

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ  
= ХИРУРГИЯ =

ВЫПУСК 2

АКАД. В. П. ФИЛАТОВ

КРУГЛЫЙ СТЕБЕЛЬ  
В  
ОФТАЛМОЛОГИИ



НАУКОМЭДРАВ СССР

МЕДГИЗ  
1943

791

~~2038.~~

Григорьев

H

Курьер

средств в озимых

1/10

Рыбин

10/10

24/11

Районное

Районное

791

инст. б.

~~2038.~~

190127  
1905





ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

617.7  
Ф51

ВЫПУСК 2

Акад. В. П. ФИЛАТОВ

КРУТАЯ СТЕБЕЛЬ  
В  
ОФТАЛМОЛОГИИ

Переучет 1963

791 Укр. Экспер. Институт  
Глазных болезней  
имени акад. В. П. Филатова  
2038 г. Одесса

Б. БЛИОТЕКА

НАРКОМЗДРАВ СССР  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ «МЕДГИЗ»  
МОСКВА - 1943

1952

REPUBLICAN PARTY

INTERNATIONAL



1952

1952

1952

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель настоящей брошюры — ознакомить с методами восстановительной офтальмохирургии как окулистов, так и широкие массы врачей, работающих по общей хирургии и по смежным специальностям, — может быть достигнута в силу небольшого объема брошюры только отчасти. Ограничусь лишь небольшим участком проблемы, относящимся к пограничной области офтальмологии и хирургических дисциплин.

Восстановительные операции на самом глазу и его ближайших придатках (слезный и мышечный аппараты), в круг которых входят такие проблемы, как дакриоцисториностомия, пересадка роговицы, катаракта, косоглазие, искусственный зрачок, глаукома, отслойка сетчатки и т. п., пограничным специалистам не доступны, если они не изучали эти операции в глазном лечебном учреждении под руководством офтальмолога.

Краткое изложение восстановительных операций на самом глазу бесполезно и для смежных хирургов, и для окулистов. Оно могло бы, пожалуй, иметь значение для популярного ознакомления хирургов с принципами глазных операций, но и для этого объем брошюры недостаточен. Лучше использовать ее для практически ценного изложения только части восстановительной офтальмохирургии пограничного характера.

Описания операций, производимых по общепринятым методам, здесь не приводятся, так как они описаны в учебниках (а более детально в руководствах по офтальмологии). Я счел более полезным дать описание применения в

офтальмологии круглого стебля, предложенного мной в свое время.

Круглый стебель хорошо известен хирургам, но в офтальмологии он применяется недостаточно часто. В настоящей брошюре приводится систематизированное изложение стеблевой методики для глазной восстановительной хирургии.



## ВВЕДЕНИЕ

Пластические восстановительные операции — чрезвычайно важный отдел хирургии. Значение этой отрасли хирургии было осознано человечеством еще на заре его культуры. Если разработка методов пластики началась в очень древние времена.

Если нашим далеким предшественникам в области хирургии пластические операции нужны были для закрытия ран, полученных во время войн и в борьбе с природой и с дикими зверями, или для устранения последствий этих несчастий и для восстановления носов, утраченных вследствие болезни, то с развитием и усложнением культуры человеческого общества количество задач восстановительной хирургии все более и более расширялось, так как не только умножались ранения, но возрастали и требования населения в отношении улучшения красоты тела, нарушенной теми или иными последствиями патологических процессов. Эти «косметические» задачи выросли даже в особую отрасль пластической хирургии, которая занимается исправлением дефектов, являющихся не только патологическими, но и врожденными недочетами красоты.

Потребность в пластических операциях велика в мирное время, возникающие же время от времени войны дают настоящие взрывы травматических повреждений, настоящие «эпидемии травм». Поражая и армию, и население, они требуют от хирургов знания уже установленных канонов восстановительной хирургии и большой изобретательности, находчивости и творчества.

Естественно, что врачами, начиная от индусского врача и кончая передовыми советскими хирургами, на развитие восстановительной хирургии потрачено немало ума и изобретательности.

Восстановительная хирургия включает в себя восстановление дефектов тканей и органов в функциональном и анатомическом отношении и изменение их взаимоотношений во всем организме, где бы это ни потребовалось. Очень значительную часть восстановительной хирургии составляют пластические операции, т. е. такие, при которых исправление

дефекта производится при помощи оживления какой-либо ткани. Пластическая хирургия уже понятия восстановительной хирургии. Так, например, удаляя помутневший хрусталик (катаракту), мы, несомненно, производим восстановительную операцию — восстанавливаем функцию зрения, но пластики при этом не производится. Между тем пластические операции в тесном смысле этого слова составляют большую часть главы восстановительной хирургии.

Значительную часть пластической хирургии как таковой составляет пластика при помощи покровных тканей человеческого тела. Эта пластика имеет целью главным образом восстановление кожных покровов, но приемы покровной пластики могут служить и в качестве вспомогательных методов при пластике в глубине человеческого тела.

Так как в настоящей брошюре главное место занимают пластические операции при помощи покровных тканей и при том главным образом при помощи кожи, то здесь приводится классификация методов кожной пластики.

Хирургия, развивавшаяся на протяжении тысячелетий, дала три основных принципа пластики при помощи кожи.

