухолей губы или щеки. Вторичная пластика лица производится тогда, когда имеются большие дефекты приротовой области, здесь по преимуществу делаются атипичные операции. Вторичные пластические операции по размеру изъянов (можно делить на этапы, т. е. одноэтапные и многоэтапные операции. Одноэтапные восстановительные операции производятся большей частью при незначительных изъянах верхней и нижней губ и щек.

Обширные изъяны, происшедшие вследствие огнестрельных ранений, ожогов, нумы, волчанки и других болезненных процессов

сопровождаются большей частью большими рубцовыми обезображиваниями лица; эти рубцовые изменения в тканях снижают их способности растягиваться и прочих жизненных свойств. Фиброзные изменения мягких тканей ведут к спаике их с костями лица и влекут за собою сужение ротовой щели и сведение челюстей. В таких случаях применимы многоэтапные операции. Они могут быть выполнены разными существующими способами.

Реконструкция щек и губ, т. е. пластическое формирование их, как и всякая пластическая операция, должна быть произведена по строго определенному плану. В основу плана пластики должны быть положены два требования: первое—спремирование хирурга придать воспроизводимому органу анатомическое строение, второе—функция воспроизводимого органа должна соответствовать физиологическому его значению. В нормальном органе сочетание этих двух моментов имеет место, а при пластических формированиях такое совпадение может и не наблюдаться. Если при пластических формированиях какого-нибудь органа происходит анатомическое несовершенство, то оно всегда влечет за собою функциональную несостоятельность его; для устранения которой часто требуются различные поправки.

Правильное построение утраченного органа требует к себе особого внимания. Прежде всего оно должно быть направлено на выяснение характера дефекта: величины его, местораспространения, охвата отдельных органов или частей их, состояние краев дефекта в смысле их подвижности, кровоснабжения, рубцовой или волосистой поверхности окружающих тканей и т. д. Такое тщательное изучение дефекта имеет большое значение для подготовки его краев к приживлению и прилаживанию трансплантата. Одновременно с этим выясняются функции челюстей: ее подвижность или рубцовое ограничение подвижности и т. д. Указанные моменты дают возможность предварительного лечения до восстановительной пластики. Затем высчитывается количество потребного материала с расчетом на восстановление дефекта по его плоскости и в высоту и намечается место и способ взятия трансплантатов, кожных лоскутов, хряща и т. д. Словом необходимо взвесить все эти обстоятельства и при наличии освоенной оперативной техники не трудно добиться хорошего результата. Бесплановое оперирование сопряжено с большой тратой времени и лишним пребыванием больного на койке.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ.

Восстановительная операция нижней губы связана с именем Диффенбаха. Он предлагал выкраивать необходимые для замещения дефектов губы лоскуты из соседней части щеки, используя всю ее толщу. Диффенбах таким образом восстанавливал дефект нижней губы со слизистой оболочкой внутрен-

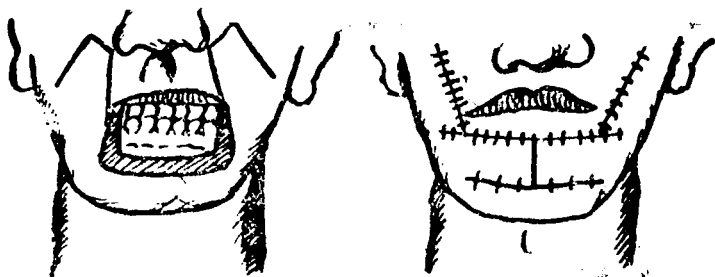
ней стороны лоскута. Этот способ до сих пор применяется при частичных и полных изъянах нижней губы. Особенно распространен этот способ с модификацией Бергмана от бывшего угла рта разрез проводится по направлению к наружному слуховому проходу, не доводя разреза до него на ширину пальца. До края masseter'a щека рассекается во всю толщ, включая слизистую оболочку; далее мягкие ткани рассекаются только до фасции околоушной железы. От латерального конца разреза проводится второй разрез параллельно краю дефекта вниз до подчелюстной области. Намеченный лоскут отсепаровывается вниз, причем слизистая оболочка рассекается вдоль края жевательной мышцы до переходной складки. После пересечения последней лоскут отделяется ниже, за края нижней челюсти тупым путем, во избежание разрыва art. maxillaris, мобилизованный таким образом щечный лоскут перемещается на место дефекта и сшивается с юстатком губы. Верхний край слизистой оболочки сшивается с верхним краем кожи для образования красной каймы. Дефект щеки уменьшается стягиванием кожных краев. Метод Д и ф ф е н б а х а строго обоснован анатомически, легко выполняется технически, имеет очень много сторонников и потому часто применяется (см. рис. № 106). Для



ПЛАСТИКА НИЖНЕЙ ГУБЫ
ПО ДИФФЕНБАХУ

Рис. 106.

полного восстановления нижней губы при сохранности кожи подбородка, Брунс предлагает выкраивать по юбам сторонам дефекта два четырехугольных лоскута. Во всю толщ щеки. Основания лоскутов должны располагаться несколько ниже углов рта, вершины их достигают носовых крыльев (рис. № 107).



ЗАМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ
ПО БРУНСУ

Рис. 107.

Лоскуты поворачиваются в сторону дефекта и сшиваются по средней линии. Внизу они подшиваются к краю дефекта, вверх свободный край слизистой оболочки несколько выворачивается наружу для образования красной каймы губы и сшивается с кожным краем. Щечные дефекты закрываются стягиванием краев слизистой оболочки и кожи, при чем швы располагаются по ходу носогубных складок.

Для заполнения частичных изъянов нижней губы существует еще много способов (Эстляндер, Эссер, Лексер, Морган, Ланганбек, Шультен, Гоффман, Израэль и другие). Нет нужды все эти способы приводить. Но надо сказать, что во всех этих случаях лоскуты, выкраиваемые во всю толщу щеки или верхней губы, представляют прекрасный пластический материал для восстановления нижней губы. Они имеют слизистую выстилку на своей внутренней поверхности и заключают в себе нервно-мышечный слой. Все это вместе взятое обеспечивает хороший косметический и функциональный результат (см. рис. № 108—109). С помощью вышеописанных спосо-



ПЛАСТИКА НИЖНЕЙ ГУБЫ
ПО ЭСТЛЯНДЕРУ

Рис. 108.



ПЛАСТИКА НИЖНЕЙ ГУБЫ
ПО ЛЕКСЕРУ

Рис. 109.

бов не так легко удастся восстанавливать изъяны губ, лишь только метод пластики на круглом стебле облегчает эту задачу и открывает широкие перспективы.

Волошилов пользовался при восстановлении нижней губы круглым способом впервые. Гусинин также пользовался для восстановления губ и замещения сквозных дефектов щек с кожной дубликатурой, переносимой на круглом стебле. По мнению Гусинина реставрация нижней губы филатовским стеблем не дает хороших косметических результатов. Наш опыт говорит как раз обратное. Оперированный нами случай по методу Гусинина дал краевой некроз, т. е. кайму нижней губы, образованную кожной дубликатурой, пришлось восстанавливать потом круглым стеблем.

Ниже приводим оперированный нами случай по методу Гусинина.

Случай 1-й. Больной 22 лет, приехал из района республики. Поступил в клинику 5 сентября 1933г. по поводу дефекта нижней губы и мягких тканей подбородка (см. рис. № 110).



Рис. 110.



Рис. 111.

15/IX—1933г. под местной анестезией приготовлен филатовский стебель на левой стороне шеи, длиною в 12 см. (см. рис. № 111). 2/X образована кожная дубликатура (рис. № 112) у нижнего конца филатовского стебля из прямоугольного лоскута. Рана закрыта. Заживление гладкое. 18/X пересадка кожной дубликатуры на круглом стебле в освеженный дефект нижней губы и подбородка (см. рис. № 113). Вживление кожной дубликатуры на подбородке и по углам рта хорошее, кайма же целиком была некротизирована (см. рис. № 114). После заживления кайма нижней губы оформлена круглым стеблем, взятым на левом плече (см. рис. № 115).

5/XI стебель отсечен у подбородочного конца. 11/XI произведены мелкие поправки на подбородке, т. е. иссечены лишние кус-



Рис. 112.



Рис. 113.



Рис. 114.



Рис. 115.

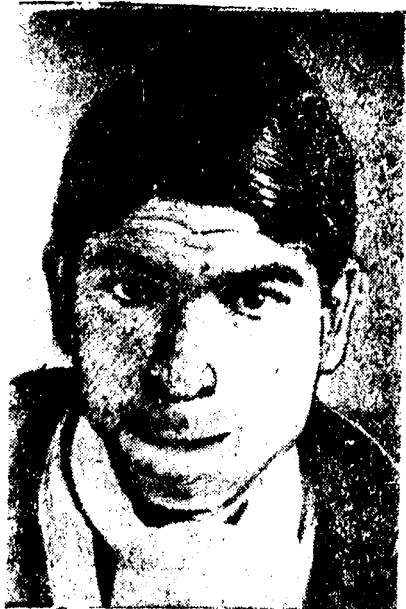


Рис. 116.



Рис. 117.

ки жира и кожи, после чего больной выписался с хорошим косметическим и функциональным результатом (см. рис. № 116).

Случай 2-й. Больная Туш., 18 лет, поступила в клинику по поводу дефекта всей нижней губы и мягких тканей подбородка. Слизистая десны с альвеолярного отростка непосредственно переходит в рубцовоизмененную кожу подбородка. Нижние зубы обнажены. Рот открывается на 1½ см., так как рубцовоизмененные ткани углов рта ограничивают движения нижней челюсти (см. рис. № 117). 18/IX—36г: на правой стороне живота под местной анестезией образован филатовский стебель. Послеоперационное течение гладкое; заживление первичное. 9/X один конец лоскута отсечен на животе и вшит в кожу левого предплечья; заживление первичное. 9/XI другой конец лоскута отсечен от живота, перенесен на правый угол рта и вшит (см. рис. № 117). Послеоперационное течение гладкое; заживление первичное. 29/XI конец лоскута отнят от левой руки, приложен к левому углу рта и вшит так же. Частичное нагноение на месте нескольких швов; заживление затянулось около месяца (см. рис. № 118). 30/XII лоскут в удовлетворительном состоянии. Произведен выпуклый разрез по нижнему краю лоскута от угла до угла и второй соответствующий разрез по краю рубцовоизмененного кожного покрова подбородка. Таким образом лоскут распластан; нижний край лоскута сшит с ко-



Рис. 118.



Рис. 119.



Рис. 120.

жей подбородка, а другой край лоскута сшит с десной. После операции, спустя несколько дней, в правом углу, на месте трех швов, получилось нагноение, что несколько затянуло заживление; в остальной части заживление первичное (см. рис. № 119). Верхняя часть новообразованной губы имеет нормальный вид, хорошо закрывает ротовое отверстие, слюнотечение прекратилось. На подбородке, пересаженный стебель несколько выдается (в виде валикообразного возвышения, заметно портит косметический эффект). Окончательное заживление раны закончилось через 1 1/2 месяца (см. рис. № 120).

Вследствие того, что имелась некоторая асимметрия рта, т. е. левый угол рта стоял выше правого пришлось для исправления этого



Рис. 121.



Рис. 122.

дефекта произвести разрезы с внутренней и наружной стороны угла рта. Лишняя жировая ткань лоскута удалена, лоскут укорочен на несколько мм. и снова сшит; таким образом угол рта получил более правильную форму. Больная выписалась по семейным обстоятельствам и вернулась в клинику в первых числах сентября 1937 года. Форма нижней губы сохранена; на подбородке по ходу подбородочногубной борозды имеется валикообразное возвышение, что портит конфигурацию нижней губы; углы рта правильны, рот открывается хорошо (см. рис. № 121).

20/IX—37г. под местной анестезией выпуклым книзу разрезом от одного угла рта до другого по ходу старого шва нижний край кожи отсепарован до половины губы; иссечена вся подкожная жировая ткань, получилось в этом месте, естественное западание; губа достаточно выделилась над подбородком, приняла почти нормальную форму. Кожа зашита наглухо. Заживление первичное; нагноение только на правом углу рта на месте двух швов, где образовался небольшой свищ. Спустя 12 дней свищ закрылся. Губа окончательно оформилась; смыкание губ хорошее; рот открывается на 4 см. Больная выписалась с хорошим косметическим и функциональным результатом (см. рис. № 122).

Случай 3-й. Ран. больной Гар. Н. 1918 г. поступил в госпиталь по поводу дефекта нижней губы и нижней челюсти в области фронтальных зубов до половины горизонтальных ветвей ее. Дефект образовался после осколочного ранения и на нижней губе; подбородочная и подчелюстная область представляет большую впадину, сморщенную мощными рубцовоизмененными тканями. Кайма и комиссуры нижней губы сохранены; нижняя губа в средней части втянута мощными рубцами (см. рис. № 123). Для восстановления подбородочной области и утраченной части нижней губы решили пользоваться филатовским стеблем.

29/XI—41г. на левой стороне живота под местной анестезией организован круглый лоскут; послеоперационное течение гладкое. заживление первичное. После соответствующего воспитания лоскута, нижний конец его отсечен, вшит в разрез правой руки в области табакерки. ●

30/I—42г. после воспитания перетягиванием резиновой трубкой верхний конец лоскута на животе отрезан, перенесен и вшит в разрез в области правого угла рта. Приживление первичное (см. рис. № 124).

3/II Ручной конец лоскута отсечен и вшит в разрез в области левого угла рта. Приживление первичное (см. рис. № 125).



Рис. 123.



Рис. 124.



Рис. 125.



Рис. 126.

19/V правый конец лоскута отсечен от лица и рассечен продольным разрезом на две половины. Затем произведен разрез на $1\frac{1}{2}$ см. ниже края каймы нижней губы от угла до угла; таким образом образована щель, куда была вложена рассеченная половина лоскута, обращенной кожной поверхностью в полость рта, сверху и снизу края его вшиты со слизистой оболочкой губы. Другая наружная половина сшита с кожей подбородка (см. рис. № 126). Таким образом нижняя губа поднята на 2 см; ротовая щель свободно смыкается. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное (см. рис. № 127).

12/VI—левый конец стебля также удален и продольным разрезом рассечен на две половины, которые вложены в щель, образованную вышеуказанным способом, причем внутренняя половина сшита со сли-



Рис. 127.



Рис. 128.



Рис. 129.

истой губы, а наружная с кожей губы. В результате этого нижняя губа и подбородочная область приняли соответствующую форму. После ряда мелких оперативных поправок нижняя губа и подбородок в функциональном и косметическом отношении стали более чем удовлетворительные (см. рис. № 128).

Случай 4-й. Ранбольшой Сил-ко, поступил в госпиталь по поводу дефекта нижней губы и подбородной области. Дефект образовался после осколочного ранения. На предыдущих этапах лечения была произведена первичная обработка раны, после чего образовался дефект. Подбородок вдавлен в полость рта, нижняя губа оттянута вниз, мощными рубцами, а костная ткань нижней челюсти в области фронтальных зубов повреждена (см. рис. № 129). С внутренней стороны язык приращен к нижней губе рубцами, вследствие чего глотательная и жевательная функции сильно были нарушены; ротовая щель была несколько сужена. Решено было исправить дефект круглым лоскутом.

На левой стороне живота под местной анестезией сформирован круглый стебель 8/1—42г. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. После соответствующего воспитания лоскута нижний конец лоскута отсечен, перенесен на руку и вшит в разрез подбородочной области справа, 3/II—42г. (см. рис.



Рис. 130.



Рис. 131.

№ 130). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. После воспитания лоскута ручной конец его отрезан, продольным разрезом. Лоскут рассечен на две половины, затем нижняя губа также рассечена по старому рубцу и раз'единена; в образованную таким образом щель вложена одна половина лоскута, обращенная в полость рта кожей своей поверхностью и сшита со слизистой полости рта, а другая половина снаружи сшита с кожей нижней губы; послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Таким путем язык освобожден от рубцовых сращений с подбородочной областью в полости рта и одновременно расширено (ложе для посадки протеза.

8/V—42г. подчелюстной конец отсечен и вшит в образовавшуюся щель вышеизложенным способом,



Рис. 132.

послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. После ряда мелких поправок подбородок и нижняя губа приняли лучший вид; ротовая щель несколько расширилась; косметические и функциональные результаты удовлетворительные (см. рис. № 132).

Случай 5-й. Больной Гр-н, 24 лет, поступил в госпиталь в 1941 году по поводу дефекта нижней губы, подбородка, подчелюстной области и левой щеки. Дефект образовался после осколочного ранения. Костный дефект нижней челюсти, также огромный, отсутствует 2/3 кости нижней челюсти; сбоку лицо (см. рис. № 133—134) походит на «Кувшиное рыло». Предпочли восстановить утраченную часть нижней губы и подбородка круглым лоскут 20/II—42. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Лоскут воспитан перетягиванием резиновой трубкой. 24/III—42г. нижний конец лоскута отрезан и вшит в разрез тыльной поверхности правой части около большого пальца. Приживление первичное.

1/V. Верхний конец лоскута на животе отрезан, перенесен и вшит в разрез около левого угла рта, приживление первичное (см. рис. № 135). После воспитания лоскута 2/VI—42г. ручной конец лоскута отсечен, продольным разрезом лоскут рассечен до



Рис. 133.



Рис. 134.



Рис. 135.



Рис. 136.

середины его на две половины, остаток подбородка освобожден от рубцовых тканей линейным разрезом до правого угла рта и таким образом остаток нижней губы и угол рта освобождены от рубцов; после этого одна половина лоскута кожей поверхностью своей, обращенной в ротовую полость, сшита со слизистой полостью рта и нижней губы, а другая половина с кожей подбородка и нижней губы до ее каймы, так что верхний край лоскута обшитый с каймой оставшейся части нижней губы, составлял одну линию. Заживление первичное; после соответствующего оформления нижней губы слюнотечение прекратилось (см. рис. № 136). Последующие этапы операции были прерваны из-за эвакуации больного.

Пластические операции на нижней губе без применения круглого лоскута

Этот способ восстановления изъянов нижней губы сокращает на много пребывание больных на стационарном лечении и в умелых руках дает прекрасные функциональные и косметические результаты. Пластика губ будет располагаться в порядке возрастающей тяжести повреждений и сложности оперативного вмешательства. В этих случаях детально разработанный план является основным



Рис. 137.

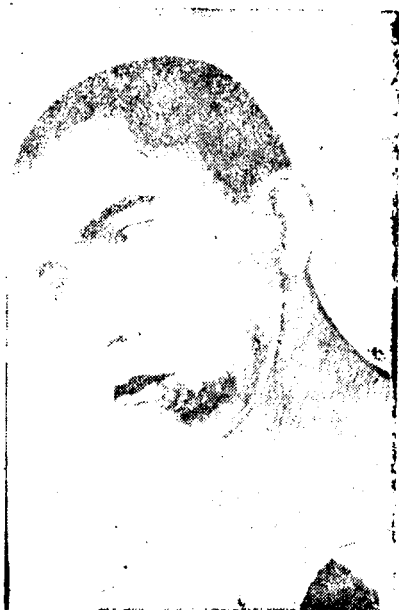


Рис. 138.

моментом, облегчающим разрешение вопроса. Необходимо план разрабатывать не только до операции, но и во время операции, т. к. иногда заранее разработанный план не совпадает с ходом операции и приходится во время операции выходить из затруднения. Приводим наши случаи.

1. Больной И., 18 лет, поступил в клинику 5/XI—1933г. по поводу дефекта нижней губы и угла ротовой щели. На левом углу рта остался кусок завернутый кнаружи слизистой нижней губы, сращенной с кожей подбородка. У больного непрерывное слюнотечение. 10/XI под местной анестезией иссечены рубцы, освобожден кусок нижней губы на левом углу, освежены края дефекта, подведен кусок нижней губы и сшит. Сперва наложены швы на слизистую, затем на кожу. Кайма оформилась правильно. Заживление первичное (см. рис. № 137 до операции и № 138 после операции).

Случай 2-й. Больной М., 14 лет, поступил в клинику по поводу дефекта правого угла ротовой щели и нижней губы, образовавшегося после травмы; дефект небольшой, в длину $1\frac{1}{2}$ см. и в ширину $\frac{1}{2}$ см.; наблюдается слюнотечение. 4/X—1934 года под местной анестезией, после освежения краев дефекта наложены шелковые швы на слизистую, а затем на кожу нижней губы. Зажив-



Рис. 139.



Рис. 140.

ление первичное (см. рис. № 139 до операции и № 140 после операции).

Случай 3-й. Больной Г., 19 лет, поступил в клинику по поводу дефекта нижней губы, образовавшегося после заживления какой-то язвы; дефект занимает еще часть подбородка; справа красная кайма нижней губы втянута в рубец подбородка. Операция 14/X—1937 года, под местной анестезией освежены края кожного дефекта в виде встречных треугольников, затем сближены их края и наложены из тонкого шелка швы, после чего кайма нижней губы приняла правильное положение. Заживление первичное (см. рис. № 141 и 142 после операции).

Случай 4-й. Ран. больной, 1908 года рождения, поступил в госпиталь в 1942г. по поводу дефекта нижней губы, образовавшегося после ранения. Дефект занимает часть кожи подбородка справа, кайма нижней губы втянута в рубцовую ткань. 8/VI—1942г. под местной анестезией рубцовоизмененная ткань иссечена в виде треугольника, основанием к кайме, вершиной вниз, края треугольника сближены тонкими шелковыми швами. Заживление первичное. Таким образом кайма нижней губы освобождена от рубцовых тканей (см. рис. № 143 до операции и № 144 после операции).



Рис. 141.



Рис. 142.



Рис. 143.



Рис. 144.



Рис. 145.



Рис. 146.

Случай 5-й. Ран. больной, В-о, 52 лет, поступил в госпиталь в 1942 году по поводу дефекта правого угла рта и перелома нижней челюсти справа, образовавшегося после ранения. Дефект небольшой, занимает кайму нижней губы, кусочек каймы сращен с кожей подбородка. Во время операции освобождены от рубцовых тканей края дефекта, кусочек каймы приложен к кайме нижней губы и сшит тонкими шелковыми направляющими швами; таким образом кайма приняла правильное положение. Заживление первичное (см. рис. № 145 до операции и № 146 после операции).

Случай 6-й. Больной Ш., приезжий из района, 25 лет; поступил в клинику 14/1—37г. по поводу дефекта нижней губы, образовавшегося после перенесенной номы. Дефект занимает среднюю часть нижней губы и подбородка. Края дефекта нижней губы стянуты мощными рубцовоизмененными тканями и спаяны с костью челюсти. Нижние фронтальные зубы обнажены; десна переходит в рубцовую ткань; непрерывное слюнотечение.

Операция: Под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта, затем отсепарованы в стороны на 2 см. и стянуты внутренними и наружными шелковыми швами; для уменьшения натяжения, дополнительно наложен матрацный шов с пуговицами. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное (см. рис. № 147 до операции и № 148 после операции); (№ 149 иссечение рубцов, (№ 150) наложение швов.



Рис. 147.



Рис. 148.

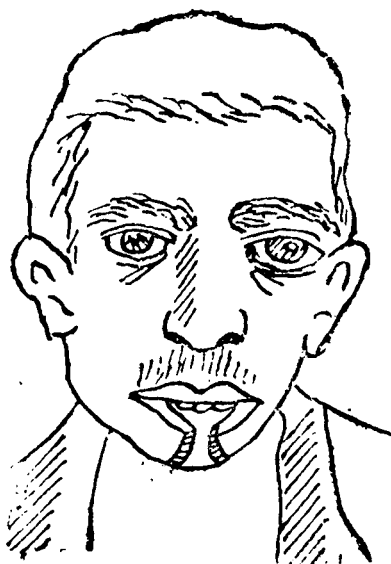


Рис. 149.



Рис. 150.



Рис. 151.

и обрамлен мощными рубцами, спаянными с костью челюсти (рис. № 151).

Операция: 22/V—42г. под местной анестезией иссечены все рубцовоизмененные ткани. Освежены края дефекта, после чего образовался большой раневой дефект неправильной формы (см. рис. № 152). Сперва восстановлена красная кайма (нижней губы и комиссура ее, затем, щечный лоскут пришит к углу рта; оставшийся дефект под нижней губой закрыт лоскутом, выкроенным на подбородке, и свободно пришит к углу. Оставшийся участок раневой поверхности ниже этих лоскутов на левой стороне подбородка закрыт лоскутом, выкроенным в подчелюстной области. Послеоперационное течение гладкое, заживление — первичное. После полного заживления, левый угол несколько отвисает (рис. № 153); этот дефект был исправлен.



Рис 152

Случай 7-й. Ран. больной Волкий. 21 года, поступил в госпиталь в 1942 году по поводу дефекта левого угла рта, образовавшегося после ранения. Дефект занимает левый угол рта и приротовую область



Рис. 153.



Рис. 154 а.



Рис. 154 б.

поднятием угла рта встречными треугольниками (см. рис. № 154 а-б). После полного восстановления 18/IX угол рта и приротовая область приняли соответствующий вид (см. рис. № 155).



Рис. 155.

Случай 8-й. Ран. больной Милл, 36 лет, поступил в госпиталь в 1942 году по поводу дефекта нижней губы, вблизи левого угла. Дефект образовался после ранения и занимает всю подбородочную область слева, где имеются рубцовоизмененные ткани. Кайма нижней губы втянута в эту рубцовую ткань, в результате этого получился треугольный дефект нижней губы, со стороны полости рта слизистая свободная и сращения с костью челюсти не имеет (см. рис. № 156).

Операция: 2/I—42г. Под местной анестезией произведен разрез длиной около двух сантиметров в виде овала ниже каймы нижней губы во всю толщину ее; губа раз-единена (см. рис. № 157). Для придания кайме правильного положения, обе точки разреза овала сближены погружными шелковыми швами; та



Рис. 156.



Рис. 157.



Рис. 158.



Рис. 159.

ким образом втянутая часть каймы нижней губы подтянута до правильного положения (см. рис. № 158). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное (см. рис. № 159 после операции). Функциональные и косметические результаты после мелких поправок 23/III получились вполне удовлетворительными.

Случай 9-й. Ран. больной Мах. 36 лет, поступил в госпиталь по поводу дефекта нижней губы, образовавшегося после осколочного ранения. Имеется также дефект аньеволярного отростка в области фронтальных зубов. Нижняя губа со своей слизистой оболочкой после ранения на всем протяжении была сращена с аньеволярным отростком, в результате чего нижняя губа всей своей массой резко была втянута в ротовую полость и представляла собою плотный неподвижный рубцовый валик (см. рис. № 160).

До операции больному изготовлен каучуковый протез для лучшего формирования нижней губы. Операция 29/IV—42 года под местной анестезией рубцы иссечены, нижняя губа освобождена от них и раз'единена от аньеволярного отростка; раневая поверхность слизистой покрыта слизистой, перенесенной сюда со щеки; таким образом нижняя губа приняла нормальный вид; протез одет; мимические движения постепенно восстановились. (см. рис. № 161).



Рис. 160.



Рис. 161.

Случай 10-й. Ран. больной Д-й, 22 лет, поступил в госпиталь по поводу дефекта нижней губы и подбородка; дефект образовался после осколочного ранения и занимает нижнюю губу и всю подбородочную область (по средней линии). Имеется также большой дефект костной ткани в области фронтальных зубов нижней челюсти; непрерывное слюнотечение. Края дефекта на всем его протяжении обрамлены рубцовыми тканями (см. рис. № 162).



Рис. 162.

13/III—42г. под местной анестезией иссечены рубцы по краям дефекта, несколько отсепаровав в стороны (см. рис. № 163) наложены тонкие шелковые швы на слизистую оболочку и на кожу; сближены края раны и рана наглухо зашита (см. рис. № 164). Кайма нижней губы приняла правильный вид. Для уменьшения натяжения на подбородке дополнительно наложен матрацный

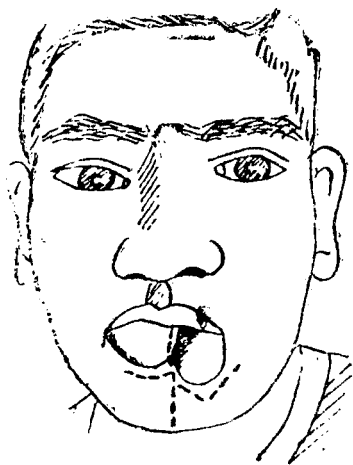


Рис. 163.



Рис. 164.



Рис. 165.

шов на пуговицах (см. рис. № 165). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. До операции дефект челюстной кости заполнен каучуковым протезом. Нижняя губа в функциональном и косметическом отношении стала более, чем удовлетворительной (см. рис. № 166—167).

Случай 11-й. Ран. больной Р-в, 30 лет, поступил в 1942 г. в госпиталь по поводу дефекта нижней губы вблизи от правого угла рта; дефект небольшой, слюнотечение незначительное; дефект образовался после осколочного ранения. Имеется также дефект костной ткани челюсти в области функциональных зубов. Край дефекта, особенно нижний участок его, имеет плотный рубец (см. рис. № 168). В свежем состоянии дефект был го-



Рис. 166.



Рис. 167.



Рис. 168.



Рис. 169.

раздо больше, чем после оформления его рубцовыми тканями (см. рис. № 169).

Операция: 30/VI—42г. под местной анестезией освобождены края дефекта от рубцовых тканей, остаток нижней губы сперва освобожден от рубцов, произведен разрез по нижнему краю каймы нижней губы слева, затем направляющими швами сближены края каймы и наглухо сшиты (см. рис. № 170). Оставшийся дефект ниже каймы губы закрыт лоскутом, выкроенным дополнительным разрезом в вертикальном и горизонтальном направлениях на подбородке и приротовой области (см. рис. № 171). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. В косметическом и функциональном отношении губа стала более, чем удовлетворительной (см. рис. № 172).

Случай 12-й. Ран. больной худ. 35 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом нижней губы; фронтальные зубы все были выбиты из альвеол при ранении; непрерывное слюнотечение (см. рис. № 173).

Операция: 27/XI, под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта нижней губы, затем произведены разрезы для

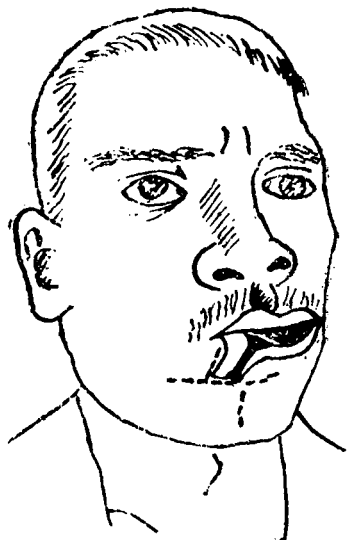


Рис. 170.

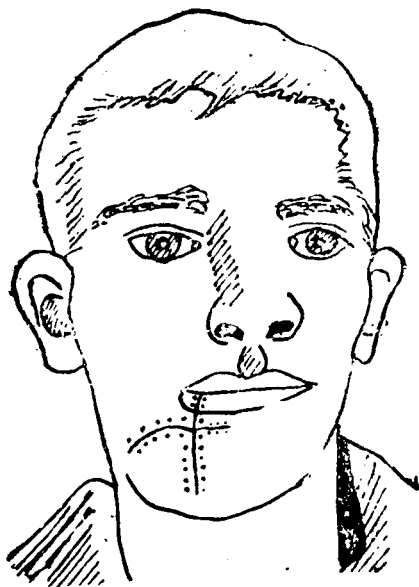


Рис. 171.

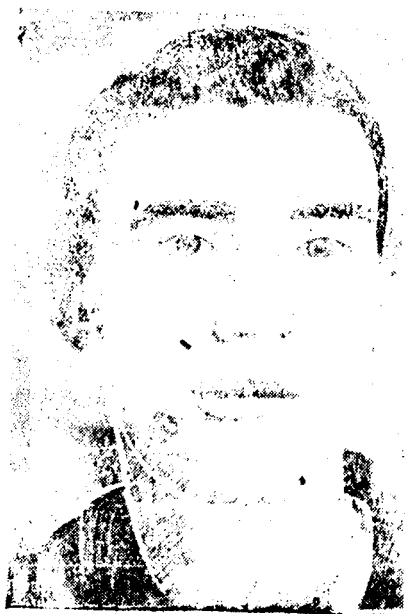


Рис. 172.



Рис. 173.



Рис. 174.



Рис. 175.

выкройки кожного лоскута на подбородке (см. рис. № 174). Лоскут отсепарован в необходимой степени для того, чтобы его

можно было легко и без натяжения поднять кверху и образовать нижнюю губу по Лангенбеку, а красную кайму его по способу Шюльте-на (см. рис. № 175). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Нижняя губа приняла правильную форму. В косметическом и функциональном отношении она стала более, чем удовлетворительной (см. рис. № 176).

Ниже приводим рисунки способа образования красной каймы нижней губы по Шюльтету (см. рис. № 177). Этот способ применялся нами в тех случаях, где нужно было образовать кайму нижней губы. Чтобы не



Рис. 176.

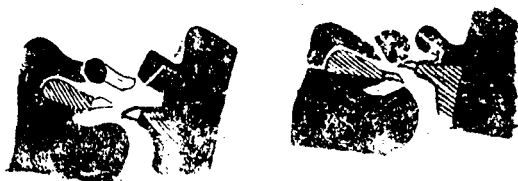


Рис. 177.

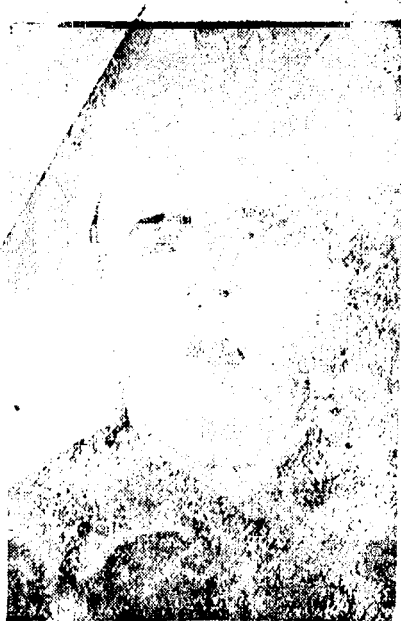


Рис. 178.

повторяться каждый раз, решили ограничиться приведением рисунков.

Случай 13-й. Ран. больной И-н, 40 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом нижней губы, образовавшимся после осколочного ранения; имеется также дефект нижней челюсти в области фронтальных зубов; непрерывное слюнотечение. Дефект занимает кайму и кожную часть нижней губы, как раз в средней ее части. Края дефекта обрамлены мощными рубцами, спаянными с костью нижней челюсти (см. рис. № 178).

Операция: 13/V—42 года под местной анестезией, иссечены рубцы по краю дефекта, освобождены участки каймы нижней губы и направляющими швами сшито, после чего она приняла правильное положение; затем выкроен кожный

языкообразный лоскут на подбородке для закрытия дефекта (см. рис. № 179) и окончательного оформления нижней губы (см. рис. № 180). Послеоперационное течение гладкое, заживление первич-



Рис. 179.



Рис. 180.

ное. Губа приняла правильный вид и в косметическом и функциональном отношении она стала более, чем удовлетворительной (см. рис. № 181).

Случай 14-й. Ран. больной С.н. 29 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом нижней губы, образовавшимся после осколочного ранения. Дефект занимает центральную часть каймы и кожную часть нижней губы, красная кайма в результате повреждения и образовавшейся рубцовой ткани на месте дефекта выворочена (опрava, несколько утолщена и втянута в рубцовую ткань, отчего нижняя губа отвисает; склонотечение непрерывное (см. рис. № 182—183).



Рис. 181.



Рис. 182.



Рис. 183.



Рис. 184



Рис. 185.

16/X—42г. под местной анестезией произведен разрез по нижнему краю красной каймы на протяжении дефекта во всю толщ губы; после раз'единения ее от кожи нижней губы выкроен кожный лоскут на подбородке для закрытия дефекта каймы и окончательного оформления нижней губы и подбородка (см. рис. № 184). После перемещения лоскута кверху губа приняла лучший вид. Затем вывороченная красная кайма приведена в надлежащий вид путем иссечения большого куска ее и наложения швов (см. рис. № 185). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Нижняя губа стала в косметическом и функциональном отношениях более, чем удовлетворительной (см. рис. № 186—187).

Случай 15-й. Ран. большой Т-ж. 37 лет, поступил в госпиталь в 1942г. с дефектом нижней губы, подбородка и подчелюстной области; дефект образовался после осколочного ранения и занимает среднюю часть нижней губы и подбородка; костная ткань нижней челюсти также имеет дефект в области фронтальных зубов и правых бicusов. Края дефекта обрамлены мощными рубцами, обезображивающими нижнюю губу и подбородок (см. рис. № 188—189).

Операция: 7/V—42г. под местной анестезией произведены разрезы по иссечению рубцово-измененных краев дефекта на всем его протяжении (см. рис. № 190—191) отсепарованы края дефекта в стороны, отломки челюстных костей приведены в надлежащее состояние после посадки соответствующего каучукового протеза и пос-



Рис. 186.



Рис. 187.



Рис. 188.



Рис. 189.

ле освежения краев дефекта нижней губы направляющими шелковыми швами, сближены и сшиты сперва слизистая оболочка губы, а затем



Рис. 190.



Рис. 191.

кожный покров ее (см. рис. № 192). Послеоперационное течение гладкое; заживление первичное. Нижняя губа подбородок в косметическом и функциональном отношениях приняли соответствующую форму (см. рис. № 193).

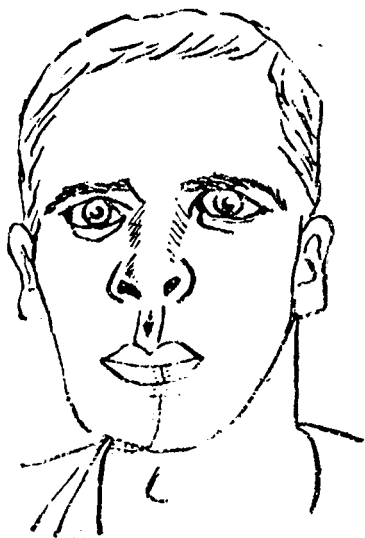


Рис. 192.



Рис. 193.

Случай 16-й. Ран. больной Ш.-л, 45 лет, поступил в госпиталь в 1942 г. с дефектом нижней губы и подбородка. Дефект образовался после осколочного ранения и занимает среднюю часть нижней губы и подбородка. Края дефекта покрыты плотными рубцовыми тканями, спаянными с костью нижней челюсти; слюнотечение непрерывное. Заранее, для заполнения дефекта кости изготовлен каучуковый протез (см. рис. № 194).



Рис. 194.

Операция: 1/V—42г. под местной анестезией произведены разрезы (см. рис. № 195) и рубцовые ткани по краю дефекта, освобождены (так же остатки красной каймы нижней губы, направляющими шелковыми швами сближены и сшиты, после чего кайма губы приняла правильное положение; затем швы наложены на слизистую, и на кожный покров, а оставшийся дефект ниже каймы нижней губы закрыт лоскутом, выкроенным на подбородке (см. рис. № 196). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное;

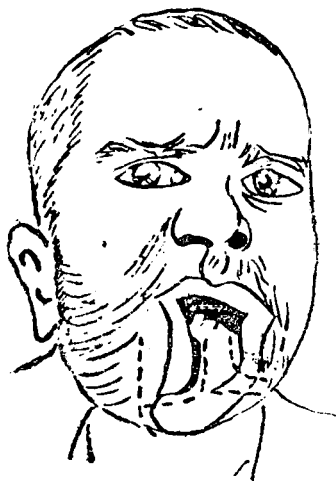


Рис. 195.



Рис. 196.



Рис. 197.

нижняя губа и подбородок в косметическом и функциональном отношениях приняли соответствующую форму (см. рис. № 197).

Случай 17-й. Ран. больной П-в, 30 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом нижней губы и подбородка. Дефект образовался после осколочного ранения и занимает центральную часть нижней губы и подбородка, слюнотечение непрерывное. Края дефекта обрамлены мощными плотными рубцовыми тканями, спаянными с костью нижней челюсти. Имеется также дефект костной ткани в области фронтальных зубов (см. рис. № 198—199).

Операция: 8/XII—42г. под местной анестезией произведены разрезы по иссечению рубцово-измененных краев дефекта, освобождены остатки красной каймы нижней губы от рубцов, затем ос-



Рис. 198.



Рис. 199.



Рис. 200.

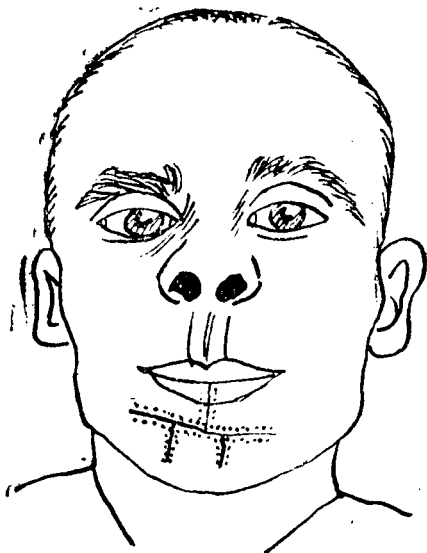


Рис. 201.

вежены края их, затем направляющими швами сближены края нижней губы и сшиты; швы сперва были наложены на слизистую, а затем на кожный покров. Оставшийся незначительный дефект на подбородке закрыт лоскутом, выкроенным на подбородке на ножке (см. рис. № 200—201). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Больному до операции был изготовлен каучуковый протез, который сидел в дефекте челюсти довольно удовлетворительно. Нижняя губа после пластики приняла нормальный вид (см. рис. № 202—203).

Случай 18-й. Ран. больной Т-в, 29 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом нижней губы, подбородка и костной ткани нижней челюсти в области фронтальных зубов и правых бicusов. Дефект большой, края его обрамлены мощными, плотными рубцовыми тканями. Красная кайма нижней губы втянута в рубцовую ткань. Слюнотечение непрерывное. Для заполнения дефекта кости изготовлен каучуковый протез (см. рис. № 204).

Операция: 13/1—43г. под местной анестезией иссечены рубцы, покрывающие края дефекта губы и подбородка; затем освобождены остатки красной каймы нижней губы от рубцовых тканей разрезом, произведенным в стороны на 2 см. ниже красной каймы (см. рис. № 205). Направляющими швами из тонкого



Рис. 202.



Рис. 203.

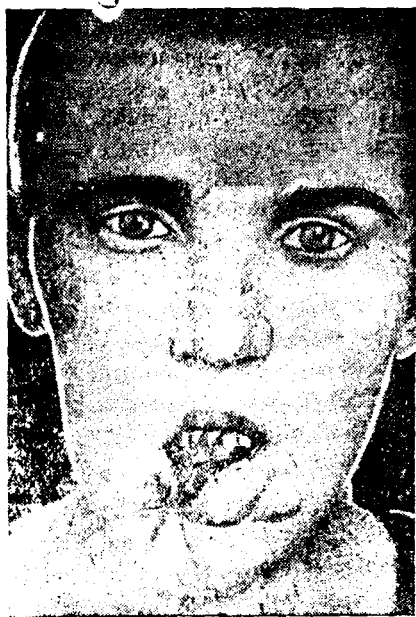


Рис. 204.

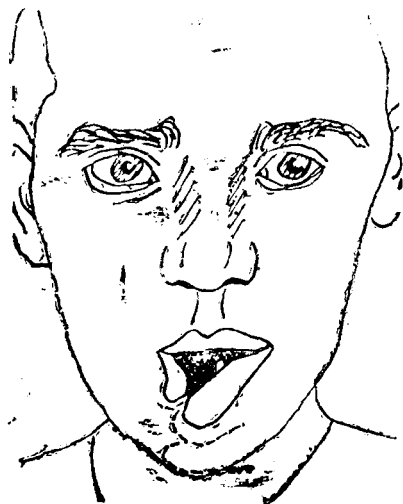


Рис. 205.

шелка сближены края красной каймы и сшиты, дефект, оставшийся ниже (каймы, решили закрыть путем выкроенного кожного лоскута на левой стороне подбородка; таким образом удалось воссоздать утраченную часть нижней губы и подбородка. После заживления нижняя губа несколько отвисла, нарушив косметику нижней губы; пришлось послеоперационный дефект нижней губы вторично оперировать (см. рис. № 206).

29/1—43г. под местной анестезией произведен разрез по нижнему краю красной каймы нижней губы, начиная от правого угла рта до середины, продолжая разрез от правого угла вниз, затем влево; выкроен кожный лоскут на подбородке, отсепарован на всем протяжении его, подведен к краю каймы и подшит; оставшийся дефект закрыт лоскутом, выкроенным по соседству на правой приротовой области после перемещения его на ножке (см. рис. № 207). После этого губа приняла лучший вид. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Нижняя губа в функциональном и косметическом отношении стала более, чем удовлетворительной (см. рис. № 208-а—208-б).

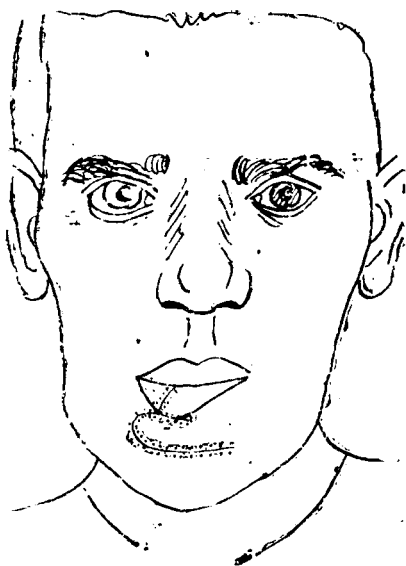


Рис. 206.

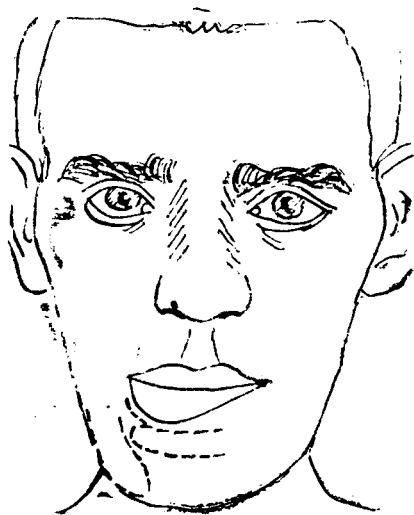


Рис. 207.

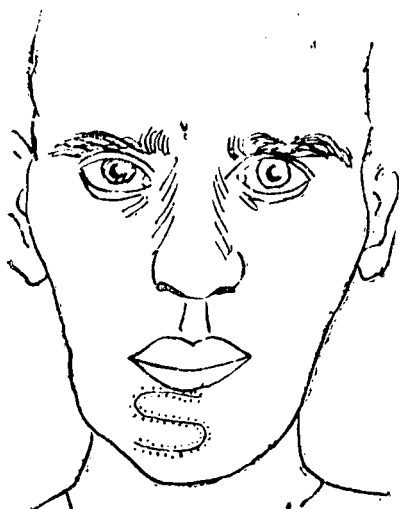


Рис. 208 а.



Рис. 208 б.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ КРУГЛЫМ СТЕБЛЕМ.

Реставрация верхней губы производится сравнительно реже, чем нижней губы; это диктуется тем, что верхняя губа сравнительно реже поражается раковыми опухолями, чем нижняя губа. Воссоздание утраты верхней губы после удаления опухолей сопряжено с большими трудностями потому, что восстановить большие дефекты губы возможно только при применении лоскутов из соседних тканей.

Частичные дефекты могут быть устранены способами Кенига, Эссера, Аббе и т. д. При полном дефекте верхней губы первичное восстановление ее производится при помощи симметричных лоскутов, выкроенных во всю толщину обеих щек, основание которых должны располагаться либо внизу у углов рта, либо вверху у крыльев носа. Из способов, дающих более или менее удовлетворительный результат при восстановлении всей верхней губы, можно считать способ Эссера. Он состоит из артериализированных лоскутов, симметрично выкроенных по обеим сторонам носа с широким основанием и длинной, узкой вершиной перемещенных на место дефекта доходит до основания другого, лоскуты выкраиваются со слизистой оболочкой щек, идущей затем на восстановление красной каймы губы.

Необходимо отметить, что первичная пластика дефектов нижней губы дает гораздо лучшие косметические результаты, чем образование верхней губы выше приведенными способами. Лексер подчеркивает, что реставрация верхней губы не лишена недостатков в косметическом отношении, поэтому он советует по возможности использовать лоскуты на ножках с других частей тела. В этом отношении некоторые авторы для восстановления дефектов верхней губы, (Л. т. м. а. з. о. в. а. Гусинин; Б е р д и н е в с к и й и другие) применяли лоскуты на ножках с отдаленных частей организма. Мы пользовались для восстановления дефектов верхней губы круглым стеблем. Ниже приводим свои случаи.



Рис. 209.

Случай 1-й. Больной М., 18 лет, поступил в клинику в 1934 году с дефектом верхней губы, угла рта и частично нижней губы. Дефект образовался после заживления раны. Края дефекта обрамлены большими рубцовыми изменениями, переходящими на левую щеку. Раскрытие ротового отверстия ограничено; костная ткань челюсти не изменена (см. рис. № 209).

Операция: 25/IX под местной анестезией подготовлен круглый лоскут на левой стороне шеи. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. После соответствующего воспитания лоскута 16/X нижний конец лоскута отсечен и пересажен в освеженный дефект угла рта. Тщательно обшиты края стебля с краями дефекта. Приживление протекает гладко. 4/XI верхний конец лоскута отрезан и пересажен в разрез середины верхней губы; тщательно подшиты края стебля и губы. Приживление первичное (см. рис. № 210).

21/XI лоскут срезан пополам, частью оставшейся на верхней губе оформлена утраченная часть верхней губы и частично щека, а меньшей частью, оставшейся на нижней губе, оформлен дефект нижней губы и частично щека. Заживление первичное; после окончательного заживления нижняя и верхняя губы стали в функциональном и косметическом отношении более, чем удовлетворительными (см. рис. № 211).



Рис. 210.



Рис. 211.



Рис. 212.

Случай 2-й. Больной С., 12 лет, поступил в клинику с дефектом левой щеки, угла рта и левого крыла носа. Дефект образовался после огнестрельного ранения (охотничье ружье). Края дефекта обрамлены мощными рубцами, сходящимися с верхней челюстью и ограничивающими открывание рта. Имеется также дефект кости верхней челюсти; несколько зубов выбиты (см. рис. № 212).

Операция: 2/IX под местной анестезией приготовлен филатовский стебель на левой стороне живота. Заживление первичное. После соответствующего воспитания лоскут 21/X нижний конец его отсечен от живота и вшит в разрез тыла правой руки. Приживление прошло гладко и первично. 10/XI верхний конец лоскута на



Рис. 213.



Рис. 214.

животе отрезан, перенесен на руке и вшит в разрез левой приротовой области. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное (см. рис. № 213). После воспитания лоскута 13/XII ручной конец отсечен, продольным разрезом рассечен на две половины, т. е. роздана дубликатура и одна половина лоскута после освежения краев дефекта щеки и верхней губы сшита со слизистой оболочкой ротовой полости так, что кожная поверхность лоскута обращена в полость рта, а другая, верхняя половина сшита с кожным покровом лица (см. рис. № 214). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное.

29/XII приротовой конец лоскута отсечен (см. рис. № 215); лишняя жировая клетчатка кожи удалена и лоскут раздвоен на два листка; после освежения краев дефекта угла рта и щеки нижний листок сшит со слизистой оболочкой, а верхний листок сшит с кожным покровом; послеоперационное течение гладкое, заживление первичное (см. рис. № 216). После мелких оперативных поправок верхняя губа и щека приняли лучший вид; рот стал широко раскрываться (см. рис. № 217).

Случай 3-й. Больной А. Мамед, 24 лет, приехавший из Туркменистана, поступил в клинику в 1936 году с дефектом верхней губы и щеки. Дефект образовался после заживления номы, края дефекта обрамлены плотными рубцами, спаянными с костью верхней челюсти. Рот раскрывается хорошо; имеется также дефект верхней челюсти в области фронтальных зубов и бicusов справа.



Рис. 215.



Рис. 216.



Рис. 217.



Рис. 218.

Ввиду большого размера дефекта решено было восстановить его круглым стеблем (см. рис. № 218)

О п е р а ц и я: 14/IX—36г. под местной анестезией на правой стороне шеи приготовлен филатовский стебель (см. рис. № 219). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Лоскут воспитывался перетягиванием резиновой трубкой. 3/X—36г. нижний конец лоскута отсечен, пересажен в разрез в правую подчелюстную область; приживление первичное. 20/X затылочный конец лоскута отсечен, перенесен и вшит в освеженный дефект верхней губы; послеоперационное течение гладкое, заживление первичное (см. рис. № 220). 7/XI лоскут на лице пополам перерезан, один конец его вшит в разрез правой стороны носа; заживление первичное (см. рис. № 221).



Рис. 219,



Рис. 220.



Рис. 221.



Рис. 222.



Рис. 223.

24/XI из нижней поверхности лоскута на щеке создана боковая поверхность носа и слизистая щеки и этот же самый лоскут нижним краем пришит к лоскуту, образующему верхнюю губу. После неоднократных хирургических поправок щека и верхняя губа приняли лучший вид и в косметическом и функциональном отношениях стали более, чем удовлетворительными (см. рис. № 222—223).

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ДЕФЕКТАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КРУГЛОГО СТЕБЛЯ

Дефекты верхней губы восстанавливались нами одноэтапно путем мобилизации прилегающих тканей.

Случай 1-й. Ран. больной 3-в, поступил в госпиталь в 1942г. с дефектом левого угла рта и красной каймы верхней губы. Дефект образовался после касательного пулевого ранения. Красная кайма после ранения сморщилась в комочек под средней линией верхней губы (см. рис. № 224).

Операция: 1/V—42г. под местной анестезией сморщенная красная кайма осторожно при помощи скальпеля расправлена и после освежения краев дефекта верхней губы подшита к ней со стороны полости рта тонким шолком, снаружи конским волосом. Заживление первичное (см. рис. № 225); косметический результат получился удовлетворительный.



Рис. 224.



Рис. 225.

Случай 2-й. Ран. больной Б-в, 26 л., поступил в 1942г. в госпиталь с дефектом верхней губы, образовавшимся после осколочного ранения. Имеется так же небольшой костный дефект верхней челюсти в области фронтальных зубов. Губа в области дефекта не имеет сращения с верхней челюстью (см. рис. № 226).

Операция: 11/XII—42 года, под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта, освобождены от рубцов красная кайма и слизистая в области альвеолярного отростка, затем направляющими швами красная кайма сближена и сшита, наложены шелковые швы на кожный покров и на слизистую верхней губы. Косметический и функциональный результаты получились весьма удовлетворительные (см. рис. № 227).

Случай 3-й. Ран. больной Б-в, 28 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом верхней губы после осколочного ранения; дефект небольшой и занимает красную кайму, кожный покров верхней губы и продолжается на левую щеку. Край дефекта покрыты плотными рубцами, спаянными с верхней челюстью (см. рис. № 228а).

Операция: 24/IV—42г. Под местной анестезией иссечены рубцы на всем протяжении краев дефекта, верхняя губа освобождена от рубцово-измененных тканей, кайма верхней губы на-



Рис. 226.



Рис. 227.



Рис. 228 а.



Рис. 228 б.

правляющими шелковыми швами сближена и сшита; затем наложены швы на слизистую и на кожный покров верхней губы; косметические и функциональные результаты получились более, чем удовлетворительные (см. рис. № 228б).

Случай 4-й. Ран. больной М.-о, 21 года, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом верхней губы. Дефект образовался после осколочного ранения и занимает среднюю часть (filtrum) верхней губы. Верхняя губа свободна и не спаяна с верхней челюстью. Имеется небольшой дефект верхней челюсти в области фронтальных зубов. До операции изготовлен протез из каучука (см. рис. № 229).

Операция: 11/XI—42г. Под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта, раз'единены обе половины верхней губы, дополнительным разрезом по нижнему краю ноздрей в стороны освобождена от рубцов и после освежения краев дефекта направляющими швами из шелка сближена кайма и сшита, затем наложены швы на слизистую и на кожный покров верхней губы. Косметический и функциональный эффект вполне удовлетворительный (см. рис. № 230).



Рис. 229.

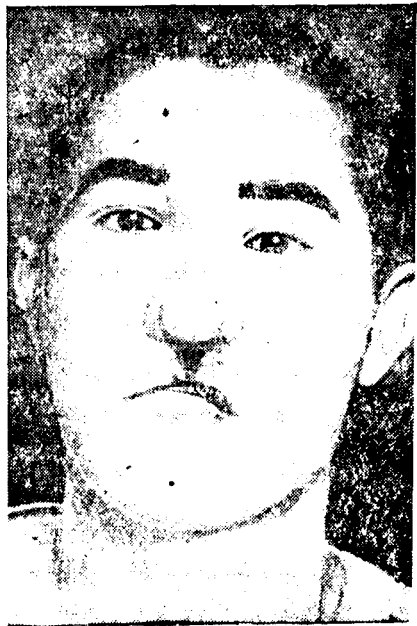


Рис. 230.



Рис. 231.



Рис. 232.

Случай 5-й. Ран. больной Кисл., 29 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом верхней губы и правой ноздри. Дефект образовался после осколочного ранения и локализуется в средней части верхней губы и в области правого носового отверстия. Костный дефект верхней челюсти небольшой и занимает область правых бicusов и клыка (см. рис. № 231—232).

Операция: 7/1—42г. Под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта верхней губы, разъединены ее края, затем, после освежения краев красной каймы и верхней губы, наложены шелковые швы сперва на слизистую, а затем на кожу. Ноздря оформлена после устранения рубцовых тканей (см. рис. № 233). Верхняя губа и ноздря в косметическом и функциональном отношении стали хорошими (см. рис. № 234).

Случай 6-й. Ран. больной Сил., 24 г., поступил в госпиталь по краю дефекта верхней губы, разъединены ее края, затем, перегородки его. Дефект образовался после осколочного ранения и располагается в правом углу верхней губы, на копычке и кожной перегородке носа. Красная кайма после ранения оторвана от правого угла, сморщена в комок и представляет собою плотный рубцовый валик (см. рис. № 235).

Операция: 14/XI—42г. Под местной анестезией освежены края дефекта верхней губы и угла рта, затем сморщенная в ко-



Рис. 233.



Рис. 234.

мочек (красная кайма верхней губы освобождена от рубцов, расправлена, приложена к месту дефекта, тонкими шелковыми швами защита со стороны полости рта и отдельно со стороны кожного покрова. Оставшееся рубцовое углубление справа в области правого угла и ниже его выполнено круглым лоскутом. Дефект кончика и кожной перегородки носа восстановлен из круглого стебля. Косметический эффект (получился) прекрасный ((см. рис. № 236—237).

Случай 7-й. Ран. больной Б-й., 26 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом верхней губы. Дефект образовался после осколочного ранения и захватывает левую (половину) верхней губы, ноздрю и переходит на левую щеку и угол рта.

Края дефекта обрамлены мощными, плотными рубцовыми тканя-



Рис. 235.



Рис. 236.



Рис. 237.



Рис. 238.



Рис. 239.



Рис. 240.



Рис. 241.

ми (см. рис. № 238—239). Больному до операции изготовлен каучуковый протез для верхней челюсти.

Операция: 20/XI—42г. Под местной анестезией по середине нижней губы выкроен лоскут на ножке по способу Аббе (см. рис. № 240); после иссечения рубцовых тканей по краю дефекта верхней губы и тщательного освежения краев лоскут приложен раневой поверхностью от угла рта к краю дефекта верхней губы (см. рис. № 241—242), лоскут по величине соответствует размеру дефекта и заполняет утраченную часть верхней губы; швы наложены на слизистую, а затем на кожу. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное.

15/XII под местной анестезией ножка лоскута на нижней губе отрезана, на верхней губе освежен край дефекта и лоскут вшит в дефект; затем наложены швы на слизистую и на кожу верхней губы. Заживление первичное. Верхняя губа приняла лучший вид (см. рис. № 243—244).

Случай 18-й. Ран. Больной Б.-в. 40 лет, поступил в госпиталь

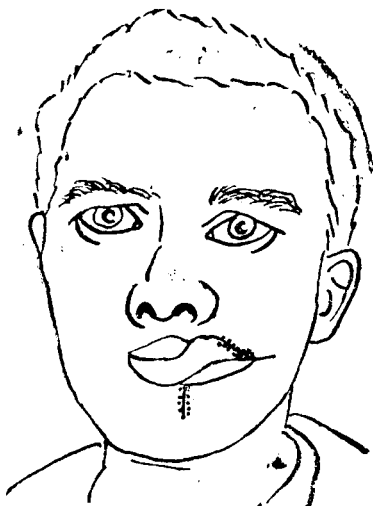


Рис. 242.



Рис. 243.

в 1942 году с дефектом верхней губы. Дефект образовался после пулевого ранения и располагается по середине верхней губы. Дефект небольшой, с рубцовоизмененными краями (см. рис. № 245).

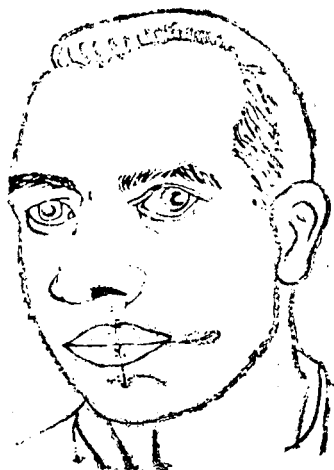


Рис. 244.



Рис. 245.



Рис. 246.

О п е р а ц и я: 24/XI—42 года, под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта верхней губы, затем для образования кожных лоскутов произведены разрезы на верхней губе в виде «ласточки», (см. рис. № 246) во всю ее толщу и направляющими швами из шелка сближены и сшиты. Швы наложены сперва на слизистую, а затем на кожу. Послеоперационное течение гладкое; заживление первичное (см. рис. № 247); верхняя губа в косметическом отношении стала вполне удовлетворительной (см. рис. № 248).

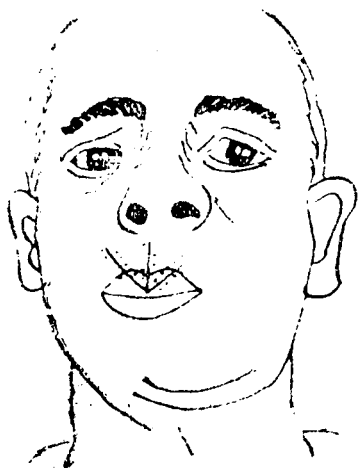


Рис. 247.



Рис. 248.

Случай 9-й. Больной Ал., 1 года, поступил в клинику в 1937 году с врожденным дефектом верхней губы, обеих ноздрей и твердого неба. Ребенок сосать грудь не может, он большей частью находился на искусственном кормлении (см. рис. № 249).

О п е р а ц и я: 12/X—37 года, под эфирным раушем, после поперечного разреза, несколько отступя от кончика промежуточной челюсти, последняя отнесена к задней части неба и этим самым нос опущен до уровня верхней губы. Затем освежены края дефекта верхней губы, сшиты с боковыми поверхностями промежуточной челюсти, а кожная перегородка, сохранившаяся целиком, выделена и сшита с верхней губой (см. рис. № 250). Для уменьшения натяжения верхней губы наложен шов на пуговицах. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное.

Верхняя губа и нос в косметическом и функциональном отношениях стали более, чем удовлетворительные (см. рис. № 251).



Рис. 249.



Рис. 250.



Рис. 251.

Случай 10-й. Ран. Больной Бзик, 29 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом верхней губы. Дефект образовался после осколочного ранения и располагается в области правого угла верхней губы и щеки; края дефекта обрамлены плотными рубцами, спаянными с костью верхней челюсти. Костный дефект располагается в области клыка и бicusов верхней челюсти. Для заполнения дефекта изготовлен до операции каучуковый протез (см. рис. № 252).

О п е р а ц и я: 4/IX—42. Под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта, освобождены щека и верхняя губа от спаек с костью и затем—произведены разрезы (выше каймы

верхней губы в двух местах для мобилизации соседних тканей после чего освежены края верхней губы и направляющими шелковыми швами сближены и сшиты (см. рис. № 254). Послеоперационное



Рис. 252.



Рис. 253.

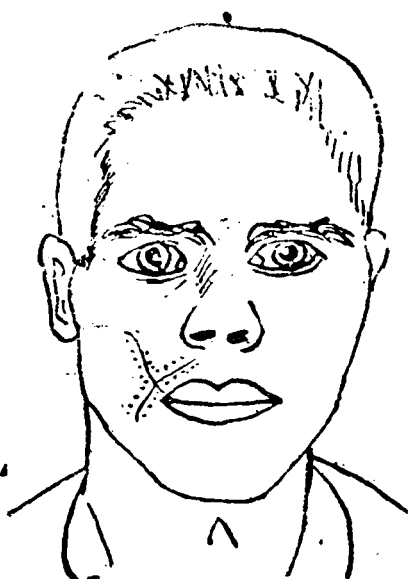


Рис. 254.



Рис. 255.

течение гладкое, заживление первичное. Верхний угол послеоперационного дефекта щеки, после отсепарации, сближены и сшиты. Швы были наложены на слизистую и на кожу. Верхняя губа и угол ротового отверстия в косметическом и функциональном отношениях стали прекрасными (см. рис. № 255).

Случай 11-й. Ран. больной Перш., 40 лет, поступил в госпиталь в 1942 г. с дефектом верхней губы и левой щеки, образовавшимся после осколочного ранения, дефект сквозной, занимает левый угол ротовой щели и щеки. Края дефекта обрамлены мощными, плотными рубцами. Костный дефект верхней челюсти большой, левая половина верхней челюсти отсутствует до мягкого неба. До операции больному изготовлен каучуковый протез (см. рис. № 256).

Операция: 7/VIII—42г. Под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта, освобождены края остатков верхней губы, направляющими шелковыми швами сближены и сшиты, сперва со стороны слизистой, а затем со стороны кожного покрова (см. рис. № 257). Верхняя губа приняла соответствующий вид. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Верхняя



Рис. 256.

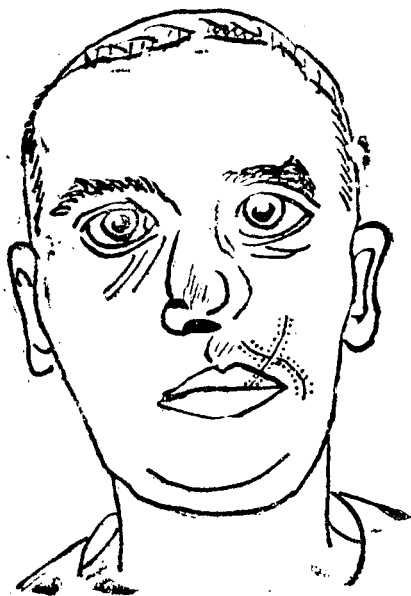


Рис. 257.



Рис. 258.



Рис. 259.

губа в косметическом и функциональном отношении стали более, чем удовлетворительные (см. рис. № 258).

Случай 12-й. Ран. больной Рас, 24 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом верхней губы. Дефект образовался после осколочного ранения и занимает центральную часть верхней губы (см. рис. № 259).

О п е р а ц и я: 8/VII—42 года, под местной анестезией иссечены рубцы верхней губы, затем края остатков ее освобождены от рубцов и направляющими шелковыми швами сближены края красной каймы и сшиты; затем наложены швы на слизистую губы и на кожу. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Верхняя губа приняла лучший вид (см. рис. № 260).



Рис. 260.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТА УГЛА РОТОВОЙ ЩЕЛИ И ПРИУГЛОВОГО ДЕФЕКТА БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КРУГЛОГО СТЕБЛЯ

Реставрация дефектов угла ротового отверстия и приугловых дефектов несколько сложнее, чем восстановление дефектов губ. При пластике дефектов угла рта необходимо учесть анатомическое строение мышечного аппарата, который имеет большое значение в мимике смеха. Начинается с улыбки, которая выражается в небольшом поднятии и оттягивании угла рта кнаружи, благодаря работе *m. Zygomatica*, *m. risorii* и, что особенно типично, в расширении ноздрей вызываемым сокращением *Capitis angularis m. quadrati labii superioris*. При переходе мимики улыбки в мимику смеха действие всех перечисленных мышц усиливается, угол рта поднимается больше и ротовая щель несколько расширяется; в производство этой работы вовлекаются *m. quadratus labii super.*, *m. triangularis* и *m. buccinator*. В дальнейшем угол рта оттягивается более кнаружи и кверху, что изменяет контуры носогубной складки, придают ей S—образную форму. При соблюдении вышеуказанных моментов при восстановлении дефектов угла рта можно избежать грубых ошибок.

Случай 1-й. Ран. больной П.-в., 25 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом левого угла рта и приугловой



Рис. 261.



Рис. 262.



Рис. 263.



Рис. 264.

области. Дефект образовался после
но большой и занимает угол рта.
переходя : ниже (его на подборо-
дочную область; края обрамлены
плотными рубцами и спаяны с
костью нижней челюсти; слюноте-
чение незначительное (см. рис.
№ 262). Костный дефект челюсти
незначительный и располагается в
области клыка и бicusов.

О п е р а ц и я : 15/XII—41 го-
да, под местной анестезией произ-
ведены разрезы по иссечению руб-
цовых тканей по краю дефекта (см.
рис. № 263); затем разрезы прове-
дены по нижнему краю красной
каймы, края ее освежены и направ-
ляющими шелковыми швами сбли-
жены и сшиты; оставшийся дефект
ниже угла закрыт лоскутом, вык-
роенным на подбородке (см. рис.
№ 264). Послеоперационное тече-
ние гладкое, заживление первич-
ное. Угол рта в косметическом и
функциональном отношении стал
прекрасным (см. рис. № 265).



Рис. 265.



Рис. 266.



Рис. 267.

Случай 2-й. Ран. больной Баб., 40 лет, поступил в госпиталь в 1942 году с громадным дефектом правого угла рта и приугловой области. Дефект образовался после осколочного ранения и занимает, помимо угла рта, мягкие ткани подбородка и нижнечелюстную область. Кость нижней челюсти с той же стороны имеет большой дефект, который временно заменен каучуковым протезом (см. рис. № 266—267).

Операция: 11/XII—42 года, под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта; затем проведены разрезы ниже края красной каймы нижней губы и выше края красной каймы верхней губы; после освежения края красной каймы и нижней губы направляющими шелковыми швами сближены и сшиты сперва со стороны слизистой, а затем со стороны кожи губ (см. рис. № 268—269). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное, угол рта и приугловой дефект в косметическом и функциональном отношениях приняли приличный вид (см. рис. № 270).

Случай 3-й. Ран. больной Юрч., 35 лет, поступил в госпиталь в 1941 году с дефектом правого угла рта и мягких тканей щеки в виде борозды до ушной раковины. Дефект образовался после осколочного ранения, глубокий, большой и весьма обезображивающий (см. рис. № 271).



Рис. 268.



Рис. 269.



Рис. 270.



Рис. 271.



Рис. 272.

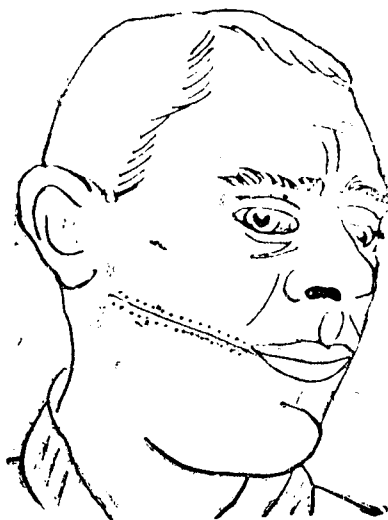


Рис. 273.

Операция: 3/XII—41г. под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта на всем его протяжении (см. рис. № 272), после чего образован угол рта, т. е. сшиты шелковыми швами слизистая губы и угла рта, а затем отсепарованы края дефекта в стороны на 1 см., подкожная ткань сближена кетгут-овыми швами и сшита, шелковыми швами сближены края кожи и сшиты (см. рис. № 273); косметический эффект после операции получился поразительный (см. рис. № 274).

Случай 4-й. Ран. больной Обр., 22 лет, поступил в госпиталь в 1941 году по поводу дефекта правого угла ротового отверстия, образовавшегося после осколочного ранения приротовой области. Костный дефект нижней челюсти располагается в области бicusов и клыка.

Обширными рубцовыми тканями приротовая область спаяна с дефектом нижней челюсти. Нижняя губа после заживления огнестрельной раны увеличена и выступает вперед и отвисает (см. рис. № 275).

Операция: 13/I—42г. под местной анестезией произведен разрез на всем протяжении рубцовых тканей и во всю толщину стенки рта, после чего разъединены края раны и иссечены рубцы (см. рис. № 276). Сперва образован угол рта путем оформления мышечного аппарата, а затем в этом месте и приротовой области мобилизована слизистая полости рта и кожный покров (см. рис. № 277). Послеоперационное течение гладкое, заживление первич-



Рис. 274.



Рис. № 275.



Рис. 276.

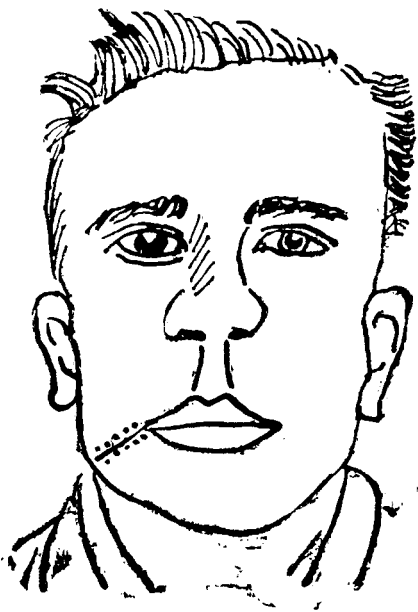


Рис. 277.



Рис. 278.



Рис. 279.

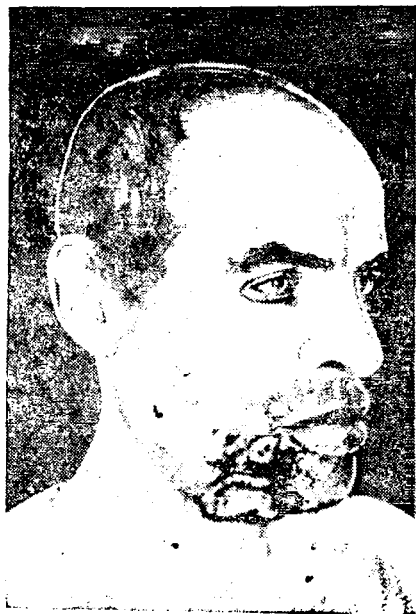


Рис. 280.

ное. Угол рта и приподнятая область приняли приличный вид (см. рис. № 278—279).

Случай 5-й. Ран. больной Костиш, 34 лет, поступил в госпиталь в 1942 году по поводу осколочного ранения, рана большая, сквозная. Кость нижней челюсти обнажена на большом протяжении. Последующий остеомизлит и секвестрация (см. рис. № 280—281). После заживления раны, остался большой дефект угла рта и приподнятой области (см. рис. № 282) с обширными рубцовыми изменениями.

Операция: 7/VII—42. под местной анестезией произведен разрез красной каймы верхней губы на $1\frac{1}{2}$ см., начиная от угла рта к фильтру; такой же разрез ниже красной каймы нижней губы. После разъединения лоскутов верхней и



Рис. 281.



Рис. 282.

нижней губы образован угол рта путем наложения шелковых швов на слизистую и на кожный покров. Для поддержания угла рта в правильном положении дополнительными разрезами в приротовой области выкроены кожные лоскута (см. рис. № 283—284), которые под-



Рис. 283,



Рис. 284.



Рис. 285.



Рис. 286.

тянуты и подшиты к углу рта. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное (см. рис. № 285). Угол ротового отверстия и приротовая область приняли хороший вид.

Случай 6-й. Ран. больной Тас., 25 лет, поступил в госпиталь в 1942 году по поводу дефекта угла ротовой щели и подбородочной области справа. Дефект образовался после осколочного ранения.

После заживления раны красная кайма угла рта втянута в рубцовую ткань и в результате, этого угол и кайма нижней губы приняли ненормальное положение. Слюнотечение непрерывное (см. рис. № 286).

Операция: 19/IX—42г. под местной анестезией иссечены рубцовые ткани по краям дефекта, затем, выкроен кожный лоскут на подбородке (для поддержания угла ротового отверстия в правильном положении (см. рис. № 287); края дефекта сближены направляющими швами и сшиты. Кожный лоскут подтянут к углу рта и подшит шелковыми швами (см. рис. № 288). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Угол рта и подбородочная область приняли лучший вид (см. рис. № 289).

Случай 7-й. Больной Идр., 19 лет поступил в клинику в 1937 году по поводу дефекта правого угла рта и приустьевой области. Дефект образовался после заживления нумы. Угол рта несколько втянут в дефект и изменив свое положение (см. рис. № 290), принял форму многоугольника.

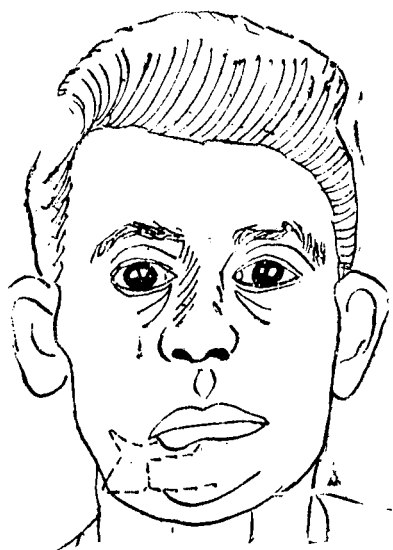


Рис. 287.



Рис. 288.



Рис. 289.



Рис. 290.



Рис. 291



Рис. 292.

Операция: 14/X—37 года под местной анестезией иссечены рубцы по краям дефекта, образована комиссура угла рта, затем все треугольники после соответствующей отсепаровки шелковыми швами сближены и сшиты (см. рис. № 291—292). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Угол рта и место бывшего дефекта приняли хороший вид (см. рис. № 293).



Рис. 293.

Случай 8-й. Больной Тевос., 17 лет, поступил в клинику в 1937 году по поводу послеоперационного дефекта правого угла рта и щеки. Дефект был закрыт по способу Израэля; после операции на месте дефекта образовался большой рубцовый кожный комок (см. рис. № 294) и резкое ограничение открывания рта.

Операция: 10/X—37г. под местной анестезией произведен тугообразный разрез по краю кожного лоскута, который отсепарован на половину и после удаления лишних тканей снова зашит. Спустя



Рис. 294.



Рис. 295.

15 дней в углу рта расщеплен лоскут на два листка, удалены остатки рубцовой ткани и затем образован угол рта; заживление первичное. После операции больной стал открывать рот, лоскут принял лучший вид (см. рис. № 295).

Случай 9-й. Ран. больной Г-н., 44 лет, поступил в госпиталь в 1942 году по поводу ущемления половины языка в отверстие левой щеки, образованном после лоскольного ранения (см. рис. № 296—297). После освобождения языка осталось большое отверстие, края которого сильно были изменены рубцовыми тканями (см. рис. № 298). Костный дефект нижней челюсти занимает большой участок, от фронтальных впадин до угла нижней челюсти; здесь также мягкие ткани в сильной степени рубцово изменены, корень языка вовлечен в рубцовую ткань и затруд-

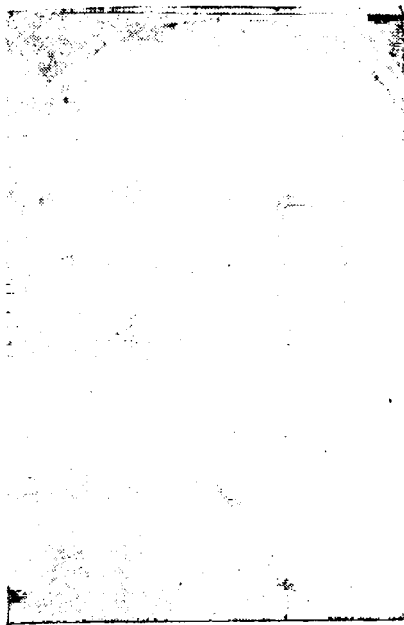


Рис. 296.

няет движение его. Для устранения рубцовой ткани в этой области произведены неоднократные пластические операции: 4/IX—18/IX—20/IX—42г. и 19/1—43г. в результате последних отверстие совершенно закрыто; больной стал лучше говорить; щека и губа приняли лучший вид (см. рис. № 299—300).



Рис. 297.

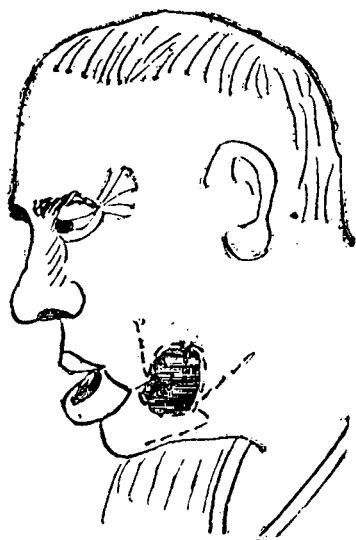


Рис. 298.



Рис. 299.



Рис. 300.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВСЕЙ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ГУБЫ КРУГЛЫМ ЛОСКУТОМ

Реставрация изъянов обеих губ очень трудная и сложная задача. В случаях частичных дефектов восстановление их может быть не таким затруднительным, но реставрировать верхнюю и нижнюю губы заново и вдобавок на рубцово измененной почве, когда имеются рубцы не только по краям дефекта, но занимают они на большем протяжении и окружающие участки, вопрос весьма сложный и ответственный; ниже приводим истории болезни и фотокарточки этих больных.

Случай 1-й. Больной Ах. поступил в клинику с дефектом верхней и нижней губы, образовавшимся после заживления перенесенного сифилиса в детстве. После специального лечения язва зажила, оставив после себя юпронный дефект всего лица, восстановление носа описано раньше (см. рис. № 301).

Восстановление верхней и нижней губ выполнено филатовским стеблем.

14/IX—36 года под местной анестезией приготовлен круглый лоскут на левом плече. Послеоперационное течение гладкое; заживление первичное. 3/XII верхний конец лоскута на плече отсечен и вшит в разрез левого угла рта; заживление первичное.

22/X плечевой конец отсечен и вшит в разрез правого угла рта; заживление первичное. Для оформления нижней губы из лоскута 14/XI—по нижнему краю лоскута произведен линейный разрез от угла до угла ротовой щели; затем такой же разрез произведен по мягким тканям подбородка; сперва вшиты внутренний край лоскута с верхним краем разреза подбородка, а затем наружный край лоскута сшит с наружным краем разреза подбородка; таким образом удалось создать в трубой форме нижнюю губу из лоскута. Слюнотечение прекратилось. Заживление первичное (см. рис. № 302).

Для создания верхней губы 10/XI под местной анестезией на правой стороне живота приготовлен круглый лоскут; заживление первичное. 29/XI нижней конец лоскута отсечен и вшит в разрез предплечья; заживление первичное. 19/XII—



Рис. 301.



Рис. 302.



Рис. 303.



• Рис. 304.

верхний конец лоскута отсечен и шит в разрез правой щеки; заживление первичное. 7/1 ручной конец лоскута отсечен и шит в разрез левой щеки; заживление первичное (см. рис. № 303). Верхняя и нижняя губы после неоднократных хирургических поправок приняли лучший вид. Окончательно оформить губы не удалось, т. к. больной уехал на родину в Дагестан и на завершение пластической операции не вернулся.

Случай 2-й. Больной Ш., 17 лет, поступил в клинику по поводу отсутствия верхней и нижней губы. Дефект образовался после заживления перенесенного сифилиса в детстве. Кроме отсутствия губ, костные ткани верхней челюсти были полностью разрушены. В нижней челюсти все фронтальные зубы торчали своими корнями, т. е. десны были совершенно разрушены (см.



Рис. 305.



Рис. 306.

рис. № 304). Слюнотечение непрерывное. Подбородочная область щеки также была рубцово изменена. Предпочли восстановить губы круглым лоскутом. 17/IX—36 года под местной анестезией на левом плече приготовлен круглый лоскут; заживление первичное. 8/X верхний конец лоскута на плече отсечен и вшит в разрез левой щеки; приживление первичное. 25/X нижний конец лоскута на руке отсечен и вшит в разрез правой щеки; приживление первичное (см. рис. № 305). Для образования нижней губы на правой стороне груди приготовлен круглый лоскут; заживление первичное; 27/X нижний конец лоскута отсечен и вшит в разрез правой щеки; приживление первичное. 15/XI верхний конец лоскута отсечен и вшит в разрез левого угла рта; приживление первичное (см. рис. № 305).



Рис. 307.



Рис. 309.

16/X на левой стороне груди приготовлен круглый лоскут, заживление первичное. 3/XI нижний конец лоскута отсечен и вшит в разрез левого угла рта. 20/XI верхний конец лоскута отсечен и вшит в разрез правого угла рта (см. рис. № 305—306); приживление первичное.

Ввиду того, что подбородочная область была бедна мягкой тканью вследствие сильно выраженных рубцовых изменений, пришлось нижнюю губу и подбородок создать из двойных лоскутов (см. рис. № 306). Оба лоскута сшиты между собою после продольных разрезов по нижнему краю верхнего лоскута (см. рис. № 307). После неоднократных хирургических поправок верхняя и нижняя губы приняли лучший вид. (см. рис. № 308). Окончательно не удалось закончить пластику губ,

так как больной уехал и больше не вернулся. Надо полагать, что он остался довольным результатом пластической операции.

Восстановление дефектов верхней и нижней губ

Сравнительно легче восстановить частичные дефекты верхней и нижней губ, чем полное их разрушение.

Случай 1-й. Ран. больной Черн., 38 лет поступил в госпиталь в 1942 году по поводу дефекта нижней и верхней губ. Дефект образовался после осколочного ранения в области губ и располагается в области верхней губы и ближе к левому углу рта, а на нижней губе ближе к правому углу. Дефект захватывает и подбородочную область так, что при сомкнутом положении губ образуется четырехугольная форма. Края дефекта обрамлены мощными плотными рубцами. Нижняя губа в области дефекта спаяна с костью нижней челюсти, а верхняя губа свободна. Слюнотечение непрерывное (см. рис. № 309—310).

Операция: 7/IV—42г. под местной анестезией иссечены рубцы по краям дефекта нижней и верхней губ, направляющими шелковыми швами сближена и сшита красная кайма. Образовавшийся послеоперационный дефект на подбородке закрыт кожным лоскутом, выкроенным на подбородке. Дефект верхней губы восстановлен после иссечения рубцов по краю его и сближением направляющими швами красной каймы и наложением швов на



Рис. 309.



Рис. 310.



Рис. 311.



Рис. 312.



Рис. 313.



Рис. 314.

слизистую и на кожу верхней губы (см. рис. № 311—312). После неоднократных пластических операций 26/V—42г. форма нижней и верхней губ полностью восстановлена. В косметическом и функциональном отношении получился весьма удовлетворительный результат (см. рис. № 313).

Случай 2-й. Ран. больной А.н., 25 лет, поступил в госпиталь в 1942 году по поводу дефекта верхней и нижней губ. Дефект образовался после осколочного ранения и располагается на верхней губе, ближе к правому углу рта, а на нижней губе находится ближе к левому углу (см. рис. № 314—315). Костная ткань верхней челюсти имеет небольшой дефект в области клыка и бicusов. Для закрытия костного дефекта изготовлен каучуковый протез.

Операция: 24/IV—42г. под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта верхней и нижней губ. После освежения краев красной каймы, последние направляющими тонкими шелковыми швами сближены и сшиты; ватем наложены швы на слизистую и на кожу. После пластических операций верхняя и нижняя губы приняли лучший вид (см. рис. № 316).



Рис. 315.



Рис. 316.

ЖЕВАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

Костный скелет жевательного аппарата. Анкилозы челюстного сустава.

Прежде чем перейти к описанию случаев анкилоза челюстного сустава, мы предпочли описать васкуляризацию лицевого скелета в возрастном отношении, т. к. она имеет большое значение в пластической хирургии. В этом отношении мы располагаем собственным исследовательским материалом.

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ЧЕЛЮСТЕЙ

Кровоснабжение прежде всего нужно для выяснения распространения патологических процессов в костях и локализации отдельных очагов и некрозов. Классические исследования Лексера показали, какую огромную роль играет точное знание распределения кровеносных сосудов в костях. Целью нашей работы являлось изучение источников кровоснабжения челюстей, внутрикостного распределения сосудов и зон васкуляризации. Все эти намеченные нами вопросы изучались в возрастном отношении.

Для разрешения поставленных перед нами вопросов пользовались методом Шпальтегольца. Всего объектов было исследовано 30: взрослых по 6 (В-Н)

новорожд. и эмбр. по 7 (В-Н)

3 лет по 1 (В-Н)

новорожд. и эмбр. по 7 (В-Н)

НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

Детальное изучение сосудов нижней челюсти взрослых позволяет нам наметить зоны васкуляризации следующим образом: Art. alv. infer. питает вертикальную ветвь, включая область угла челюсти, всю область горизонтальной ветви до подбородочного отверстия, область подбородка, а равным образом и зубы с альвеолярной стороны. Резцы и клыки васкуляризируются отчасти из art. alv. inf. и из веточек, входящих со стороны Spinaet tub. mand.

Art. alveolaris inferior является по типу магистральным, в то же время единственным интраоссальным сосудом кости нижней челюсти. По мнению Уварова, art. alv. inf. снабжает кровью только альвеолярные отростки и зубы до самых резцов и не является по типу магистральным.

Позадимольярный треугольник (trig. Retromolare) по мнению Уварова, снабжается R Mylohyoid. На наших препаратах от art. alv. inf. отходя ветки, идущие к названному участку и снабжающие его. Суставной и коронарный отростки имеют самостоятельные веточки питания. При изучении кровоснабжения зачатков зубов нами были выяснены интересные особенности, выразившиеся в том, что артерии, идущие к зубному зачатку, отходя от главного ствола затем окружают зачаток в виде кольца. В других препаратах челюстей было обнаружено, что артерии, которые образовали кольцо вокруг зачатка, по мере прорезывания развивающегося зуба, разделяются постепенно, отходят в сторону и принимают участие в кровоснабжении альвеолярных отростков. После того, как прорезались зубы, от главного ствола (art. alv. inf.) отходит артерия, направляясь вверх и там распадаясь на артерию, идущую к арху, и две других разветвляющихся в альвеолярном отростке. Кроме этих особенностей, еще выяснилось другое обстоятельство: на челюстях новорожденных зачатки зубов, которые лежат непосредственно на главном артериальном стволе, при рассматривании препаратов создают впечатление, что зубы как бы продавливают вниз артерию; по мере прорезывания, зуб с идущей к нему артерией, подымается все выше и выше, удаляясь от главного ствола (art. alv. inf.), остающегося на прежнем месте.

У эмбрионов последних месяцев и у новорожденных условия кровоснабжения значительно более благоприятные, чем у взрослых.

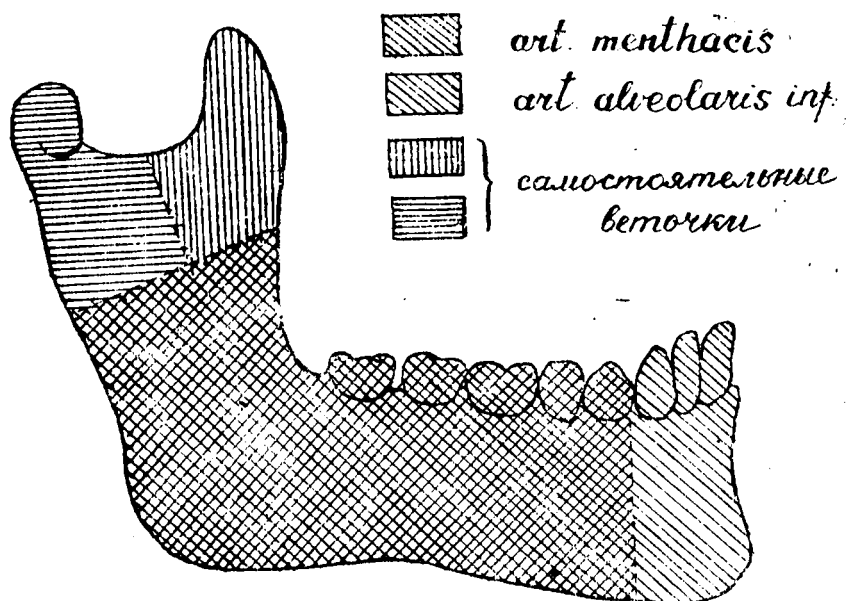


Рис. 317.

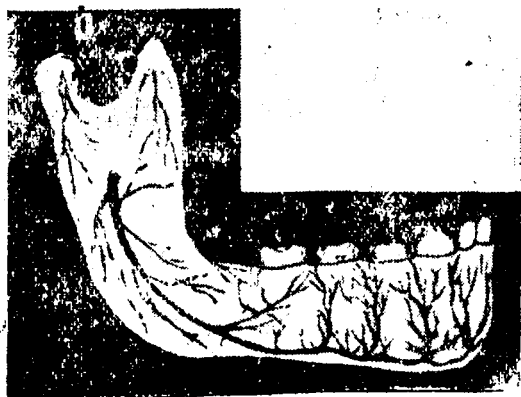


Рис. 318.

У последних калибр сосудов, по сравнению с размером нижней челюсти, с ее зубным аппаратом, очень незначителен и для него, едва ли достаточно такого сравнительно маленького источника питания (см. рис. № 317). Зоны васкуляризации нижней челюсти (см. рис. № 318); васкуляризация нижней челюсти 5 летнего ребенка

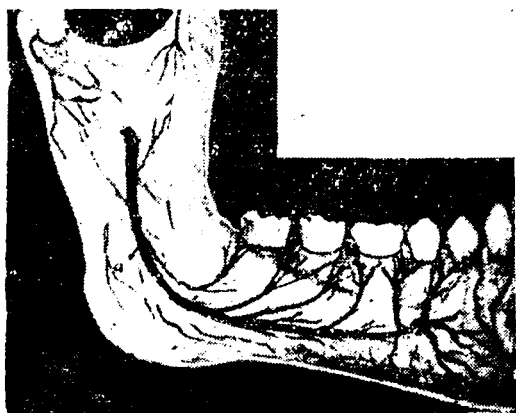


Рис. 319.

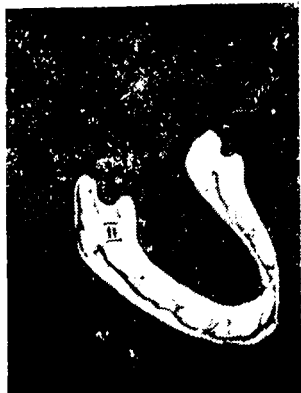


Рис. 320.

(см. рис. № 319); васкуляризация нижней челюсти взрослого человека (см. рис. № 320); васкуляризация нижней челюсти новорожденного.

ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

Главным источником питания верхней челюсти является (art. maxil. interna); она перед входом в крылонебную яму отдает art. buccinator), посылающую небольшие веточки к надкостнице наружной поверхности верхней челюсти. Внутренняя челюстная артерия, распадаясь на конечные ветви, орошает всю массу верхней челюсти. Экстраоральная сеть сосудов в челюсти сильно развита на наружной поверхности ее. Особенно это заметно в областях fossa canina и tub. maxil. Внеротовая сеть сосудов в основном питает поверхностные слои кости; коренные зубы, клыки и латеральные резцы снабжаются от art. alv. post. Sup. и art. alv. ant; средние резцы — от артерии носовой перегородки и art. infraorbit.

Зачатки зубов верхней челюсти окружены артериями в виде кольца так же, как и нижней челюсти. По мере прорезывания зуба, эта артерия принимает участие в кровоснабжении зубов и альвеолярных отростков. Стенки Гайморовой полости, лобные отростки, небо питаются, главным образом, из периостальной артериальной сети. Слизистая Гайморовой полости, вопреки мнению Феррари и Блейхера, имеет богатую сосудную сеть. Периостальная сеть сосудов, идущих к Гайморовой полости, очень развита как у детей, так и у взрослых. Вопрос точного изучения кровоснабжения костей челюстей может иметь весьма важное клиническое значение. Прежде всего следует отметить это значение при производстве различных костных операций на нижней челюсти (см. рис. № 321). Зоны васкуляризации верхней челюсти

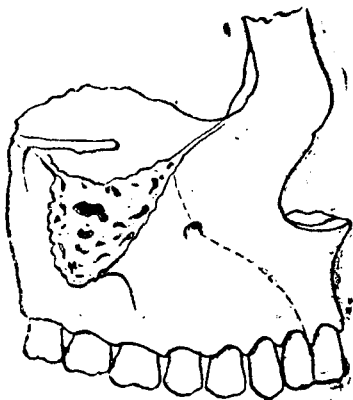


Рис. 321.

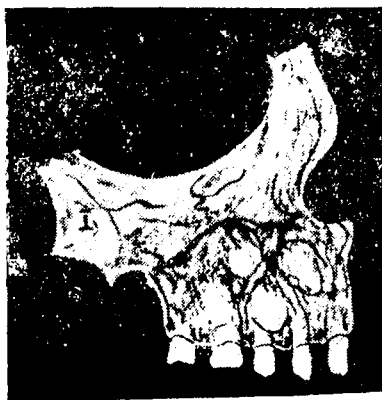


Рис. 322.

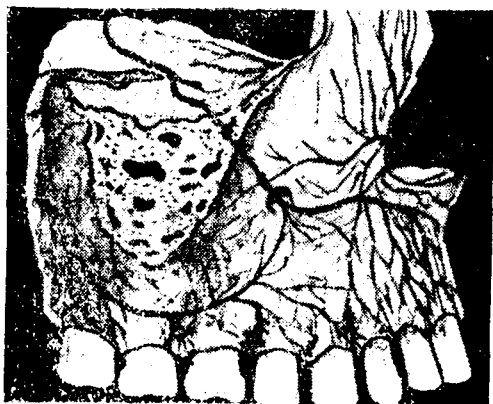


Рис. 323.

(см. рис. № 322), васкуляризация верхней челюсти 5 летнего ребенка (см. рис. № 323), васкуляризация верхней челюсти взрослого человека.

АНКИЛОЗЫ ЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Под анкилозом понимается полная неподвижность в суставе, зависящая от причин, лежащих в самом суставе. В числе причин анкилозов на первом месте стоит инфекция суставов. Анкилозы челюстей наиболее часто встречаются в возрасте от 2-х до 15 лет. Патолого-анатомические изменения в суставе бывают соединительно тканного и костного характера (ankyl. fibrosa et ankyl. ossea). При тяжелых формах анкилоза, утолщения суставного от-

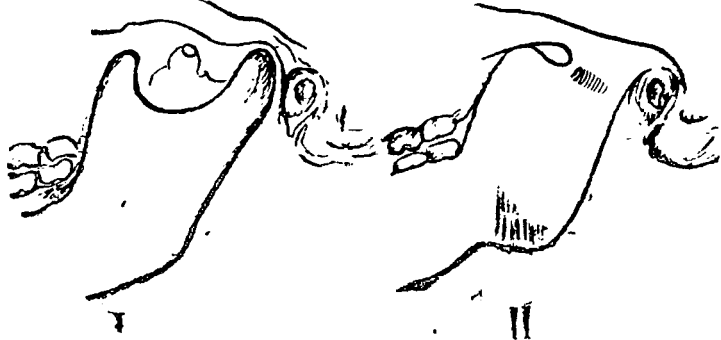


Рис. 324.

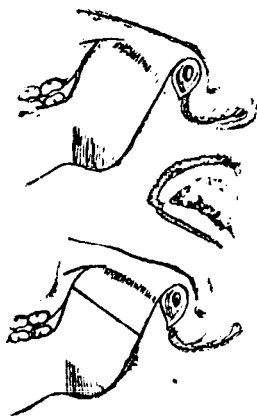


Рис. 325.

ростка и шейки достигают больших размеров, увеличивающих нормальную толщину и ширину в несколько раз (см. рис. № 324).

Спайки костного характера распространяются на суставной отросток, дугу и даже на венечный отросток, и тогда полулунная вырезка совершенно исчезает: область суставного,

венечного отростков и полулунной вырезки превращается в сплошное костное образование (см. рис. № 325). При поражении сустава в раннем возрасте лицо принимает форму кувшинного рыла (см. рис. № 326), вследствие отставания нижней челюсти. Анкилозы челюстного сустава в большом проценте (75%) бывают односторонними; при поражении одного сустава, другой остается неизменным. После образования ложного сустава в неизменном суставе восстанавливается нормальное движение. Анкилозы суставов нижней челюсти являются одним из самых тяжелых заболеваний: при них нарушаются функции питания и речи. Больные с анкилозом питаются исключительно жидкой пищей, всасываемой между зубами. Рентгенограммы показывают резкое утолщение головки и шейки суставного отростка и отсутствие ясного очертания их и полулунной вырезки. На основании рентгенограмм решается вопрос о выборе того или другого метода оперативного вмешательства. Единственный рациональный путь при лечении анкилоза нижней челюсти является хирургический. Все применяемые способы сводятся к тому, чтобы образовать

ложный сустав ближе к анкилозированному суставу. Этот способ является наиболее целесообразным для образования ложного сустава. (Райер, Розенфельд, Кениг и др.). Для образования ложного сустава делается косая остеотомия; в щель кости после остеотомии вводится фасция с жиром или лоскут из мышцы. Задачей трансплантата является препятствовать сближению концов кости и образованию костной мозоли. Детский возраст наиболее подходящий для восстановления подвижности нижней челюсти, так как после оперативной мобилизации сустава улучшается рост челюсти. В нашем распоряжении было несколько случаев анкилозов из них приводим следующие истории болезни.

Случай 1-й. Больная З. Г., 17 лет; когда ей было 3—4 года она упала с крыши и ударилась подбородочной областью о землю. Спустя некоторое время, родные заметили, что она не может свободно открывать рот. С течением времени рот стал открываться все хуже и хуже, и, наконец, движение челюсти совсем прекратилось. Больная жила в таком состоянии в течение 12—13 лет. 1/IX—33 года поступила в клинику с жалобами на полное отсутствие движения нижней челюсти. Она питалась жидкой пищей, всасываемой между зубами. Лицо у нее имеет форму птичьей физиономии. Фронтальные зубы нижней челюсти находятся в наклонной кпереди плоскости и кариесом не поражены. Движение нижней челюсти совершенно отсутствует; она прижата к верхней челюсти и резко отстает в росте. Рентгенограмма показывает отсутствие ясных очертаний формы головки и шейки. Утолщение их особенно ясно выражено на правом суставе (см. рис. № 326).

Операция: 15/IX—33 г. Под местной анестезией произведены разрезы: один по скуловой дуге и другой на 1 см. от козелка уха вниз. Кожа отсепарована, треугольный лоскут подшит к щеке. Распатором надкостница отодвинута вниз со скуловой дуги и костного сращения, края фасции срезаны; таким образом, открыта область сращения и начало восходящей ветви. Полулунная вырезка отсутствовала совершенно; суставной и венечный отростки и скуловая дуга представляли одно сплошное костное образование. Произведена горизонтальная остеотомия. Предварительно дрельбором произведен ряд отверстий по намеченной линии для остеотомии, затем плоским долотом и молотком сделана резекция кости шириной $\frac{1}{2}$ см., в области же восходящей ветви на 2 см. ниже от сустава. Затем на бедре взят кусок жира с фасцией и введен в образованную костную щель. Надкостница сшита с фасцией над жиром кепгутом; кожа зашита тонким шелком. Живление первичное. После резекции кости рот удалось открыть только на $\frac{1}{2}$ см., между зубами вставлена распорка. Через 12 дней была сделана другая операция на левом суставе. Во время операции на суставе выяснилось, что окостенение сустава выражено значительно, а венечный отросток был свободен; от полулунной вырезки осталась очень незначительная щель, которая



Рис. 326.



Рис. 327.

пропускала иглу от шприца; на этой стороне также произвели костную остеотомию с удалением головки суставного отростка и с пересадкой жира в щель; затем сшита надкостница с фасцией над жиром желпутом. Кожа залита конским волосом, заживление первичное. После второй операции удалось открыть рот на 3 поперечных пальца. Была вложена распорка между зубами и наложена повязка. После восстановительной операции больная стала пользоваться челюстью очень хорошо (см. рис. № 327).

Случай 2-й. Больная Ф-ва поступила в клинику в 1934 году с жалобами на отсутствие движений нижней челюсти в течение 17 лет; в детстве нанесена в области сустава травма; спустя некоторое время, движения нижней челюсти стали более ограниченными, и в последнее время рот совершенно не открывается. Фронтальные зубы разрушены кариесом. Нижняя челюсть несколько отстала в росте. Рентгенограмма показала резкое утолщение шейки и головки суставного отростка справа. Операция сделана по способу Рауэра. Во время операции выяснилось, что шейка и головка суставного отростка вместе со скуловой дугой представляет сплошное костное образование, косая остеотомия ниже сустава на $1\frac{1}{2}$ см., введен кусок жира с фасцией в щель. Рана зашита шелком. Заживление первичное. После операции рот открывается на



Рис. 328.



Рис. 329.

2 поперечных пальца (см. рис. № 328 до операции, № 329 после операции).

Случай 3-й. Больной М., 17 лет, поступил в клинику в 1932 году с жалобами на неподвижность нижней челюсти. В детстве была нанесена травма в области сустава. Спустя некоторое время рот стал с трудом открываться, за последнее время движение челюсти настолько стало ограниченным, что между зубами едва проходит металлический шпатель. На правой стороне щеки имеются следы рубцов. Рентгенограмма показала утолщение суставного отростка и шейки; очертание сустава вырисовывается неясно. Под местной анестезией сделана операция по способу Рауэра. Заживление вторичное. Рот открывается на 2 поперечных пальца (см. рис. № 330) до операции, (см. рис. № 331) после операции.

Случай 4-й. Больная М-а, 24 лет, поступила в клинику с жалобами на неподвижность нижней челюсти. В детстве получила травму в области правого челюстного сустава. Спустя некоторое время движения нижней челюсти стали ограничиваться, а потом больная совершенно перестала пользоваться ею. Фронтальные зубы разрушены кариесом (см. рис. № 332). Рентгенограмма показывала резкое утолщение суставного отростка и шейки, сустав вырисовывается не четко: 15/X—1933 года под местной анесте-



Рис. 330.



Рис. 331.



Рис. 332.



Рис. 333.

зией произведена операция по способу Рауэра; заживление первичное. После операции рот стал открываться на 3 поперечных пальца (см. рис. № 333). Анкилозы суставов в наших случаях были истинные; послеоперационные результаты были удовлетворительные. Оперированные больные все были довольны результатами операции и пользовались челюстью с полной нагрузкой.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ИЗ РЕБРА

Вопрос о восстановлении больших дефектов нижней челюсти является не менее актуальным, чем восстановление дефекта мягких тканей лица. Разрушение нижней челюсти составляет во время мировой войны среди повреждений лицевого скелета значительный процент. В условиях мирного времени разрушения нижней челюсти огнестрельного происхождения встречаются относительно редко. Часто приходится иметь дело с дефектами челюсти после удаления целых участков нижней челюсти, а иногда и целой половины ее по поводу опухолей. Самым рациональным и наилучшим материалом для восстановления дефектов нижней челюсти является свободный костный аутотрансплантат, взятый из ребра, гребешка подвздошной и большеберцовой костей. По мнению некоторых авторов, гребешок подвздошной и большеберцовой костей рассасывается, или плохо приживает, а потому применение этих костей несколько ограничено. Ребро с надкостницей, обладая регенеративным свойством, нашло широкое применение в восстановительной хирургии. При восстановлении дефектов нижней челюсти существует несколько способов: Васмунд, Лексер, Джиллис и другие. К трансплантациям можно приступить при огнестрельных ранениях или при других процессах только по истечении 5—6 месяцев после полного заживления раны. До трансплантации необходимо приготовить шину с наклонной плоскостью на противоположной стороне челюсти, чем удастся восстановить правильный прикус и удерживать трансплантат в правильном положении. Восстановительная операция производится следующим образом: местная анестезия, обнажение места дефекта линейным разрезом на 2 см. ниже нижнего края нижней челюсти; разрез углубляется среди рубцовых и мягких тканей, отыскиваются концы фрагментов, освобождаются от рубцовоизмененных тканей и затем обнажается здоровая кость с надкостницей. Обнажение кости и подготовка ложа для трансплантата должны производиться очень осторожно, т. к. часто при неосторожных манипуляциях вскрывается полость рта. В таких случаях приходится тут же зашивать отверстие кетгутом. Рана зашивается наглухо. Полное приживание трансплантата с костью челюсти зависит от правильного припигивания концов фрагмента с концами трансплантата и здоровой над-

костнищей (см. рис. № 334). Обычно на приживление трансплантата уходит 25—30 дней и больше; по истечении этого срока можно снять шину.

Мы у наших больных применяли способ Джильса. Этот способ очень прост и легко выполним по сравнению с другими способами. Реберный трансплантат для правой стороны челюсти берется с левой стороны и наоборот. Хрящевой конец трансплантата вводится в суставную поверхность, которая обнажается и освобождается от рубцов и т. д., костная часть трансплантата с фрагментом челюсти сшивается кетгутом (см. рис. № 335). Приводим истории болезни наших больных.

Случай 1-й. Больная Р-ва, 17 лет, поступила в клинику с жалобами на отсутствие левой половины нижней челюсти, которая была удалена по поводу злокачественной опухоли. Объективные исследования: имеется старый линейный рубец по нижнему краю нижней челюсти. Рот раскрывается на 3 поперечных пальца. Прикус нарушен, челюсть сдвигается в большую сторону; левая сторона лица имеет небольшую впадину ввиду отсутствия части нижней челюсти. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается. До операции мы приготовили шину с наклонной плоскостью, которая была укреплена на здоровой части челюсти (см. рис. № 336).

Проверив рентгеном фрагменты челюсти и убедившись в здоровом состоянии их, в смысле отсутствия инфекции, приступили к образованию под местной анестезией ложа для трансплантата из ребра. После образования ложа в области отсутствующей половины нижней челюсти на противоположной стороне грудной клетки в об-

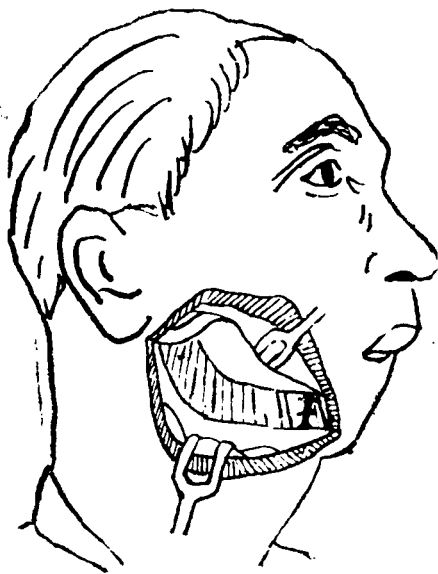


Рис. 334.

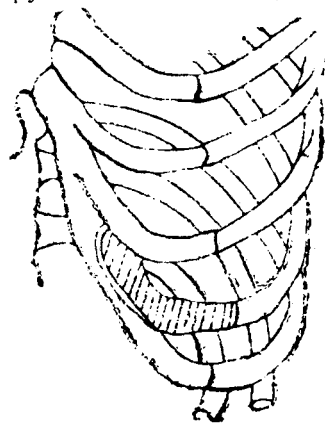


Рис. 335.



Рис. 336.



Рис. 337.

ласть девятого ребра удалили часть ребра с надкостницей и хрящом, затем поместили в заранее приготовленное ложе, таким образом, что хрящевой конец трансплантата уперся в суставную поверхность, а другой конец был фиксирован двумя швами с фрагментом челюсти; рана была наглухо закрыта; сверху наложена тугая повязка, которая была снята на 9-й день. Заживление раны первичное. Больная выписалась на 20-й день после операции. Результаты в функциональном и косметическом отношении были удовлетворительные (см. рис. № 337).

Случай 2-й. Больная М-а, 24 лет, поступила в клинику в 1934 году по поводу отсутствия левой половины нижней челюсти, ограниченного открывания рта и образовавшегося впоследствии мощного рубца после ранения огнестрельным оружием. Прикус неправильный. При раскрытии рта скашивание в большую сторону. Лицо асимметрично. На левой стороне лица имеется большая впадина.

О п е р а ц и я: Под местной анестезией 15/Х образовано ложе для трансплантата; на противоположной стороне грудной клетки, в области девятого ребра, была удалена часть ребра соответствующей длины с надкостницей и затем вставлена в заранее приготовленное ложе с таким расчетом, чтобы хрящевой конец транс-



Рис. 338.



Рис. 339.

плантата упирался в суставную поверхность; другой конец трансплантата был фиксирован кетгутowymi швами с фрагментом челюсти. После этого рана была наглухо закрыта, наложена сверху тугая повязка, которая была снята на 8-й день. Заживление первичное. Больная выписалась на 20-й день после операции. Результаты в функциональном и косметическом отношениях оказались удовлетворительными (см. рис. № 338—339).

ЛОЖНЫЕ АНКИЛОЗЫ ИЛИ ВНЕСУСТАВНАЯ РУБЦОВАЯ КОНТРАКТУРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Контрактура челюсти является следствием развития рубцовой ткани в области слизистой оболочки, мышц и кожи. В клинической картине на первом месте стоит ограничение подвижности нижней челюсти, которое может быть частичным или полным. В нашем случае контрактура захватила все слои стенки рта, создав полную неподвижность нижней челюсти (см. рис. № 340).

Случай 1-й. Больной Г.-в., 45 лет; поступил в клинику с жалобами на полную неподвижность нижней челюсти. Контрактура образовалась после заживления какой-то язвы на лице (нома). Страдает 15 лет. На правой стороне лица имеются мощные рубцовые

изменения, связывающие верхнюю и нижнюю челюсти по всей десневой поверхности.

Операция: 20/XI—1936 г. под местной анестезией рассечены мягкие ткани на стенке ротовой полости, начиная от угла рта почти до угла нижней челюсти. После удаления рубцовых тканей, раздвинуты челюсти, в рот вставлен комок размягченного стенса для получения формы щеки; оставив затвердевший стенс во рту, рана снаружи зашита наглухо (см. рис. № 341), затем стенс вынимается и на поверхность, обращенную к раневой поверхности щеки, раскладываются лоскуты по Тирш у и стенс обратно вкладывается в рот на несколько дней; таким образом, на раневой поверхности приживают лоскуты и, спустя некоторое время,



Рис. 340.



Рис. 341.



Рис. 342

начинается эпителизация слизистой. После такого рационального хирургического лечения легко устраняется контрдактура челюсти (см. рис. № 342).

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В ПОЛОСТИ НОСА

В мирное время не приходилось наблюдать, чтобы в полости носа оказался кусок металла в 120 грамм, после ранения, и в литературе такие случаи встречаются крайне редко.



Рис. 343.

Ран. больной Е.-в., поступил в госпиталь в 1942 году с дефектом левой щеки, образовавшимся после осколочного ранения. Больной жаловался на сильные головные боли, головокружение. При рентгенографии обнаружено было большое инородное тело в полости носа, которое пройдя через Гайморову полость, застряло в полости носа, после ранения (см. рис. № 343).

Операция: 3/XI — 42 г. Под местной анестезией на твердом небе линейным разрезом была обнаружена костная ткань твердого неба, с имевшимся на нем костным дефектом, и через этот промежуток был удален большой металлический осколок (см. рис. № 344—345).

ГЕМАНГИОМЫ ЛИЦА

Название «гемангиома» было впервые предложено Lancereaux в 1875 году. Для более точного определения кровяных опухолей, классификация гемангиом, предложенная Вирховым, сохранила свою силу и до настоящего времени. Гемангиомы по месту расположения бывают наружные и внутренние. Наружные чаще всего наблюдаются в тех местах, где в зародышевом периоде расположены жаберные щели. Такие ангиомы занимают определенные области головы и шеи, уши, губы, веки, щеки и т. д. (Вирхов). По строению кавернозные гемангиомы напоминают губку, наполненную кровью, гемангиомы щек часто распространяются на соседние участки лица и шеи. Они не редко встречаются на губах, причем чаще поражают верхнюю губу. Надо отметить, что гемангиомы губ распространяются как на слизистую оболочку полости рта, так и на ближайшую кожу лица.



Рис. 344.



Рис. 345.

Случай 1-й. Больной А. Б., 28 лет, поступил в клинику по поводу опухоли щек, нижней губы, подбородка и подчелюстной области как справа, так и слева. В самом начале опухоль появилась на нижней губе, величиной с просыное зерно, темнокрасного цвета, постепенно стала увеличиваться и распространяться на близлежащую кожу щеки и подбородка в последнее время опухоль сильно увеличилась и приняла большие размеры, особенно в области правой щеки, нижней губы и подбородка, захватив кроме наружного покрова лица, и слизистую щек, десен и передний отдел языка.

Больной затруднялся ложиться на правый бок, так-как у него появлялись боли и шум до лечения в голове. Имелось непрерывное слюнотечение (см. рис. до лечения № 346—347 после лечения).

Случай 2-й. Больной В., 24 лет, поступил в клинику 10/X—34г. по поводу опухоли на нижней губе. Опухоль стала увеличиваться постепенно и достигла больших размеров (см. рис. 348). Цвет опухоли темнокрасный, наощупь мягкая. Кроме того, вся левая сторона лица и подбородочная область покрыты темнокрасным сплошным пятном. Слизистая, полости рта нормальная.

Операция: Под местной анестезией вырезан треугольный клин в нижней губе, затем края губы сближены и шиты (см. рис. № 349).



Рис. 346



Рис. 347.



Рис. 348.



Рис. 349.



Рис. 350.

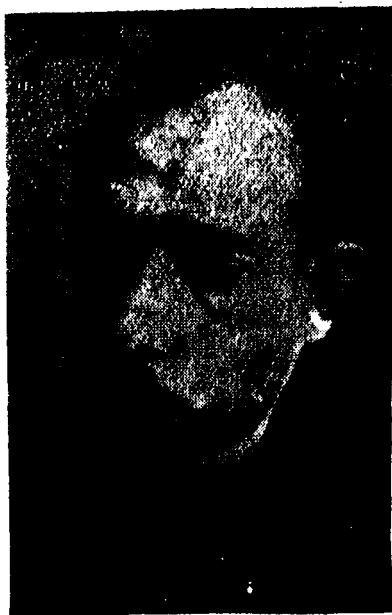


Рис. 351.

Случай 3-й. Больной М-в., 28 лет, поступил в клинику по поводу опухоли левой щеки. Опухоль стала расти постепенно и в последнее время захватила всю левую щеку; наощупь мягкая; цвет кожи темнокрасный (см. рис. № 350).

Операция: 15/X—1935 года, под местной анестезией произведен линейный разрез по опухоли щеки; после отсепаровки кожи, опухоль выделена и вылучена целиком; гемостаз, глухие швы (см. рис. № 351). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное.

Заканчивая описание гемангиом лица, наблюдаемых нами, необходимо констатировать, что в этиологии описанных случаев—травма и воспалительные процессы, на которые многие авторы указывают, как на факторы, играющие не малую роль в происхождении гемангиом, совершенно отсутствовали. По вопросу о происхождении гемангиом многие причисляют их к порокам развития. Удаление больших гемангиом хирургическим путем опасно в смысле кровотечения. При инкапсулированных ангиомах хирургическое вмешательство дает хорошие результаты. Мы в первом случае применили электрокоагуляцию и также получили хороший результат.



Рис. 352.

Слюнные свищи бывают врожденными и приобретенными. Врожденные свищи встречаются очень редко. Приобретенные свищи возникают в зависимости от воспалительного процесса, новообразования (рак), или некроза участка железы или протока. Абсцессы тифозного, калькулезного или иного характера могут сопровождаться частичным омертвением железы или протока и повести к постоянному выделению большого или меньшего количества слюны наружу (Петров). Самопроизвольное вскрытие абсцессов в области слюнной железы также иногда может оставить после себя длительное выделение слюны через незаживающее отверстие (наш случай) см. рис. № 352). Резанные раны после вскрытия гнойного паротита, рубленые (сабельные) и огнес-

трельные раны являются частыми причинами слюнных свищей. Подавляющее большинство слюнных свищей принадлежит околоушной железе и ее протокам. Свищи околоушной железы очень тяжелы для своих обладателей потому, что выделение слюны начинается при всяких движениях челюсти, особенно оно усиливается с приемом пищи; больные вынуждены постоянно обтирать лицо, избегать общества, твердой пищи и терять в весе. Локализация свищей может быть впереди уха (см. рис. № 353), за ухом (см. рис. № 354).

Лечение слюнных свищей может быть проведено консервативным и хирургическими путями. Слюнотечение через отверстие, образовавшееся после ранения в области околоушной железы, в свежих случаях может быть прекращено при создании самых простых условий. Сюда относится давящая повязка, фиксирующая нижнюю челюсть до максимального ограничения жевательных движений, питание исключительно жидкой и полужидкой пищей, способствующей ограничению секреции железы, даже прекращению выделения слюны и др.

Повреждения слюнных желез, колото-резанные (см. рис. № 355) и огнестрельные раны их паренхимы и протока (см. рис. № 356) понуждают нас в свежих случаях к активному лечению раны, направленному к достижению первичного ее заживления; если это не удается, то рана заживает вторичным натяжением; возможно



Рис. 353.



Рис. 354.

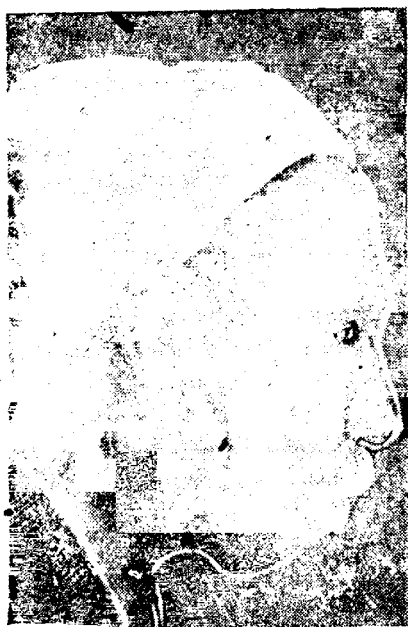


Рис. 355.



Рис. 356.

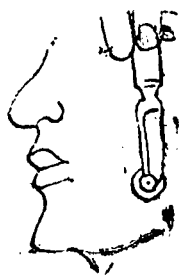


Рис. 357.



Рис. 358.

также вторичной обработкой раны достигнуть первичного (ее заживления). Свищи самой железы, которые появились недавно и с незначительным выделением, могут быть излечены прижиганием. В госпитале нами излечены слюнные свищи самой железы прижиганием кристаллами азотно-кислого серебра (5 случаев). Когда свищи не поддавались излечению прижиганием, они оперировались по способу Сапожкова (см. рис. № 357—358), который и в наших случаях всегда давал хорошие результаты (см. рис. № 359—360).



Рис. 359.



Рис. 360.

ДЕФОРМАЦИЯ УШЕЙ. СКЛАДЫВАЮЩИЕСЯ УШИ.

Они обусловлены ненормальной мягкостью ушного хряща, который не в состоянии удержать ухо в натянутом состоянии, так что задне-верхний ютдел его перегибается кпереди (см. рис. № 361). Если складывающееся ухо имеет нормальную складчатость, то для коррекции достаточно два параллельных разреза на задней поверхности ушной раковины через переходную складку на стенку сосцевидного отростка по направлению снизу спереди кзади кверху. Лежащий между этими разрезами лоскут отделяется, подтягивается кверху и сшивается матрацными швами в вертикальном направлении. Образовавшаяся дубликатура кожи иссекается лишь по окончании рубцования (см. рис. № 362). Наш случай, оперированный этим способом, дал хороший результат (см. рис. № 363).



Рис. 361.

ДЕФЕКТЫ УХА.

Больной М-к, 27 лет, поступил в клинику с дефектом верхнего ютдела правого уха, последовавшим после откуса хряща уха товарищем в нетрезвом состоянии (см. рис. № 364). В верхнем отделе раковины осталась сморщенная кожа после заживления раны.

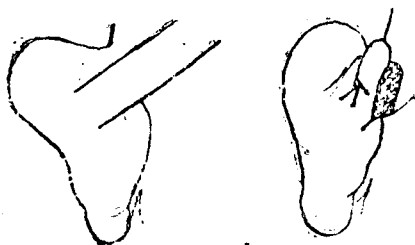


Рис. 362.



Рис. 363.

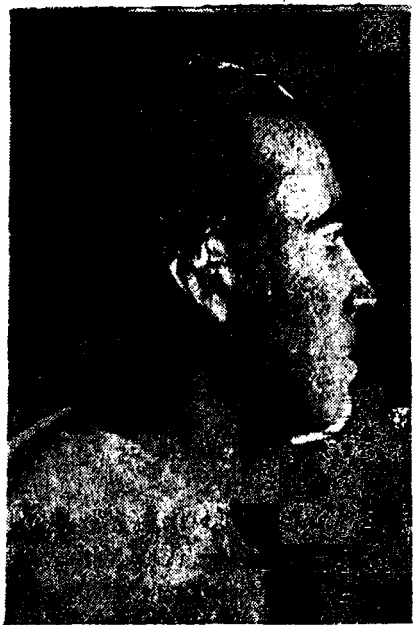


Рис. 364.



Рис. 365

Для восстановления утраченной части уха пришлось образовать круглый лоскут за ухом.

Операция: 12/X—1938 года. Послеоперационное течение гладкое; заживление первичное. 11/XI нижний конец лоскута отсечен и вшит в разрез среднего отдела раковины; приживление первичное. 19/XI—верхний конец лоскута отсечен и вшит вместо дефекта уха. Приживление первичное. 6/XII край дефекта освобожден от рубцовых тканей, затем лоскут с нижней стороны продольным разрезом рассечен на две губы, которые спереди и сзади сшиты с краями дефекта уха; после окончательного заживления раны в лоскут вставлен реберный хрящ для выпрямления краев верхнего отдела раковины. После операции верхний край уха принял хороший вид (см. рис. № 365). Случай был оперирован по Ш т е т т е р у.

КИСТЫ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кисты слюнных желез распадаются на эпителиальные и паразитарные. Они встречаются исключительно в околоушной железе. Эпителиальные кисты развиваются медленно в виде круглых эластичных опухолей. Содержимое этих кист бывает прозрачное и се-



Рис. 366.



Рис. 367.

розное, иногда содержит в себе роданистый калий или тиалин. Диагноз ставится на основании пробного прокола кисты.

В нашем случае киста образовалась вследствие закупорки протока и, быстро развившись, заняла почти всю область околоушной железы (см. рис. № 366). Опухоль наощупь эластичная, с гладкой поверхностью и безболезненная. После опорожнения содержимого кисты последняя целиком была удалена, и рана была оставлена открытой ввиду закупорки протока. Выделение слюны было настолько обильное, что больной вынужден был пользоваться большими полотенцами и днем и ночью почти не расставался с ними. Для отвода наружного свища внутрь был создан троакарным искусственный выводной проток в косом направлении (насквозь через железу и щеку. После удаления мандрена в троакар ввели резиновый дренаж и закрепили его у угла рта, а другой конец с надрезом был погружен в толщу железы (см. рис. № 367). Таким образом дренаж оставался внутри железы в течение 4-х недель. По истечении этого срока дренаж был удален. За это время новый канал эпителизировался и свищ был отведен в рот. Наружный свищ был закрыт по способу Сапожкова. Больной вышел с хорошим результатом.

ПОЛНОЕ ПЛАСТИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ МУЖСКОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, СПОСОБНОГО К СОВОКУПЛЕНИЮ

Penipeastica totalis

Прежде чем перейти к описанию приобретенных дефектов полового члена после повреждения и болезненных процессов, коснемся случаев порока развития мочеиспускательного канала, прошедших через нашу клинику.

ЭПИСПАДИЯ

Вся уретра располагается на тыльной поверхности полового члена, а верхняя уретра недоразвита. Эписпадия встречается реже гипоспадии. Различают эписпадию головки члена и полную эписпадию.

Наблюдаемый нами случай эписпадии является полной, отверстие уретры расположено в углу, образуемом членом и передней поверхностью живота. (см. рис. № 368). Для того, чтобы увидеть отверстие уретры, следует стянуть половой член книзу (см. рис. № 369).

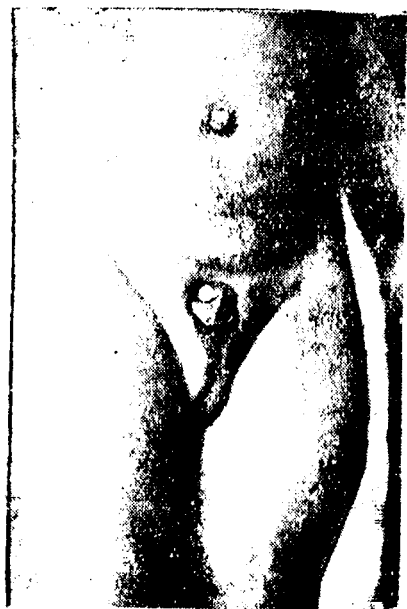


Рис. 368.



Рис. 369.

ГИПОСПАДИЯ

При этом пороке наружное отверстие уретры расположено где-либо на нижней поверхности полового члена. Различают гипоспадию головки, на протяжении висячей части полового члена и на промежности. У нашего больного она была расположена на головке члена. Сама головка деформирована (см. рис. № 370). Лечение состоит в восстановлении новой уретры.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРИОБРЕТЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

В хирургической литературе приобретенные частичные и полные дефекты полового члена и восстановление их, кроме Богораза, никем не отмечалось. Полное восстановление полового члена серьезная, крайне трудная и ответственная задача. Восстановить половой член возможно только в том случае, если сохранен полностью его гормональный аппарат и стремление к половому акту. У таких больных нередко наблюдаются поллюции с оргазмом и выбрасыванием семени. Необходимым условием для восстановления полового члена является не только ценность гормонального аппарата, но и остатка пещеристых тел, либо в корне полового члена над лобком, либо на промежности.



Рис. 370.

Случай 1-й. Больной С-м; 20 лет, приезжий из района. На корне полового члена появилась небольшая язва, постепенно стала увеличиваться, углубляться и, наконец, половой член у самого края совершенно отпал. Получив впоследствии специфическое противолужостическое лечение, поступил в клинику для пластической операции. Половой член совершенно отсутствовал (см. рис. № 371); на месте его имелось воронкообразное углубление в 1½ см., окруженное венчиком кожи; мочеиспускание совершалось с большим напряжением, ввиду рубцового сужения оставшейся части канала. Во время мочеиспускания больной обливал мочей кальсоны, брюки, был чрезвычайно удручен своим состоянием и решил, во что бы ни стало, восстановить утраченный орган. У больного по ночам появлялось возбуждение с поллюциями, и невозможность удовлетворения полового чувства заставляла зани-



Рис. 371.



Рис. 372.

маться мастурбацией, заканчивавшейся оргазмом и выбрасыванием семени. Мы сначала приготовили филатовский лоскут на левой стороне живота, толщина лоскута соответствовала диаметру остатка ковернозного тела, а длина его составляла 15 см. Во время организации филатовского лоскута мы не включили в лоскут реберный хрящ, как это сделал проф. Богораз, оставив это на последний этап операции т. е. на время после окончательного формирования полового члена. (На заживление раны лоскута на животе потребовалось около одного месяца (27 дней). Затем последовало воспитание лоскута, т. е. около двух недель производилась ежедневная перетяжка тонкой резиновой трубкой верхнего конца лоскута на сроки от 15 м. до 1 1/2 часа и до 3-х часов. Когда лоскут при продолжительной перетяжке перестал синеть, верхний конец его был отрезан и опущен к месту остатков корня полового члена, где в глубокой воронке был отсепарован и освежен остаток пещеристого тела; корень полового члена был выведен в рану и затем кетгутовыми швами поверхность пещеристых тел была тщательно соединена с клетчаткой поверхности разреза лоскута в центре и по краям; лоскут сшит с корнем полового члена (см. рис. № 372), ясно видно отверстие уретры больного на нижней поверхности у основания лоскута.

Через 25 дней после заживления раны (и воспитания) верхнего конца лоскута, последний отсечен от живота, и конец его наглу-



Рис. 373.



Рис. 374.

хо защит (см. рис. № 373—374). Спустя некоторое время после операции больной заявил, что при напряжении остатка пещеристых тел во время полового возбуждения вновь образованный половой член также напрягается, образуя одно общее твердое тело; окончательно оформленный половой член виден на рис. № 375: он очень напоминает естественный человеческий член.

Образование уретры произведено из кожи мошонки; на боковых сторонах члена было сделано по разрезу вдоль всего члена и кожа отсепарована на $1\frac{1}{2}$ см. То же самое было сделано на коже мошонки в растянутом состоянии. Эти разрезы кожи полового члена и мошонки сшиты между собою. На заживление, пошло около 3-х недель. После заживления раны раз-



Рис 375.

резом на коже мошонки на 3 см., отходя от первых разрезов, был очерчен и разрезан весь лоскут и отделен от мошонки вместе с нижней поверхностью долового члена. Края разреза по нижней поверхности члена соединены швами. Получилась уретра, не достигающая до конца полового члена. При мочеиспускании моча больше не обливает одежды (см. рис. № 376).

Необходимо отметить одно обстоятельство, что спустя около 6 месяцев после восстановления полового члена происходит невротизация кожи и чувствительность полностью восстанавливается. Остаток пещеристых тел больного до операции, далеко уходящий воронкой в глубину, во время эрекции вместе с покрывающими его складками вытягивается, как на нормальном половом члене, поверхность его краснеет и делается на всем протяжении теплым. Хрящ не был включен в лоскут, т. к. эрекция происходила вполне удовлетворительно.

Случай 2-й. Больной К-в., 38 лет, поступил в клинику по поводу отсутствия полового члена. Больной утратил половой член во время гражданской войны после огнестрельного ранения. От полового члена остался один кожный венчик, в глубине которого зияло мочеиспускательное отверстие, у б-го отсутствовало правое яичко. Справа в области мошонки имеются обширные стягивающие рубцы (см. рис. № 377).



Рис. 376.



Рис. 377.

Операция: 10/X—1937 года под местной анестезией на левой стороне живота приготовлен круглый лоскут, на заживление которого ушло 23 дня. Начиная с 4/XI стали воспитывать лоскут перетяжкой резиновой трубкой до 3-х часов. Затем верхний конец отрезан и вшит в остаток кавернозного тела; приживление первичное. 9/XII нижний конец лоскута на животе отрезан; раневая поверхность лоскута закрыта узловыми швами (см. рис. № 378—379). Через некоторое время из мошонки создана уретра предыдущим способом (см. рис. № 380—381). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное.

Пластическая операция восстановления полового члена была завершена без включения хряща по той причине, что обильное развитие кровеносных сосудов и достаточное кровонаполнение искусственного полового члена создают благоприятные условия для происхождения эрекции.

Случай 3-й. Ран. больной К-ц., 25 лет; поступил в госпиталь в 1942 году по поводу дефекта полового члена, образовавшегося после огнестрельного ранения. От полового члена остались только головка, висящая на коже кавернозного тела, и кожный венчик (см. рис. № 382). У 6-го. яичко вследствие большой травмы было удалено.

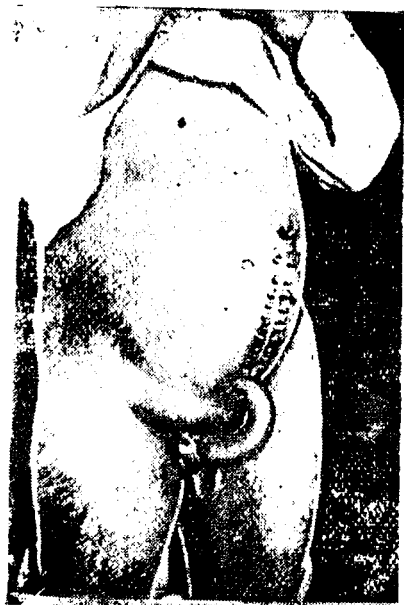


Рис. 378.



Рис. 379.



Рис. 380.

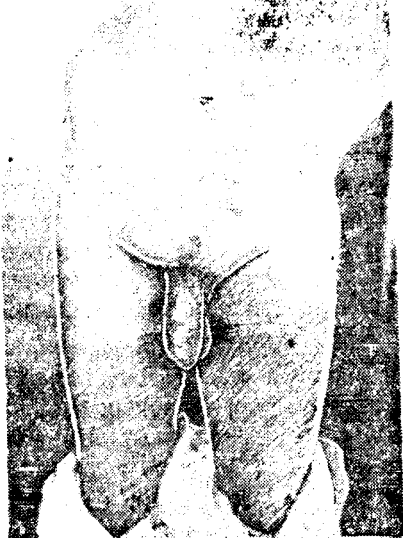


Рис. 381.



Рис. 382.



Рис. 383.

Операция: 28/III—42г. под местной анестезией приготовлен круглый лоскут на правой стороне живота. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Лоскут воспитывается до 3-х часов. 13/V—верхний конец лоскута отрезан и вшит в освеженную поверхность кавернозного тела; приживление первичное. 23/VI нижний конец лоскута на животе отрезан и закрыт узловатыми швами (см. рис. № 383—384). Уретра не была создана больному, ввиду отъезда его на родину. Таким образом в течение нескольких месяцев удалось создать путем пластических операций активно функционирующий половой орган.



Рис. 384.

ОБШИРНЫЕ РАЗРУШЕНИЯ МЯГКИХ И КОСТНЫХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Глухой шов на гранулирующие раны и кожи лица.

Ранняя пластика.

Глухой шов на гранулирующие раны делается с целью сокращения сроков пребывания ран. больных в госпиталях, с одной стороны, и сокращения сроков лечения на несколько месяцев, с другой. Метод глухого шва не новый, но он до сих пор почти никем не применялся. При обширных ранах этот метод напрашивается сам по себе, т. к. оставление обширной раны до образования больших дефектов с рубцовоизмененными краями создают большие функциональные расстройства и резко ограничивают движения челюстей после заживления ран. В большинстве случаев обширная раневая поверхность образовывается за счет расхождения кожных покровов и подлежащих мягких тканей после ранения, а иногда и от потери большого участка кожи и мягких тканей (см. ниже). Мы имеем в своем распоряжении много случаев обширных раневых поверхностей, после ранения разрывными пулями и осколками; приводим истории болезней этих ран. больных.

Случай 1-й. Ран. больной Т.-в., поступил в госпиталь в 1942 году, после обширного ранения левой половины лица разрывной пулей. Дно раны сообщается с ротовой полостью. Разрушена



Рис. 385.



Рис. 386.

также верхняя челюсть, скуловая кость, а Гайморовы полости разрушены совершенно (см. рис. № 385—386). Раненый 29/X—42 г., поступил в госпиталь 15/XI—42 г., т. е. на 17 день после ранения. Раневая поверхность была покрыта вялой грануляцией, в некоторых местах имелись некротические участки, свободно болтающиеся костные фрагменты; имелся перелом нижней челюсти.

О п е р а ц и я: 24/XI, после промывания поливалентным пиофагом, удаления некротических тканей и свободных костных осколков в ране, кетгутовыми швами сближены края раны мягких тканей до их соприкосновения, не повреждая при этом гранулирующих поверхностей раны; затем освежены края кожной раны (см. рис. № 387—388—389—390), наложены глухие шелковые швы и для уменьшения натяжения кожи дополнительно наложены швы с пуговицами. Переливание 500.0 консервированной крови. После операции положена сухая асептическая повязка, которая снята на 6-й день, рана чистая, только в одном углу раны под глазом имеется незначительное выделение, которое скоро прошло. Через 15—20 дней рана зажила гладко и при нормальной температуре. Рот открывался хорошо. Нижние и верхние веки несколько отечны; и это скоро прошло. Через месяц лицо приняло почти нор-

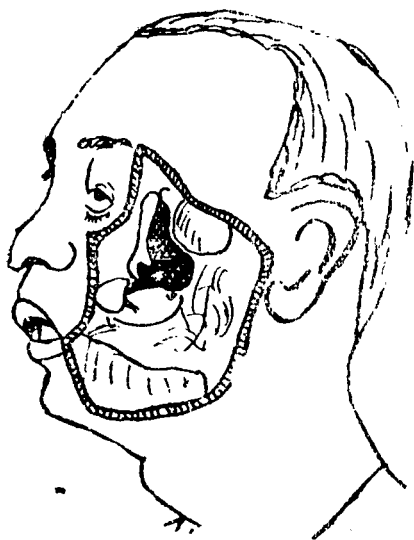


Рис. 387.

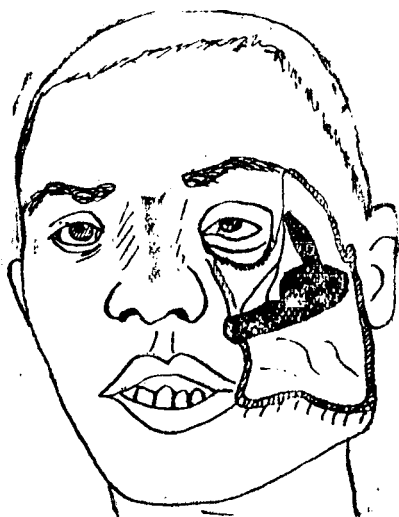


Рис. 388.



Рис. 389.

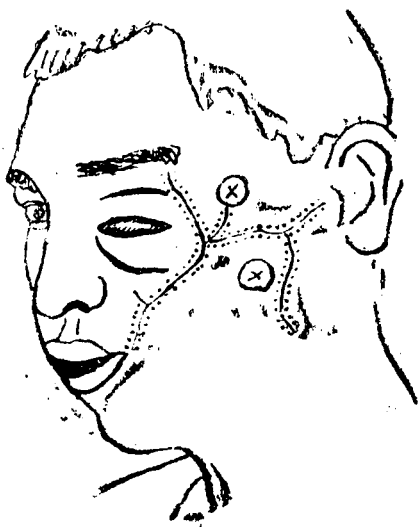


Рис. 390.

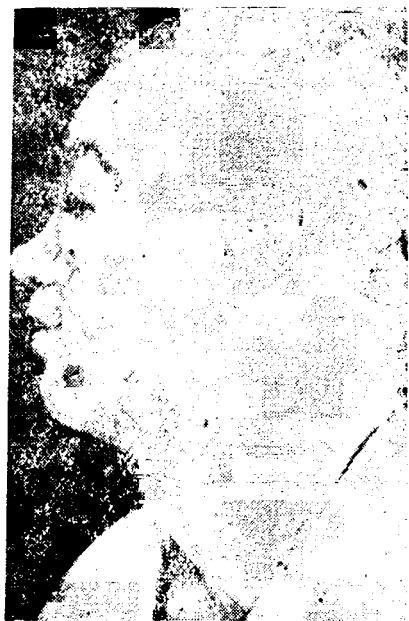


Рис. 391а.



Рис. 391б.

мальный вид; рубцы сгладились (см. рис. № 391 а.—391 б). Через день больному делалось внутривенное вливание 1% раствора белого стрептоцида по 50.0. Операция произведена под местной анестезией 2% новокаина.

Случай 2-й. Ран. больной (С-в., поступил в госпиталь в 1942 году после обширного ранения разрывной пулей левой половины лица, сообщающейся с ротовой полостью; имеется перелом нижней челюсти. Верхняя челюсть разрушена в области альвеолярного отростка и Гайморовой полости (см. рис. № 392). Больной ранен 2/XI—42., поступил в госпиталь 13/XI—42 г.

О п е р а ц и я: 24/XI, удалены некротические ткани и костные осколки; рана промыта поливалентным пирогеном. На перелом челюсти наложена шина с эластической тягой. Под местной анестезией кетгутowymi швами обшита края мягких тканей до их соприкосновения, затем освежены края кожной раны (см. рис. № 393), и последняя наглухо зашита шелковыми швами. В нижнем углу раны выкроен кожный лоскут для закрытия дефекта приротовой области (рис. № 394—395). Послеоперационное течение гладкое, заживление местами вторичное, преимущественно там, где рана сообщалась с ротовой полостью. Повязка снята на 6-й день. Рана чистая, но в нижнем углу имеется нагноение, иду-



Рис. 392.



Рис. 393.

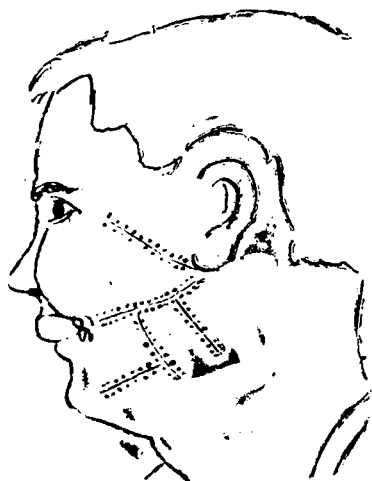


Рис. 394.



Рис. 395.



Рис. 396.



Рис. 397.



Рис. 398

щее из полости рта. На 15—20 день рана зажила хорошо, лоскут прижил первично. Рот открывается достаточно, лицо приняло лучший вид (см. рис. № 396).

Случай 3-й. Ран. больной Я-о., поступил в госпиталь в 1942г. после обширного ранения разрывной пулей левой приротовой и подчелюстной областей. Рана гранулирующая; шинирован по поводу перелома нижней челюсти, обнаженный участок которой виден на дне раны. Ранен 2/X—42г., поступил в госпиталь 14/X (см. рис. № 397—398).

19/X—42г. рана очищена от костных осколков и некротических тканей, промыта поливалентным пеофагом; края мягких тканей сближены кетгутовыми швами до соприкосновения. Затем освежены



Рис. 399.

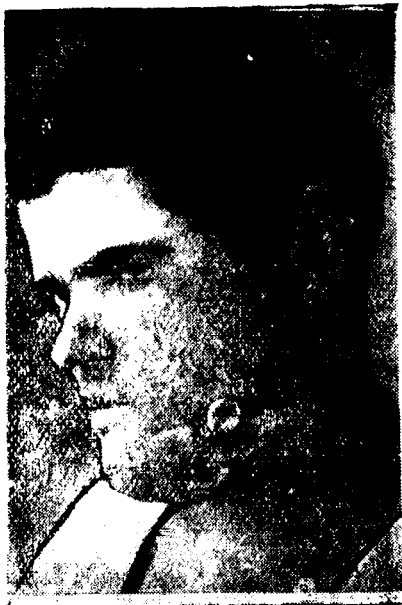


Рис. 400.

края кожной раны, и последняя наглухо зашита шелковыми швами и дополнительно матрацным швом с пуговищами (см. рис. № 399—400—401). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Через 15—18 дней рана зажила гладко; раскрытие рта достаточное (см. рис. № 402).

Случай 4-й. Ран. больной Г-б., 19 лет, поступил в госпиталь в 1942 году после ранения разрывной пулей в правую щеку; рана сквозная, с неровными краями. Рот открывает хорошо. Имеется повреждение верхней челюсти. Рана покрыта хорошей грануляцией, выделение незначительное (см. рис. № 403). Ранен 16/XI—42г. поступил в госпиталь 24/XI.

О п е р а ц и я : 27/XI, под местной анестезией рана очищена от выделений, некротических тканей, промыта поливалентным пиофагом, мягкие ткани сближены кетгутовыми швами. Затем края кожной ра-



Рис. 401.



Рис. 402.



Рис. 403.

ны освежены, и рана наглухо закрыта шелковыми швами (см. рис. № 404—405). Послеоперационное течение гладкое; местами заживление вторичное; через 18 дней рана покрылась нежным рубцом. Рот открывается хорошо. Лицо приняло довольно хороший вид (см. рис. № 406).

Случай 5-й. Ран. больной М.-в., 17/XI—42 г., поступил в госпиталь после обширного ранения 8/XI—42 г., правой щеки и под-



Рис. 404.

челюстной области разрывной пулей. Края раны неровные, имеется сообщение с полостью рта; угол рта также разрушен. Слюнотечение обильное. Рана первично была обработана на предыдущем этапе лечения. Имеется множественный перелом нижней челюсти, поверхность раны покрыта вялой грануляцией (см. рис. № 407—408).

О п е р а ц и я : 27/—42 г. Под местной анестезией рана очищена от некротических тканей, костных осколков, промыта поливалентным пиофагом, слизистая наглухо зашита узловыми шелковыми швами, а

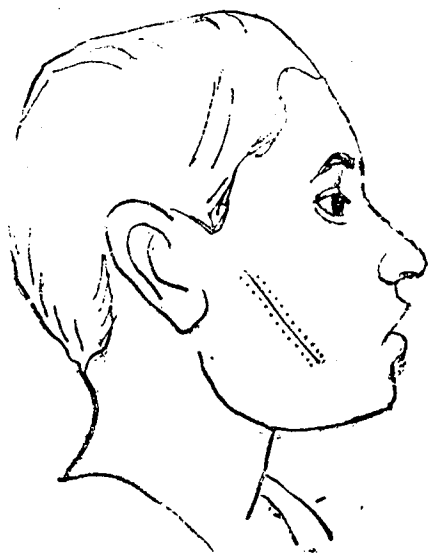


Рис. 405.



Рис. 406.



Рис. 407.



Рис 408.



Рис. 409.

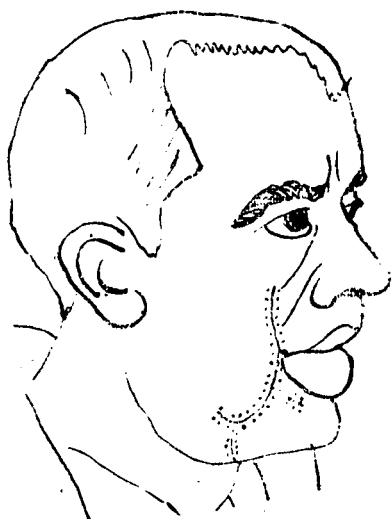


Рис. 410.

кожная рана после освежения краев защита наглухо (см. рис. № 409—410).

Послеоперационное течение гладкое, заживление местами вторичное. Неправильное срастание перелома нижней челюсти местами потребовало остеотомии челюсти для правильного шинирования.

После обработки раны и окончательного заживления лицо приняло лучший вид (см. рис. № 411—412).

Случай 6-й. Ран. больной Б-в., поступил в госпиталь 17/XII—42 г. по поводу обширного ранения разрывной пулей левой половины лица с повреждением челюсти 14/XII—42 г. Рана сообщается с полостью рта. Слюнотечение обильное. Края раны неровные, покрыты вялой грануляцией и местами имеются некротические участки. Перелом нижней челюсти в трех местах. Больной срочно шинирован (см. рис. № 413—414).

Операция: 25/XII—42 г. Под местной анестезией рана очищена от некротических тканей, костных



Рис. 411



Рис. 412.



Рис. 413.

осколков, и промыта поливалентным пеофагом. Слизистая оболочка после освежения краев раны наглухо зашита шелковыми швами. Затем края кожной раны также освежены и наглухо зашиты (см. рис № 415—416). После операции перелито 500,0 консервированной крови; назначено через день внутривенное вливание 1% белого стрептоцида. Через 15—16 дней состояние раны резко улучшилось и она покрылась нежным рубцом. Заживление переломов нижней челюсти несколько затянулось, вследствие образования остеомиелического процесса (см. рис. № 417—418).

Случай 7-й. Рак. больной Б-в., 36 лет, поступил в госпиталь 5/X—42г. по поводу обширного огнестрельного ранения разрывной пулей нижней губы, подбородочной и подчелюстной областей. Рана с неровными краями и сообщается с



Рис. 414

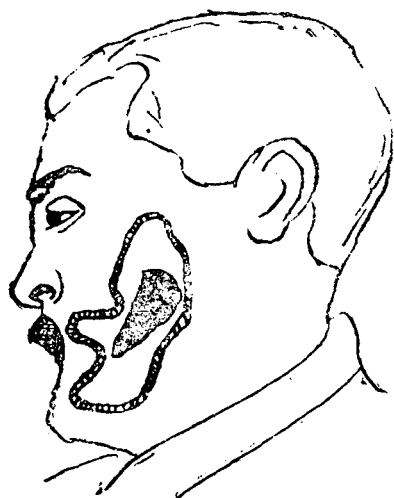


Рис. 415.

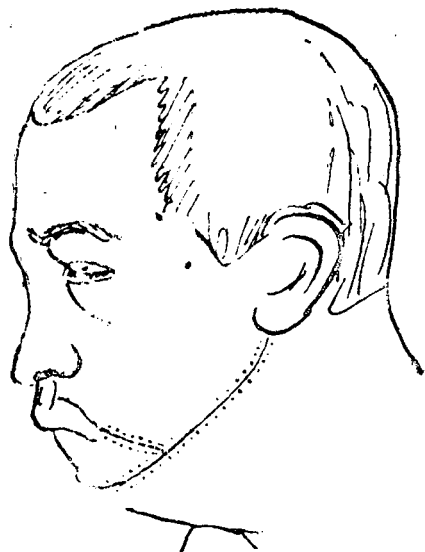


Рис. 416.



Рис. 417.



Рис. 418.



Рис. 419.



Рис. 420.

полостью рта; костный скелет нижней челюсти совершенно разрушен и шинированию не поддается. Слюнотечение непрерывное (см. рис. № 419—420).

Операция: 9/X, под местной анестезией рана очищена от некротических тканей, костных осколков и промыта поливалент-



Рис. 421.



Рис. 422.

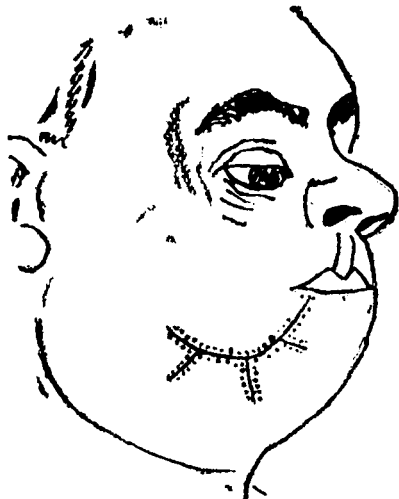


Рис. 423.

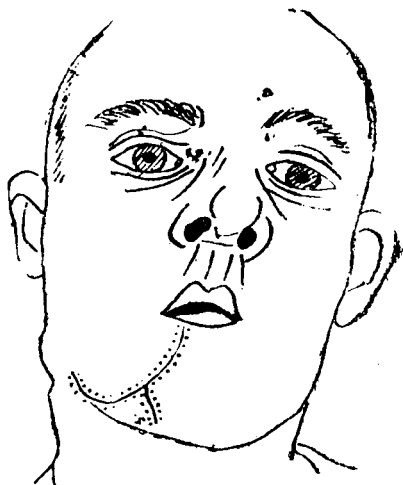


Рис. 424.

ным пиофагом. Слизистая оболочка зашита шелковыми швами наглухо, после освежения. Затем края кожной раны освежены и наглухо зашиты (см. рис. № 421—422). По окончании операции перелито 500,0 консервированной крови. Послеопера-



Рис. 425.



Рис. 426.

донное течение гладкое. Заживление первичное; только в нижнем углу получилось нагноение, вскоре ликвидированное (см. рис. № 423—424). Спустя 18—20 дней после операции, рана зажила окончательно, и лицо приняло лучший вид (см. рис. № 425—426).

Случай 8-й. Ран. больной Н-ко., поступил в госпиталь 15/XII—42г. по поводу обширного огнестрельного ранения разрывной пулей в области нижней губы, подбородка и подчелюстной области слева, последовавшего 5/XII. Слюнотечение непрерывное. Края раны неровные, имеются местами некротические участки, костные осколки. Рана сквозная. Костный скелет нижней челюсти совершенно разрушен (см. рис. № 427—428). Челюсть временно шинирована для оформления нижней губы и подбородочной области.

О п е р а ц и я : 15/XII, под местной анестезией рана очищена от некротических тканей и костных осколков, промыта поливалентным пиофагом, края слизистой освежены и сшиты наглухо шелковыми швами (см. рис. № 429—430). Затем края кожной раны также освежены и зашиты наглухо шелковыми швами (см. рис. № 431). Послеоперационное течение гладкое, заживление местами вторичное. Спустя 20 дней рана зажила окончательно, и лицо приняло лучший вид (см. рис. № 432).



Рис. 427.



Рис. 428.



Рис. 429.

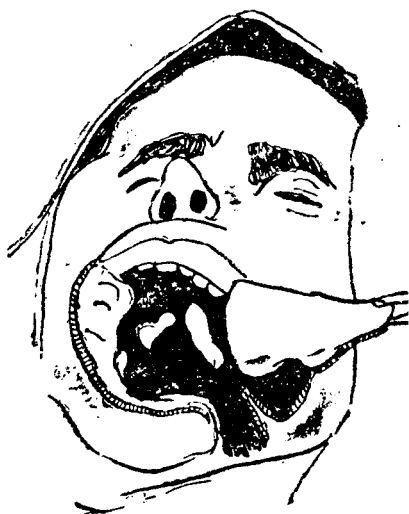


Рис. 430.



Рис. 431.

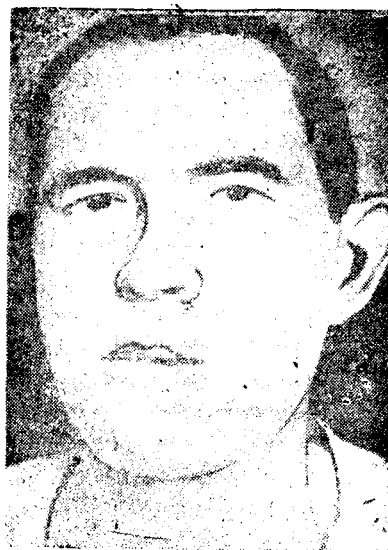


Рис. 432.

Случай 9-й. Ран. больной И-н., 4/XII—42г. поступил в госпиталь по поводу огнестрельного ранения правой щеки разрывной пулей 27/XI—42г. Рана глубокая, чистая с ровными краями и покрыта розовой грануляционной тканью (см. рис. № 433).

Операция: 11/XII, под местной анестезией сближены мягкие ткани вокруг раны кетгутовыми швами до соприкосновения, затем края кожной раны освежены и наглухо зашиты шелковыми швами (см. рис. № 434—435). Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичное. Через 16—18 дней рана окончательно зажила, образовав нежный рубец (см. рис. № 436).



Рис. 433.

Случай 10-й. Ран. больной Е-г., 15/XII—42г. поступил в госпиталь по поводу огнестрельного ранения правой щеки 27/XI—42 г.; рана глубокая, с ровными краями и с полостью рта не сообщается. Рана покрыта розовой грануляцией (см. рис. № 437).

Операция. Под местной анестезией 15/XII мягкие ткани сближены кетгутовыми швами. Затем края кожной раны освежены и наглухо зашиты шелковыми швами (см. рис. № 438—439).



Рис. 434.



Рис. 435.



Рис. 436.



Рис. 437.

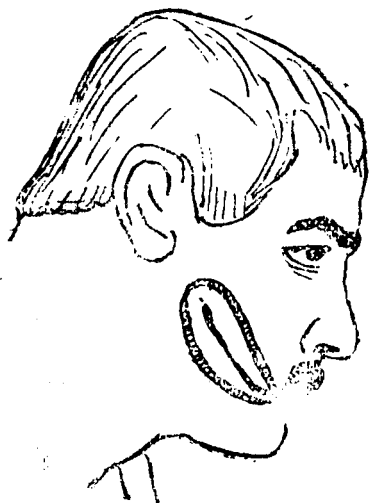


Рис. 438.



Рис. 439.



Рис. 440.



Рис. 441.

Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Через некоторое время рана зажила окончательно, покрывшись нежным рубцом (см. рис. № 440).

Случай 11-й. Ран. больной У-к., 18 лет, 19/X—42г. поступил в госпиталь по поводу огнестрельного ранения правой подчелюстной области (разрывной пулей 11/X—42г. Рана с неровными краями и сообщается с полостью рта; слюнотечение непрерывное (см. рис. № 441). Имеется перелом нижней челюсти в двух местах. На челюсти наложены шины. Рана покрыта вялой грануляцией.

Операция. 20/X, под местной анестезией рана очищена от некротических тканей, костных осколков и промыта поливалентным пеофагом; мягкие ткани раны сближены кетгутовыми швами, затем освежены края кожной раны и наглухо защищены (см. рис. № 442—443). Послеоперационное течение гладкое, заживление местами вторичное; после окончательного заживления раны подчелюстная область приняла лучший вид. (см. рис. № 444).

Случай 12-й. Ран. больной Д-д., поступил в госпиталь 26/XI—42г. по поводу обширного огнестрельного ранения правой щеки 10/XI разрывной пулей. Рана сообщается с полостью рта. Имеет-



Рис. 442.

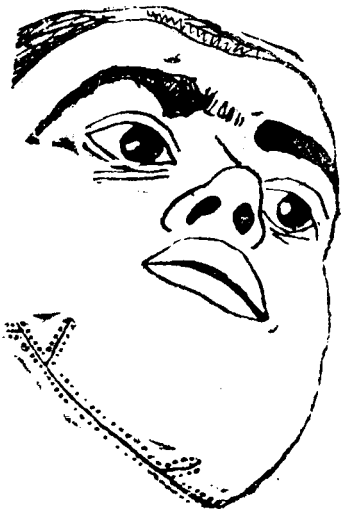


Рис. 443.

ся перелом нижней челюсти, которая шинирована. Края раны неровные. Слюнотечение непрерывное (см. рис. № 445—446).

О п е р а ц и я: 26/XI, под местной анестезией рана очищена от некротических тканей, костных осколков и промыта поливалентным пиофагом, затем мягкие ткани кетгутовыми швами сближены до соприкосновения; края кожной раны освежены и зашиты наглухо шелковыми швами. Послеоперационное течение гладкое, заживление местами вторичное. Спустя дней 18—20 рана окончательно зажила, и лицо приняло лучший вид (см. рис. № 447).

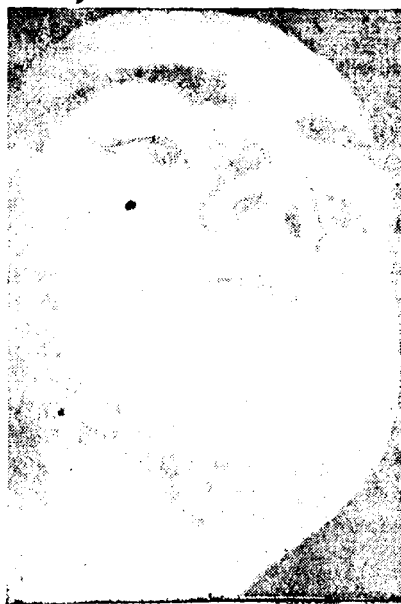


Рис. 444.

Случай 13-й. Ран. больной С-в., поступил в госпиталь 13/XII—42 г. по поводу обширного огнестрельного ранения лица в области уха; околоушной железы и виска справа. Ранен 3/XII разрывной пулей. Рана покрыта розовой грануляцией (см. рис. № 448—449). Шинирован по поводу перелома нижней челюсти.

О п е р а ц и я: 19/XII—42 г. Под местной анестезией рана очищена

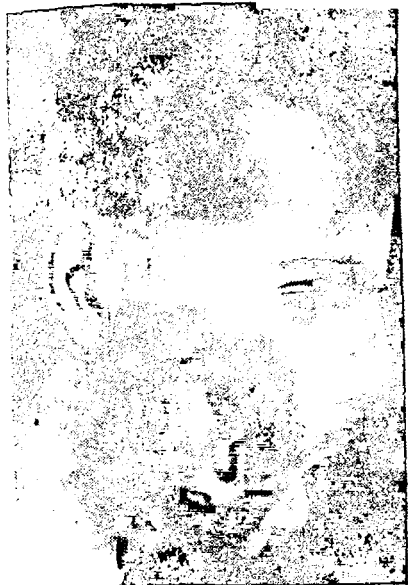


Рис. 445.

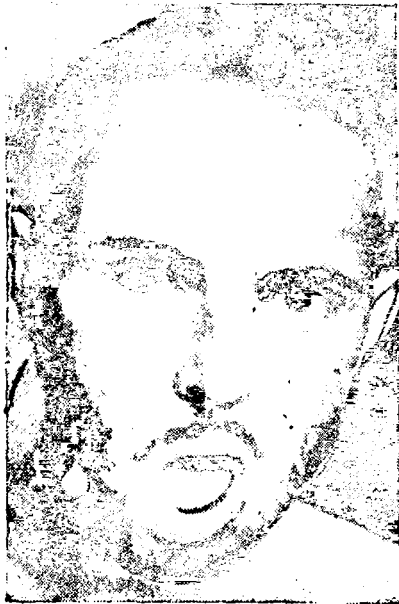


Рис. 446.



Рис. 447а.

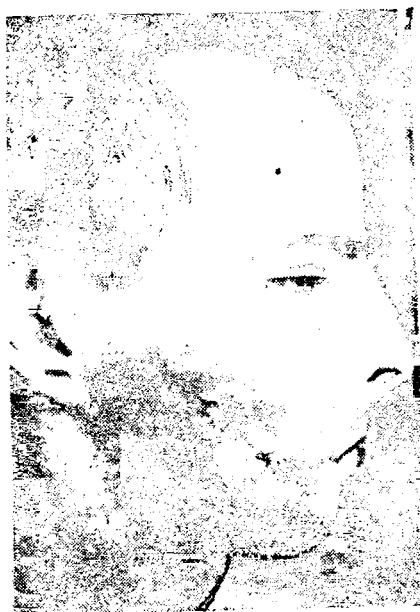


Рис. 447б.



Рис. 448.



Рис. 449.

промыванием поливалентным пиофагом; затем края мягких тканей сближены кетгутовыми швами до их соприкосновения. Края кожи освежены и наглухо защищены (см. рис. № 450—451). Послеоперационное течение гладкое, заживление местами вторичное. После окончательного заживления раны, лицо приняло лучший вид (см. рис. № 452).

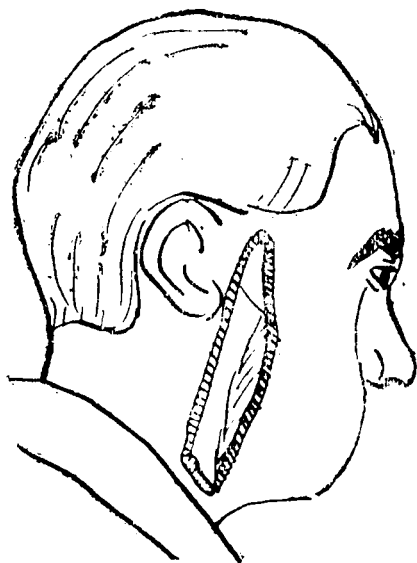


Рис. 450.

Случай 14-й. Ран. больной Ч.в., 20 лет, поступил в госпиталь 27/IX—42г. по поводу огнестрельного ранения правой приротовой области 22/IX—42г. Рана сквозная; слюнотечение непрерывное. Имеется перелом нижней челюсти, по поводу которого наложена шина с эластической тягой (см. рис. № 453).

Операция: 9/X—42г. Под местной анестезией кетгутовыми швами мягкие ткани вокруг раны сближены до соприкосновения ее

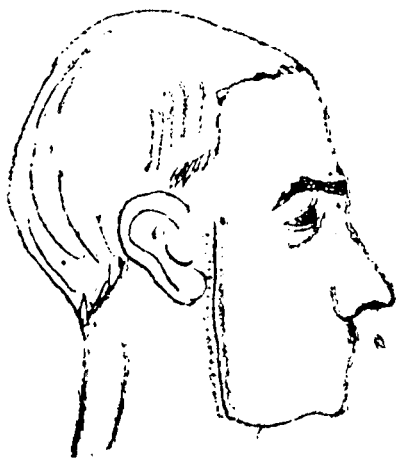


Рис. 451.



Рис. 452.



Рис. 453.



Рис. 454.



Рис. 455.



Рис. 456.

затем края кожной раны освежены и наглухо защищены шелковыми швами (см. рис. № 454—455). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Спустя 18—20 дней рана зажила окончательно гладким рубцом (см. рис. № 456).



Рис. 457.

Случай 15-й. Ран. больной С.-р., поступил в госпиталь 19/X—42г. по поводу обширного огнестрельного ранения лица справа 2/X—42г. разрывной пулей. Края раны ровные, с ротовой полостью не сообщаются, и околушная железа не повреждена (см. рис. № 457).

Операция: 19/X—42 г. Под местной анестезией очищена рана от некротических тканей, края кожной раны освежены (см. рис. № 458). и шелковыми швами наглухо сшиты (см. рис. № 459). Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Через 18—20 дней рана окончательно зажила с образованием линейного кожного рубца (см. рис. № 460).

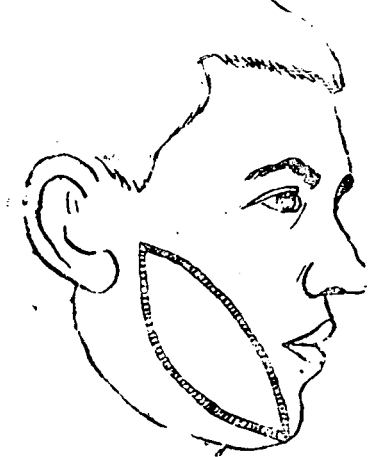


Рис. 453.

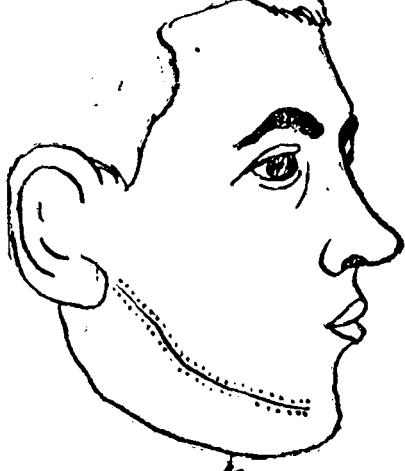


Рис. 459.

Случай 16-й. Ран. больной Г-в., 20 лет, поступил в госпиталь 28/XII—42 г. по поводу обширного огнестрельного ранения всего лица и обеих челюстей. Ранен 13/XII—42 г. осколками мины во время перевязки на передовой позиции раненого командира. Лицо представляло «открытую книгу». От нижней челюсти остались только восходящие ветви, а от верхней челюсти только скуловые отростки (см. рис. № 461); язык не пострадал; при перемещении больного с одного бока на другой мягкие ткани лица переливались.

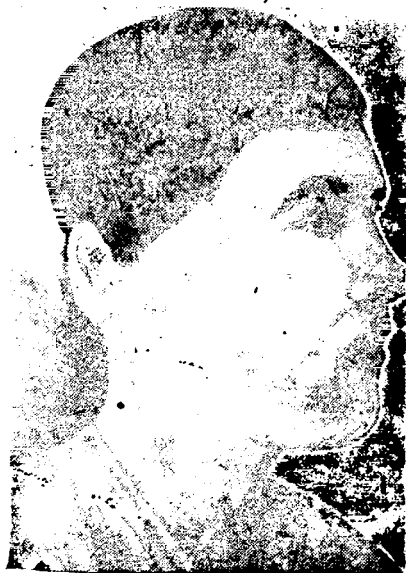


Рис. 460.



Рис. 461.



Рис. 462.



Рис. 463.

О п е р а ц и я: 29/XII—42 г. Под местной анестезией очищена рана от некротических тканей, костных осколков, и промыта по-

ливалентным пиофагом, и освежены края мягких и кожных тканей (см. рис. № 462). Предварительно изготовлен скелет верхней и нижней челюстей из алюмин. пластинки, который фиксирован с остатками нижней челюсти, а затем мягкие ткани и кожа защищены шелковыми швами наглухо (см. рис. № 463—464). Послеоперационное течение гладкое, заживление местами вторичное. Через 20—30 дней рана окончательно зажила; выделения в полости рта прекратились; речь стала ясной; спустя два месяца больной совершенно поправился и самостоятельно стал ходить, кушать (см. рис. № 465-а,—465-б).

Заканчивая описание вторичных обработок обширных ранений лица огнестрельного происхождения, не-



Рис. 464.



Рис. 465а.



Рис. 465б.

обходимо остановиться на некоторых существенных моментах. Во первых, все повреждения лица были первично обработаны на предыдущих этапах эвакуации, но через некоторое время раны инфицировались, и швы разошлись. Раненые больные в госпиталь поступали с обильными выделениями в ранах.

Во-вторых, обработанные вторично раны спустя 9—10—11—16—17, 22 и 25 дней после ранения сокращают срок пребывания ран. больных в госпиталях на 5—6 месяцев и на такой же срок их лечение.

Такого рода обширные дефекты лица, необработанные вторично, требуют длительного последующего лечения в специальных стационарах тыла при помощи хирургических, протетических и комбинированных методов восстановления лица и челюстей. Основным условием правильной помощи при ранениях лица и челюсти является, по возможности, полное анатомическое, функциональное и косметическое восстановление разрушения с целью возможно более быстрого возвращения раненому его боеспособности и трудоспособности, и это составляет конечную цель врачебной помощи. Лексер говорит, что техника операции на лице руководствуется, главным образом, косметическим результатом,

который при пластических операциях является главной и часто единственной целью вмешательства; к обязательным условиям, от которых в сущности зависит хороший результат пластической операции на лице, относятся: художественное понимание человеческих форм, гладкие разрезы при образовании пластических лоскутов, асептика, основательная остановка кровотечения и, наконец, точное соблюдение анатомических условий.

Почти во всех наших случаях, применялись большие дозы переливания крови—400, 0—500, 0 и вливание 1% раствора белого стрептоцида 50,0—через день. Переливание производилось им до операции или во время операции. Повторяли переливание крови по состоянию ран больного. При обширных ранах в области нижней губы, подбородочной области и нижней челюсти, имеющих сообщение с полостью рта, наблюдается потеря большого количества жидкости, которая обезвоживает раненого, усиливает чувство жажды и затрудняет борьбу организма с инфекцией. При этих же обширных ранах наблюдается обильное гноеотделение, которое может аспирироваться в дыхательный аппарат и вызвать аспирационную пневмонию, могущую перейти в абсцесс и гангрену легких. Своевременная фиксация переломов челюсти и вторичная обработка сквозных ранений (глухие швы) могут предупредить аспирационные пневмонии и усилить борьбу организма с инфекцией, в этом заключается неоценимая заслуга глухих швов на гранулирующие раны лица; мы в этом убедились на нашем материале. Производя вторичную обработку ран, тем самым мы делали раннюю пластику, т. е. восстанавливали функцию, анатомический образ и косметику жевательного аппарата в целом.

ОЖОГ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ

В одном из наших случаев деформация кисти и пальцев левой руки произошла в результате заживления ожоговой раны. У девочки 6 лет, вся кисть была охвачена мощными плотными рубцовоизмененными тканями; большой палец замурован в рубцовой ткани ладони, остальные пальцы также вовлечены в рубцы и спаяны с ладонной поверхностью кисти (см. рис. № 466).

О п е р а ц и я: 14/X—1938 года, под эфирным наркозом пальцы тщательно разъединены от рубцов и поставлены в физиологическое положение (см. рис. № 467—468); затем вся раневая поверхность ладони была покрыта кружечками из кожи по Реввердену. За большой был создан хороший уход и наблюдение в течение 10 дней, после чего кружочки прижили и началась эпителизация всей раневой поверхности (см. рис. № 469). Пальцы стали двигаться. После соответствующей механо- и физиотерапии больная стала пользоваться пальцами и кистью прекрасно.



Рис. 466.

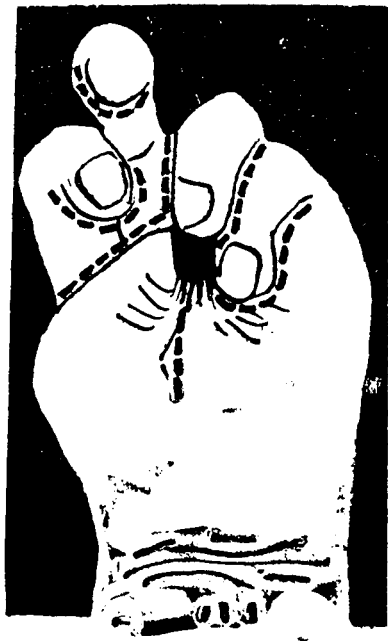


Рис. 467.



Рис. 468.



Рис. 469.

Исправление вдавленных рубцов есть самый простой вид восстановительной операции. Вдавление мягких тканей и кожи лица обезображивает лицо и служит причиной той или иной деформации лица, оттягивает углы рта, веки или губы и т. д. Эти незначительные дефекты могут быть исправлены или сглажены путем свободной пересадки жировой ткани из бедра или живота. Пересадка жира рекомендована Лексером и требует к себе особой заботы и тщательной техники; всякие погрешности в этом отношении могут повлечь за собою неудачи. Самое главное, жировая ткань не любит инфекции (см. рис. № 470—471). техника взятия жира.

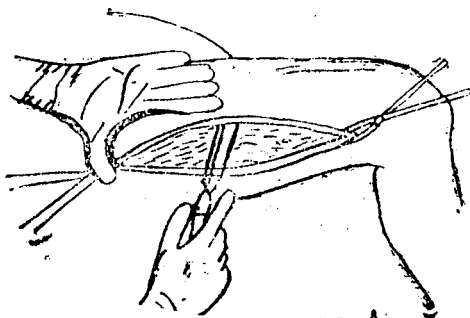


Рис. 470.

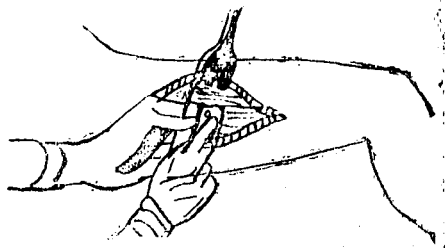


Рис. 471.



Рис. 472.

Случай 1-й. Больная Наа., 12 лет, поступила в клинику в 1938 году по поводу вдавленной щеки после неудачной пластической операции на лице (см. рис. № 472). Рубец несколько оттягивает угол рта влево.

О п е р а ц и я: 23/XI, под местной анестезией на левой щеке по верхнему краю рубца произведен линейный разрез, осторожно разъединена кожа с клетчаткой от подлежащих тканей, и, таким образом, приготовлено ложе для трансплантата; жировой трансплантат взят на правом бедре и перенесен в приготовленное заранее ложе (см. рис. № 473). Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичное. После окончательного заживления раны лицо приняло лучший вид (см. рис. № 474).

Случай 2-й. Больная Тар., 24 лет, поступила в клинику в 1938



Рис. 473.

году по поводу вдавленной щеки, образовавшейся после заживления какой-то язвы. Впадина покрыта рубцовой тканью, угол рта оттянут влево и вследствие этого лицо молодой женщины довольно обезображено (см. рис. № 475).

О п е р а ц и я: 19/X, под местной анестезией произведен линейный разрез по верхнему краю дефекта, разъединена кожа с клетчаткой от подлежащих тканей и, таким образом, приготовлено ложе для жирового трансплантата из бедра. Жировая ткань перенесена и включена в ложе, приготовленное заранее; затем рана наглухо зашита. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Спустя 15 дней рана окончательно зажила и лицо приняло приличный вид (см. рис. № 476).

Случай 3-й. Больной Степ., 23 лет, поступил в клинику в 1938 году по поводу вдавленной щеки справа, последовавшей после ранения. Рубцовоизмененное дно дефекта спаяно с костью верхней челюсти (см. рис. № 477).



Рис. 474.



Рис. 475.



Рис. 476.



Рис. 477.



Рис. 478.

О п е р а ц и я: 12/XII, под местной анестезией иссечены рубцы, освобождены и отсепарованы края мягких тканей и затем из бедра взята жировая клетчатка, пересажена в приготовленное ложе и наглухо зашита шелковыми швами. После окончательного заживления раны лицо приняло приличный вид (см. рис. № 478).

Случай 4-й. Больной Ив., 22 лет, поступил в клинику в 1938 году по поводу вдавленной щеки слева, последовавшей после ранения. Дно впадины спаяно с костью верхней челюсти (см. рис. № 479).

О п е р а ц и я: 13/X—38 года, под местной анестезией иссечены рубцы, кругом отсепарованы края в стороны и, таким образом, приготовлено ложе для жирового трансплантата; из бедра взята жировая клетчатка, пересажена в ложе и



Рис. 479



Рис. 480.

наглухо защита волосом. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Лицо приняло лучший вид (см. рис. № 480).

Случай 5-й. Больной М-в., 23 лет, поступил в клинику 14/IX—1933 года с дефектом мягких и костных тканей в области подбородка и горизонтальной ветви нижней челюсти со сквозным отверстием, оставшимся после заживления какой-то язвы (см. рис. № 481).

Операция: 3/X. Под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта, отсепарованы в стороны и, таким образом, образовано ложе; из бедра взята жировая клетчатка, пересажена в подготовленное заранее ложе и затем рана защита наглухо шелковыми швами. После окончательного заживления лицо приняло лучший вид (см. рис. 482).

Случай 6-й. Ран. больной Ш-н., 19/XII—42г. поступил в госпиталь



Рис. 481.



Рис. 482.



Рис. 483.



Рис. 484.

по поводу дефекта левой щеки, образовавшегося после огнестрельного ранения; края дефекта покрыты рубцовыми тканями, дно дефекта спаяно с костью верхней челюсти (см. рис. № 483).

О п е р а ц и я: 19/II—43 г. Под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта, отсепарованы края в стороны, мышечные ткани сближены кетгутовыми швами до соприкосновения краев и затем на кожу наложены глухие швы из конского волоса. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное; спустя 9 дней швы сняты, лицо приняло приличный вид (см. рис. № 484).

Случай 7-й. Ран. больной И.-., 15/XII поступил в госпиталь по поводу дефекта правой щеки, образовавшегося после огнестрельного ранения. Края и дно его покрыты



Рис. 485.



Рис. 486.

мощным рубцом, спаянным с костью челюсти (см. рис. № 485).

О п е р а ц и я: 19/II—43 г. Под местной анестезией иссечены рубцы по краю дефекта, края отсепарованы в стороны, мышечная ткань кетгутowymi швами сближена до их соприкосновения и затем на кожу наложены глухие швы из конского волоса. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное; спустя 9 дней швы сняты, и лицо приняло приличный вид (см. рис. № 486).

Случай 8-й. Ран. больной М.-т., 28/XII—42 г. поступил в госпиталь по поводу большого линейного и вдавленного рубца в области нижней челюсти слева. Дефект глубокий (см. рис. № 487), и на дне его имеется мощный рубец, тянущийся от угла рта до угла нижней челюсти (см. рис. № 488). Рот открывается удовлетворительно.

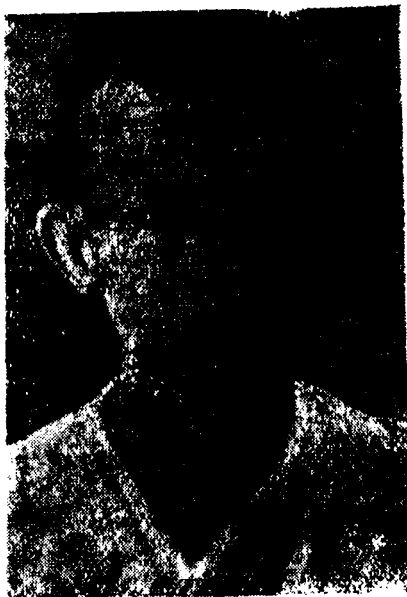


Рис. 487.



Рис. 488.

О п е р а ц и я: 19/II-43 года. Под местной анестезией иссечены рубцы по всей длине дефекта, отсепарованы края кожи в стороны, затем кетгутовыми швами сближены мышечные ткани до соприкосновения краев. На кожу наложены глухие швы из конского волоса. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Спустя 9 дней швы сняты, и лицо приняло приличный вид (им. рис. № 489 а, 489 б).

В этих трех случаях вдавленных рубцов мы не применяли пересадки жировой ткани и заменили ее мышечной тканью, т. е. при отсепаривании кожи с подкожной клетчаткой после иссечения рубцовых тканей в самом дефекте освобождали в некоторой степени мышечную ткань от кожного покрова, затем их сближали кетгутовыми шва-



Рис. 489а.



Рис. 489б.

ми до полного соприкосновения; таким образом, впадина заполнялась мышечной тканью, над которой зашивали кожу глухими швами. При незначительных вдавленных рубцах этот способ дает гораздо лучшие результаты, чем пересадка жира.

Фотоснимки наглядно иллюстрируют этот метод.

ДЕФЕКТ ШЕКИ ПОСЛЕ НОМЫ

Случай 1-й. Больная Р-а., 16 лет, поступила в клинику 10/IX—1932 года по поводу дефекта правой щеки и угла рта, образовавшегося после заживления номы. Дефект большой и занимает почти всю щеку. Края дефекта, как обычно бывает после номы, обрамлены мощными, плотными рубцами, спаянными с костью челюстей; рот совершенно не открывается (см. рис. № 490—491).

Операция: 15/IX. Под эфирным наркозом приготовлен круглый лоскут на шее справа. Другой такой же лоскут образован на груди с правой стороны правого соска. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. 3/X, под местной анестезией образована кожная дубликатура путем соединения раневых поверхностей после выкраивания кожных лоскутов в виде квадрата у нижнего конца шейного стебля и верхнего конца грудного стебля. Послеоперационное течение негладкое, нижний конец шейного лоскута, соединяющийся с кожным квадратом, отмертвел, а лоскут после полного заживления пересажен в разрез верхнего края дефекта (см. рис. № 492). Приживление первичное. 29/X верхний



Рис. 490.



Рис. 491.



Рис. 492.



Рис. 493.



Рис. 494.



Рис. 495.

конец лоскута на шее отсечен, вшит в разрез нижнего края дефекта. Приживление первичное (см. рис. № 493).

18/XI освежены края дефекта щеки, лоскут распластан и подшит по краям дефекта; на месте двух, трех швов получилось нагноение, которое через несколько дней прошло. Гранулирующая поверхность щеки была покрыта кружками кожи по Ревердену; спустя 10—12 дней рана была достаточно эпителизирована (см. рис. № 494). После окончательного заживления раны щека приняла довольно хороший вид (см. рис. № 495).

СЛУЧАЙ ОЖОГА ШЕИ

В одном из наших случаев после ожога шеи образовались плотные каллозные рубцовые тяжи, которые резко ограничивали повороты головы и обезображивали шею (см. рис. № 496).

О п е р а ц и я: 10/X—1937 года, под местной анестезией эти рубцы иссечены по их направлениям и затем зашиты по краям тонкими шелковыми швами; спустя 18—20 дней рана гладко зажила первично; шея приняла лучший вид (см. рис. № 497).



Рис. 496.



Рис. 497.

СЛУЧАЙ МОЗГОВОЙ ГРЫЖИ

Мозговая грыжа есть врожденный недостаток развития и выражается в частичном выходе мозга и его оболочек через отверстие, сообщающееся с полостью черепа.

По частоте встречающихся видов грыж на первом месте, по советской статистике, стоят передние грыжи. По вопросу об этиологии и патогенезе грыж мозга, существует несколько теорий, по новой теории, объясняют происхождение грыжи мозга, как порок развития во время первоначальной закладки первичной мозговой пластинки и во время вторичного замыкания этой пластинки в мозговую трубку.

Наш случай. Больной Д.-в., 25 лет, поступил в клинику с жалобой на большое выпячивание в области лба над правым глазом и понижение зрения на этот глаз. Со стороны внутренних органов никаких отклонений от нормы не имеется. По словам больного, это выпячивание существует с момента рождения и иногда увеличивалось в несколько раз, иногда же уменьшалось до прежней величины. Опухоль наощупь мягкой консистенции, легко вправимая, безболезненная. При вправлении опухоли палец проваливается в полость черепа; имеется отсутствие 2/3 брови.

Рентгенограмма определяет: в лобной кости над правой глазницей имеется дефект диам. 3×2 (см. рис. № 498—499).



Рис. 498.

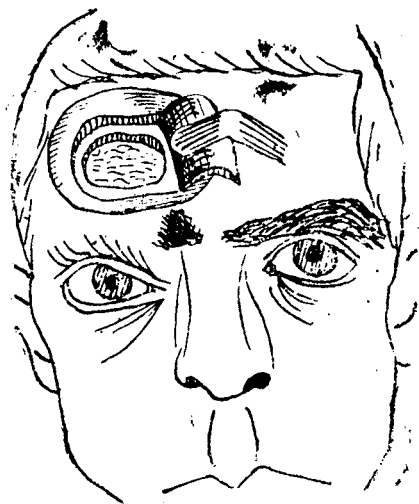


Рис. 499.

По вопросу о лечении грыжи мозга, нужно признать, что целесообразным способом является оперативный, при чем операция должна стремиться не только к закрытию грыжи мозга, но и к предотвращению рецидива. Последнее достигается применением костной пластинки.

Операция: Под местной анестезией произведен подковообразный разрез по краю опухоли; после отсепарирования лоскута обнажен грыжевой мешок, который освобожден последовательно от грыжевого отверстия; мешок оказался небольшой величины, приблизительно с куриное яйцо. Поверхность грыжевого отверстия освобождена от надкостницы, отходя от края грыжевого отверстия на $\frac{1}{2}$ см.; узким плоским долотом образована рамка. Затем взят кусок кости из большеберцовой кости правой ноги с надкостницей соответственно величине рамки; посередине трансплантата сделаны надпилы поперек и вдоль для лучшего прилегания к рамке (см. рис. № 500). Прежде чем приложить трансплантат к рамке отверстия, мы осторожно придавили грыжевой мешок внутрь черепа и тут же трансплантат был приложен к рамке с надкостницей, обращенной в полость черепа, и затем кетгутовыми швами снаружи был фиксирован. Трансплантат был пригнан правильно и образовал одну поверхность с лобной костью. Рана закрыта наглухо. Тугая повязка на 8 дней. Швы сняты на 9 день. Выписан с хорошим косметическим эффектом (см. рис. № 501).

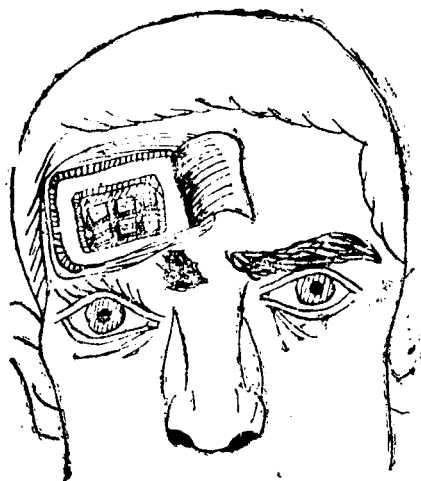


Рис. 500.



Рис. 501.

ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Верхняя и нижняя челюсти сравнительно нередко поражаются новообразованиями. По данным Гурята и Бергмана, челюстные злокачественные опухоли составляют 3,4%. Различают две формы саркомы: центральные и периостальные. По гистологическому строению часто встречаются веретенообразные, круглоклеточные саркомы. Нередко в структуре опухолей принимает участие костная субстанция. Нами наблюдалось много случаев опухолей челюстей, из которых приводим два случая саркомы верхней и нижней челюстей, представляющие интерес с точки зрения восстановления утраченной части после удаления опухолей индивидуальными протезами из каучука или других материалов. В этом отношении приводимые мною два случая заслуживают внимания, так как после удаления больших опухолей челюстей часто происходит деформация лица, вследствие не своевременного восстановления протетических недостатков.

Случай 1-й. Больная Э-ва., 48 лет, 2/X—1937г. поступила в клинику по поводу опухоли верхней челюсти справа; опухоль большая и занимает всю верхнюю челюсть, исходя из костной ткани челюсти. Опухоль появилась недавно и стала быстро расти, границы опухоли ясно очерчены. До операции приготовлен протез из каучука (см. рис. № 502—503).



Рис. 502.



Рис. 503.



Рис. 504.

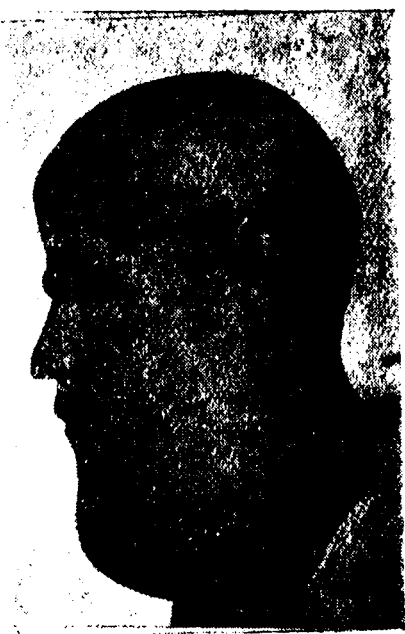


Рис. 505.

О п е р а ц и я: Под местной анестезией вся верхняя челюсть удалена по способу Вебера и затем установлен на место удаленной челюсти заранее приготовленный протез. После операции и установки протеза лицо приняло лучший вид (см. рис. № 504).

Случай 2-й. Больная С-а., 25 лет, поступила в клинику проф. Т о п ч и б а ш е в а с огромной и плотной опухолью нижней челюсти, которая быстро росла (см. рис. № 505—506).

До операции больной была приготовлена наклонная плоскость на правой стороне. После оперативного удаления нижней челюсти прикус совершенно не был нарушен (см. рис. № 507—508). Это два случая удаления опухолей челюсти с предварительным протезированием дали удовлетворительные результа-



Рис. 506.



Рис. 507.



Рис. 508.

ты в том смысле, что послеоперационной деформации не произошло. ввиду того, что своевременно больные были протезированы; эти мероприятия облегчают положение до восстановительной операции. Интересующихся же опухолями челюстей вообще отсылаю к работам Лимберга, Курбанова и др.

ЛИТЕРАТУРА

- 1) Алмазова Н. Пластическое замещение дефектов лица. Мелопластика при лечении рубцовых свесений челюсти. Саратов, 1925 г.
- 2) Абражанов А. Свободная пересадка в хир. практике „Вестн. хир. и погр. обл.“ т. XII кн. 35—36 1928 г. г.
- 3) Angle. Behand der ankl. Anom. d. Zähne. H. Meusser, Berlin, 1913 г.
- 4) Arbuckle M. F. Plast. surgery of the Face, the Journal of the Americ. Medic. Association, vol. 75 № 2, 1920.
- 5) Бердичевский Г. К методике пластических операций на лице. „Нов. хир. арх.“ т. XXIV кн. 4. № 96, 1931 г.
- 6) Богораз Н. Восстанов. разрушенного носа. Труды научно-медиц. об-ва при Донском ун-те. 1916—1921 г.
- 7) Он-же Восстановительная хирургия. 1940 г.
- 8) Бохон Н. Ф. Ринопластика по Иозефу, жур. „Сов. хир.“ т. II, кн. 5—6, 1927 г.
- 9) Бурак С. М. Свободная пересадка костной, хрящевой и жировой ткани в рино-ото-ларингологии. „Русск. ото-ларингология“, № 5, 1925 г.
- 10) Barnes M. D. (Los-Angeles California) commonest facial deform. present themselves for correction, and their correctibility 1936. chir. struct. № 1, s. 219.
- 11) Brohovic (Bucarest), Keiloplastie inferieure chir. struct. № 3, 1937, s. 210.
- 12) Bardenheuer, vorschläge Zur plastischen operation. bei chirurg. ein in der Mundhöhle, Archin, klin. chir, Bd. 43, 1892.
- 13) Blair V., total and subtotal restoration of the nose, J. Am. M. Ass. vol 85, 125.
- 14) Warren Pierse (San-Francisco): Pedicle Flap patterns for hand reconstruction, chir. struct. 1937, № 2, s. 85.
- 15) Wladyslaw Dobrzaniecki (Lwow): Plast. surgery of the Face chirurg. Plastik. № 3, 1931, s. 182.
- 16) Weinlechner, (Wien), klein, wsch., 24, 1896.
- 17) Gerard-Maurelet et Marsel Darcissac (Paris): Le pertes de sutances patal. du maxil. sup., leur traitem., chir. et prathet. chir. Plast., 1932, № 3.
- 18) Gzerny, Ein Beitrag sur wangen Plast. mit. gedoppelten Halshaut lappen, Brus' Beitrig. Bd., 4, 1885.
- 19) Дженалидзе Ю. Пересадка кожи с помощью длинных трубчат. ножек „Нов. хир. арх.“ т. VI кн. 2—3, № 22-23—1924 г.
- 20) Джеалидзе Ю. и Степанова Э. Н. Пластика седловидного носа „Вест. хир. погр. обл.“ т. XXX кн. 87—88—89, 1933 г.
- 21) Дьяконов П. И. Восстановление разрушенного носа. „Русс. хир.“ отдел 13-6, 1902. г.
- 22) Dibon und Diener mann, Plastik mit Anwendung der Rundstielmethode, Dtsch. z. chir. Bd., 191, 1925,

- 23) Добровольская. О сведении нижней челюсти. „Русский врач“ № 3, 1916 г.
- 24) Дьяконов П. П. Пластическое закрытие изъяна после резекции верхней челюсти. „Хирургия“. т. XXII, 1907 г.
- 25) Dieffenbach, chirurg. Erfahrung., Berlin, 1829—1834.
- 26) Dieffenbach, chirurgische Erfahrungen, 1834
- 27) Demel und Fugel., Dtsch. Z. chirurg., 233, 1931.
- 28) Dufourmentel, Ann. Mol. oreille, 46, № 8, 1925.
- 29) Dantlo (Moyeuivre): Les greffes de Dovis dans les brulures etendues Technique madifice. chir. Plast. 1933, № 3. s. 219.
- 30) Dantrelle. (Paris): incisions et sutures en chirurg. Plastique. chir. Plast 1933, № 2, s. 75.
- 31) Ehrenfeld H., vorschlag einer plastischen Methode Zur Deckung grossen wangendefekte, „Arch.-Klin chir. Bd. 147, 1927.
- 32) Eiselsberg Siehe, Auffenberg, Arch. Klin. chir. 79, 1906, Wien, klin. wsch., № 50, 1906.
- 33) Esau, Zbl. chir, 1910.
- 34) Emilschwarzmann. (Wien): Beitrag. Zur verm. von Mamml.—Neurose bei einzeit. Mammoplast. schwerer Fälle.
- 35) Eastman-shiehan (New-lork): variety in plastic Surgery. chir. plast № 3. 1933.
- 36) Eslander, Eine Methode, aus der einen Lippesubstanzverluste der anderen zu ersetzen. „Archiv. klin. chir“. Bd 14, 1872.
- 37) Esser f. F. s., Mund—Lippenplastik aus der „Nasolabialges end Bruns“ Beitr. Bd. 105, 1916.
- 38) Ентиш Д. А. Военная челюстно-лицевая хирургия. 1941 г.
- 39) Зачков. К вопросу о костной пластике на нижней челюсти. „Хирургия“, 1900 г.
- 40) Зимонт. Новый способ пластики твердого неба. „Жур. ушных, гор и носов. болезн“. № 3—4, 1924 г.
- 41) Золков. 12 случаев полной резекции верхней челюсти. „Хирургия“, 1902 г.
- 42) Smit H. L., Boston med. J., 32, 477, 1895.
- 43) Serce A. (Zagreb). Beitrag. zur teknik der operativen therapie der Rhinolol opera. chir. Plast. 1935, № 1.
- 44) Изачик. К изучению о путях распространения воспалительных процессов в челюстях. 1914 г.
- 45) Истомин. К вопросу о применении свободной аутопластики при мозговых грыжах и анкилозах нижней челюсти. „Хир. Арх. Вельяминова“, № 2, 1914 г.
- 46) Корнеев. Оперативное лечение истин. анкилозов нижн. чел. при помощи свободной пересадки фасции. „Хир. Арх. Вельяминова“, кн. 2, 1914 г.
- 47) Корнеев. О свободной пересадке фасции. Диссертация, 1913 г.
- 48) Кузнецов. Об оперативном лечении неподвижности нижней челюсти. „Врач“, 1898 г.
- 49) Карташев. Восстанов. хирургия лица. 1936 г.
- 50) Карташев. О пластическом замещении обширных дефектов лица. „Нов. хирур. арх.“ т. XXX, кн. 1, №11, 1938 г.
- 51) Курбанов Г. К вопросу о восстанов. дефектов носа филатовским стеблем. Азмеджурн., № 5—6, 1938 г.
- 52) Курбанов Г. Кровоснабжение челюстей. Азмеджурнал, № 2, 1936 г.
- 53) Он-же. Восстанов. дефектов нижн. челюсти аутотрансплантатом из ребра. Азмеджурнал, № 4, 1939 г.

- 54) Он-же. К вопросу о гемаигиомах лица.
- 45) Он-же. К вопросу о восстанов. дефектов приротовой области, деформации носа и дефекта щеки. Азмеджур.
- 56) Он-же. Анкилозы челюстей и их хирург. лечение, Азмеджурнал.
- 57) Он-же. Полное восстанов. мужского полового члена, способного к совокуп. Азмеджурнал № 4, 1938 г.
- 58) Он-же. Случай мозговой грыжи. Азмеджурнал, № 5, 1937 г.
- 59) Он-же. Клиника новообразования челюстей.
- 60) König, Dekung von Defekten der Nasenflügel—klin. Wschr. № 7, 1907.
- 61) Kohler E, gesichtsplastiken nach schussverletzung. Brnns' Beit Bd. 109, H. 3. 1918.
- 62) Knrtzahn, Dtsch., Z. chir., 209, 403.
- 63) Kirschmayer, Zbl. chir. H. 26, 1403, 1924.
- 64) Kousch, Zbl. chir., № 35, 1916.
- 65) Kach, Munch. med. wsch., 34, 1919.
- 66) Krasko, Munch. med. wasch., № 21, 1923.
- 67) Klapp, in Kirschner—Nordmann, die chir. Bd. 4, Urban., schwarzenberg, Berlin, 1927,
- 68) Kurbertova E., (Prague) L'inst. de chir. Plast. et esthet. en schceoslovagule. chir stunct., 1935, № 1, s. 19.
- 69) Cambele. A. the clos. of. cong. clefts. of the ard pdatc. „Brit. Zour. of surg. Bd. 13 № 52, 1920.
- 70) Codivilla. Ueber die blut. Mobil. des oberkief bei palatognasch. „Ztb. chir“. 1911, № 4.
- 71) Львов П. П. Операция удлинения неба. „Вестн. хир. и погр. областей“. № 4—6, 1923 г.
- 72) Львов П. П. Свободная пластика при дефектах нижней челюсти. „XVI съезд хирургов“.
- 73) Lexer, Zur gesichtsplastik. Bericht. uder verhan dlung der Deutschen gesellsch. f. chit. XXXIX kongres. „Ztb. f. chir. 1910 № 31.
- 74) Lucsenburger A. Beitr. Zur kiefer und Caumenplastik „Deutsche-Zeitsch. chir.“ 1922, Bd. CLXXII, H. 5, № 6. s. 384.
- 75) Ledoux. Cancer du maxillaire sup. „Le Cancer“, 1923 № 1, p. 84.
- 76) Лимберг А. А. К вопросу о пластической остеотомии нижней челюсти. „Труды I съезда“ 1923 г.
- 77) Лексер З. Пластическая опер. на лице и в полости рта. „Оператив. хирург“. т. I Бор. Браун, Кюммель, 1930 г.
- 78) Лимберг А. Л. Нов. способ восстанов. кончика, крыльев, перегородки носа, из ушной раковины. „Вест. хир. и погр. обл.“ т. VII, кн. 23, стр. 141. 1926 г.
- 79) Он-же. Восстанов. кончика, крыльев и кожной перегородки носа путем пересадки ушной раковины на круглом стебле. „Вестн. хир. и погр. обл“, т. XX, кн. 55, 1930 г.
- 80) Он-же. Восстанов. кончика, крыльев и кожной перегородки носа трехстебельчатым (или Т-образным) лоскутом шен. „Нов. хир., арх.“ т. XXVIII, кн. 21, 110, 1939 г.
- 81) Он-же. Кожная пластика перемещением двух встречных треугольных лоскутов. Устран. и образование рубцовых тяжей и перепонки. „Жур. совр. хир“. т. IV, вып. 4—5 (22—23) 1939 г.
- 82) Лимберг Б. Э. О пластике седловидного носа. „Вест. хир. и погр. обл.“ т. XVIII, кн. 52, 1929 г.
- 83) Levy-Lenz (Berlin), Die wichtigsté konkreten Fehler bei der Brust plastik. chir. strukt. 1926, № 1, s. 233.

- 84) Lothrop. Boston med. Z., 835, 1914.
- 85) Маслов И. Д. К вопросу о ринопластике из пальца „Хирургия“, т. XXXIV, 1913 г.
- 86) Meissl. F h. Zur wangenplastik. „Arch. klin. chir“. Bb. 78, 1906.
- 87) Мыш. Новы й. Способ операции при двустороннем ложном анкилозе нижнего челюстного сустава. „Хир. Арх. Вельяминова“, кн. 9, 1914 г.
- 88) Michalowski E. (Lwow): Constibution sur la Teshnique de Rhinoplast., chir. struct., 1937 № 3.
- 89) Mourelg (Paris): Correction chir-orthop du prodnat. traum. shiu struct, 1937, № 1.
- 90) Manna (Rome): greffons libres de de gros. pour la restaur. pllst. de la region zyo matique.
- 91) Moskowicz. Zur Technik der uranoplastik „Arch. Z. kl.* chir. Bd. 83.
- 92) Meltzer. „Deutsche Med. wosh.“ 1909.
- 93) Маслов И. Д. Борьба с контрактурами нижн. челюсти. Труды III съезда Хир. Одесской губ. стр. 116—119, 1926 г.
- 94) Maliniak W. (New-York): Repair of. facial defects with special referen to the source of skin grafts. chir. struct., 1936 № 3—4.
- 95) Maliniak W. Plastic surgery ascan arganiz specialtyand. problems kon-fraenit. chir. Plast. 1933, № 1 s. 36.
- 96) Michalek-grodzky.)Varsovie): Resonst des mamel. deform. chir. strust. 1937, № 2. s., 126.
- 97) Moers (Tirbement): greffe cutanee dans Une orbite evidee. chir. struct, 1937, № 2, s. 119.
- 98) Милостанов. Комбинизиров. метод Израэл-Филатов для закрытия сквозных дефектов щеки. „Нов. хир. арх.“, т. 8 кн. 2.
- 99) Moure P. Journal de chir. m. XXI, №4, 1923.
- 100) Michalek-grodzki (Varsovie) Fautes techn. et dangers la chiri piast. du sein. chir. struct. 1935, № 2, s. 39.
- 101) Max-Halle (Berlin): Weitere versuche Zur Beseitig der Enstel, be. Tactalis lähmung.-struct., 1935, № 1, s. 35.
- 102) Напалков Н. И. О пластичности кожных лоскутов „Вестн. хир и погр. обл.“. т. IX, кн. 25, 1924 г.
- 103) Nelaton et. Ombredanne. La rhynoplastie. Paris, 1914.
- 104) Новиков В. Н. К вопросу о пластике носа. „Медико-санитарный сборник“ № 3, 1918, Из-во Красного креста, Одесса.
- 105) Никольский А. М. К методике uranostaphyloplasticae. Случай закрытия односторон. волчьей пасти с помощью нижней раковины. „Жур. ушн. гор. и носов. бол.“ т. 3, № 11—12, 1926 г.
- 106) Напалков И. О возмещении дефектов челюстей после резекции. Труды V Всероссийского съезда хирургов.
- 107) Nagi Med. klin., № 34, 1925.
- 108) Neudorfer. (wein, klin. wsch., № 43, 1903.
- 109) Павлов-Сильванский В. Н. Ринопластика. Диссерт. Москва. 1912 г.
- 110) Парин Б. К. К технике образования филатовского лоскута „Совет. хирур“. т. 1. вып. 1, 1931 г.
- 111) Он-же О пересадке волосистой кожи при помощи стебельн. лоскута для образования бровей, усов и бороды „Вест. хир. и погр. областей“, т. XXIV, кн. 73—74, 1931 г.
- 112) Он-же. Пластика нижней губы при обширных дефектах последней „Нов. хир. арх“. т. XXIV, кн. 4, № 96, 1931 г.
- 113) Pichler. Sofortige knochenplastik Nach unterkiefer resection, wiener kl. wochensch“. 1923, № 26.

- 114) Partsch. Über die knoch. versteif. des kiefergelenks. „Deutsch. Zahnk 1912 г.
- 115) Pont A. (Lion); Prothese imméd. du maxil. supérieur. chir. Plast. 1932 № 4, s. 264.
- 116) Pont A. (Lion) Prothese crânien. et restaurat. nasale, fracture du nez et enfonce-m. de la région front. chir. struct. 1937, № 1, s. 34.
- 117) Он-же. et Lapiere (Lion): Presentation d'un cos de prothese oculon-asolabial. supérieur. articul. chir. struct. 1937, № 1, s. 38.
- 118) Peri M. (Alger): De l'utilisatton du carfil. costal en chirur. struet. na-sole. chir. struct., 1937, № 2, s. 103.
- 119) Перимов В. А. Опыт образования крыла носа из ушной ракови-ны. „Русск. хир. арх.“ т. XXIV, кн. 4, № 96, 1931 г.
- 120) Покатило В. Л. Общие методы пластической хирургии. Диссер 1908 г.
- 121) Петров Н. Н. Очерки ринопластики, очерк и пластика рубцово-за-павшего носа, седловидного. „Вест. хир. и погр. обл.“ т. XVI—XVII, кн. 48—49. 1929 г.
- 122) Он-же. Пластические операции на лице. Руков. практ. хирур. т. III. 1933 г.
- 123) Petrow N., Eine plastische operat. narvig eingezogene sattelnasen. Zbl. chir. № 44, 1928.
- 124) Рабинович М. С. Новый способ образования кончика носа „Нов. хир. арх.“ т. X, кн. 4, № 40. 1926 г.
- 125) Rosenthal. Zur Frage der gaumen-plastik, „Ztb. f. chir.“. 1024, № 30-
- 126) Risak. „Arch. f. kl. chir.“ Bd. 147, H. 1. 1927.
- 127) Рокицкий В. М. Случай ринопластики по рексеру. „Хир. арх.“ Вельяминова, т. XXX, кн. 9, 1914 г.
- 128) Rotter. Plastische operation in der Mundhöhle und ander Nase. „M Med. wsch. № 30, 1889.
- 129) Rethi A. (Budapest): Treatment of the functional and organ. Stenosis of the entrance to the nose chir. struct., 1937, № 2. s. 137.
- 130) Revelo Neto Nouvelle techn. de transplant. muscul., appliq. a la chei-loplastie, chir. struct. 1936, № 1, s. 195.
- 131) Roy. L. N. (Montreal-Canada). Lobule nasal sectionne complètement et sutuze trois heures apres l'accident guerison chir. struct. 1936, № 1, s. 211.
- 132) Rethi A. (Budapest). Racco urcissement du nez troplong. chir. plast 1934, № 2. s. 85.
- 133) Розенфельд М. С. Оперативное лечение истинного анкилоза нижней челюсти—од. и Стамотол.“ № 12, 1928 г.
- 134) Ruef H., Med. Klin., 1924.
- 135) Roosa. Lehrbuch der ohrenheik, Neu-lork, 1899.
- 136) Rosenthal, Zbl. chir., № 490, 1916.
- 137) Rose, Bruns, Beitrag: 134. H. 2, 244.
- 138) Reich, Zbl. chir., 25, 1911.
- 139) Свержевский А. Г. Огнестрельные ранения лица „Мед. жур.“ ч. 1, т. 1, № 4—5, стр. 328—329, 1921 г.
- 140) Ситковский П. П. Пластика после огнестрельных ранений. Проток. Общества русск. хир. в Москве 241-е заседание.
- 141) Schepelmann, Meloplastik. „Dtsch. Z. chir.“ Bd., 133, 1915.
- 142) Шаткинский М. П. Дальнейшее наблюд. по поводу ринопласти-ки. „Вест. хир. и погр. обл.“ т. XVII, кн. 55, 1930 г.
- 143) Stheinth al, Beitrage Zur Rhinoplastik nach der Italienischen Metho-de. Bruns' Beitr., Bd. 94. 1914.

144) Су слов К. П. Rinoplastica enauriculo partialis, Воен. Мед. жур. июнь, 1889.

145) Топтовер Г. С. Форсированный способ полной ринопластики „Нов. хир.“ арх. т. XXIV, кн. 4 № 96, 1931 г.

146) Thompson. Ann. surg., 74344, 1921.

147) Фальтин. Лицевые, челюстные огнестрельные повреждения и их лечение. Очерки военно - полевой хир. Прилож. к Мед. Вест. Кр. Кр. запад. фронта. № 1—2, 1916 г.

148) Филатов. Пластика на круглом стебле. Врач. „Дело“, № 16, 1921 г.

149) Fritze-Reich, Plast. chir, 1845.

150) Halle (Berlin). Die Beseitigung der Eertstel. bei Facialis-Zähnn. chir. Plast., 1933, № 1, s. 3.

151) Он-же. Zur sichemng des Erfolges bei gaumenoperat. chir. plast., 1933, № 1, s. 17.

152) Он-же. Zum Aus gleich der varben nach verlola und acne necrotica.

153) Он-же. Total und subtotale stenosen und versclusse des introitus narium und ihre Beseit. chir-plast., 1932, № 3, s. 296.

154) Гусинин В. Пластика лица. Казань. 1926 г.

155) Horold gillies (London): Reconstruct. of the external ear with special referehce to the use of maternal ear cartilge as the support. strueture. chir. struct., 1937, № 3, s. 169.

156) Gerard Maurel et Mar'sel Dar'scissac (Paris) Les Petes de substances Patholques du maxil. superieur, leur traitem. chirurg. et prothet., chir. piast. 1932, № 3, s. 205.

157) Энтин Д. А. Новый способ непосредственного протезирования при резекции верхней челюсти. XV съезд русск. хир. 1922 г.

158) Энтин Д. А. Опыты реконстр. лицевого скелета. Гослит., 1924 г.

159) Вечтомов А. А. Клиническое наблюдение над ринопластикой, автопластическая пересадка реберного хряща и образование носа из пальца. XVII съезд хир. Росс., Ленинград, 1925 г.

160) Он-же. О применении трубчатого стебля при пересадке с уха на дефект крыла носа. Вестн. хир. и погр. обл., т. XX, кн. 55, 1930 г.

161) Волошилов В. А. Новый способ пластики нижней губы, „Нов. хир. арх.“ т. III, кн. 4, № 12, 1923 г.

162) Вреден Р. Р. Образование носа из пальца. „Русское время“, № 19 1902 г.

163) Warren Pirse (San-Francisco): Pedicle Flop patterns For Hand re-construct. chir-struct., 1937, № 2, s. 85.

164) Winternitz. Operation der gaumenspal. mittelst. blattennat. «Arch. kl. chir.» Bd. 86, H. 3, 1908.

165) Wasmund M. Fraktur. und luxationen des gesichtsschädels, Berlin 1927.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	<i>Стр.</i>
Введение	2
Глава I. Исторический обзор о развитии восстановительной хирургии лица	3
Глава II. Образование круглого стебля	5
Глава III. Восстановление дефектов носа	9
Группа I. Восстановление носа при западаниях и разрушении его спинки и кожной перегородки	25 33
Группа II. Восстановление кончика носа	37
Группа III. Восстановление дефектов крыла носа ушной раковиной	41
Группа IV. Поднятие кончика носа и крыльев его	45
Группа V. Сужение ноздрей	46
Группа VI. Ринофима	47
Группа VII. Пластика седловидного носа	51
Глава IV. Замещение дефектов лица	52
Группа VIII. Восстановление нижней губы	65
Группа IX. Пластические операции на нижней губе без применения круглого стебля	90
Группа X. Восстановление дефектов верхней губы круглым стеблем	96
Группа XI. Пластические операции на дефектах верхней губы без применения круглого стебля	96
Группа XII. Восстановление дефектов угло-ротовой щели и приуглового дефекта без применения круглого стебля	100
Группа XIII. Восстановление полностью верхней и нижней губ круглым стеблем	123
Группа XIV. Восстановление дефектов верхней и нижней губ в один этап	126
Глава V. Жевательный аппарат	128
Группа XV. Кровоснабжение челюсти	199
Группа XVI. Анкилозы челюстных суставов и их хирургическое лечение	133
Группа XVII. Восстановление половины нижней челюсти ауто трансплантатом из ребра	139
Группа XVIII. Ложные анкилозы или внесуставная рубцовая контрактура нижней челюсти	142
Группа XIX. Инородное тело в полости носа	144
Глава VI. Гемангиомы лица	144
Глава VII. Слюнные свищи	146
Глава VIII. Деформация ушей	151
Глава IX. Киста околоушной железы	152

Глава X. Полное восстановление мужского полового члена, способного к совокуплению	154
Глава XI. Обширные разрушения мягких и костных тканей лица огнестрельного происхождения	161
Глава XII. Ожог кисти и пальцев	188
Глава XIII. Вдавленные рубцы	190
Глава XIV. Дефект щеки после номы	197
Глава XV. Случай мозговой грыжи	200
Глава XVI. Опухоли челюстей	202
Литература	205

Замеченные опечатки.

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
7	7 сверху	лоскутов центральной	лоскутов в центральной
7	8 сверху	его	их
7	11 сверху	омертвление	омертвение
11	2 сверху	Гусинии	Гусынии
12	10 сверху	способов	способы
15	2 снизу	источен	истончен
41	8 сверху	последующим ранним соединением	последующем раннем соединении
41	9 сверху	врастанием	врастании
45	6 сверху	стен	стенс
62	10 сверху	дедект	дефект
64	6 снизу	части	кисти
92	5 снизу	лоскут	лоскута
96	3 снизу	шолк	шёлк
100	3 сверху	локолизируется	локализируется
100	6 снизу	копчике	кончике
100	8 снизу	цы по краю дефекта верхней губы разъеди- нены ее края затем регородки его	с дефектом верхней губы
110	9 сверху	Zigomaita	Zigomatici
110	8 снизу	quadratis	quadratus
137	8 сверху	шпадець	шпадель
200	рис. № 498	отпечатан вверх ногами	

SD
CE.

78

00

12 руб.



ПРОФ. К. ГУРБАНОВ
**ҮЗҮ ВӘ БАШГА ҮЗВЛӘРИ БӘРПА
ЭДИЧИ ХИРУРГИЯ**

АЗӘРНӘШР
Баки—1944