1. **Индусский метод.** Он заключается в перемещении кожного лоскута на питающей его ножке на подлежащий закрытию дефект. Ближайшим подвидом индусского метода, в котором питающая ножка имеет два края, является способ (или, как иные говорят, метод) Цельса, при котором дефект закрывается сдвиганием соседней кожи, очерчиваемой одним разрезом к отсепаровкой от подлежащих тканей.

2. **Итальянский метод.** Он состоит в выкраивании лоскута кожи не по соседству с дефектом, а на верхней конечности; переносит на него конец лоскута; когда он приживается, ножку отрезают от конечности и, пришивая ее к краю дефекта, покрывают дефект. Принципиально этот метод есть лишь видоизменение метода индусского, но ввиду оригинального оформления его принято называть методом итальянским (поскольку он разрабатывался главным образом в Италии к XVI века).

3. **Пластика свободными кусками кожи.** Сущность этого метода — перенесение на дефект цельного куска кожи, взятого у самого больного (например, на плече); подкожная клетчатка с лоскута снимается. Метод этот носит название метода Лефора-Вольфа-Краузе.

Если на дефект переносят только кусочек эпидермиса, то этот прием носит название метода (или способа) Ревердена; по Тиршу дефект закрывают более обширными кусками эпидермиса.

К этим трем методам пластики кожными покровами, которые считаются основными (но имеют много разновидностей), в начале нынешнего столетия присоединен еще один метод, а именно метод круглого стебля, который предложен автором настоящей работы.

Этот метод является разновидностью индусского метода, но может быть причислен к основным методам пластики на-

ряду с итальянским методом, так как он даже в большей мере, чем последний, усовершенствовал индусский принцип.

Первой печатной работой, посвященной пластике на круглом стебле, является моя статья под заглавием «Пластика на круглом стебле», помещенная в «Вестнике офтальмологии», № 4—5, 1917. В этой статье дано изложение основной техники предлагаемого мной круглого стебля, описание случая применения этого нового вида пластики и указания на дальнейшие перспективы развития этого пластического метода. Из этой статьи видно, что тот случай применения пластики на круглом стебле, который я называю первым, был мной оперирован 9/IX 1916 г. Дело шло об успешном восстановлении нижнего века после удаления рака. Стебель был образован на шее. До его образования была выкроена лента кожи от сосцевидного отростка до грудного конца ключицы. Края ленты были сшиты друг с другом, и таким образом кожная лента превращена по всему ее протяжению в круглый тяж — «стебель». Кожная рана под стеблем зашита. Через 3 недели у нижнего конца стебля образован лоскут кожи, который своим основанием примыкал к концу стебля. Лоскут, который должен был заменить собой веко, покрыт слизистой оболочкой, взятой с губы. Через несколько дней нижнее веко было удалено. Нижний конец стебля отделен вместе с лоскутом, лоскут перенесен на стебель на дефект века, к краям которого и пришит. Веко было безукоризненно восстановлено благодаря тому, что за те три недели, которые протекли со времени образования стебля до момента отделения нижнего конца последнего, в стебле развилась хорошая сеть сосудов и питание лоскута при закрытой от инфекции питающей ножке было вполне обеспечено. Я указал на возможность пользоваться для закрытия дефектов распластыванием самого стебля, на возможность выкраивания очень длинных стеблей с временным оставлением середины кожной ленты, не отделенной от подлежащих тканей; я указал на возможность образования мигрирующего стебля, который, «шагая» то одним, то другим концом по направлению к месту дефекта, может покрыть последний, будучи распластан по длине или же принесен с собой лоскут кожи; я указал также на возможность включения в стебель для пластических целей хряща, кости и т. п. Моему предложению, которое является совершенно оригинальным, не пришлось войти в обиход офтальмологов и хирургов легко и безболезненно.

В 1920 г. Гиллис опубликовал в журнале «Surgery, obstetrics and gynecologie» способ пластической операции, вполне идентичный моему методу круглого стебля; он был

назван им трубчатым лоскутом. Гиллис долгие годы не упоминал моих работ — как первой, вышедшей на русском языке, так и последующих, печатавшихся как на русском, так и на иностранных языках, и только через 10 лет (в 1935 г.) он признал мой приоритет<sup>1</sup>.

Согласно указанию Гусынина, Килиан в 1917 г. применил для пластики трахеи по примеру Ганцера круглый стебель. Доклад Ганцера был сделан в Ларингологическом обществе в Берлине 30/III 1917 г., а протокол доклада опубликован 5/XI 1917 г. в Berliner klinische Wochenschrift, № 45. Я опубликовал свой метод круглого стебля (над которым я работал с 1914 г.) в апрельской книжке «Вестника офтальмологии», следовательно, и этот автор не является моим предшественником.

Я считаю для себя величайшей честью то, что советские хирурги оценили мою роль в создании круглого стебля.

✓ Один из корифеев хирургии Советского Союза, академик Н. Н. Петров, выступая на Съезде хирургов в Днепропетровске в 1927 г., выразился по поводу филатовского круглого стебля следующим образом: «Чем крупнее открытие, тем меньше слов надо для его характеристики... Круглый стебель — эпоха в пластической хирургии лица»... ✓

Круглый стебель сделал блестящую карьеру в хирургии, он достаточно изучен рядом авторитетов советской хирургии.

Если методы восстановительной хирургии, и, в частности, пластика кожными покровами, так необходимы в военное время общему хирургу на всем протяжении тела, то офтальмологические восстановительные операции составляют значительную задачу для борьбы с последствиями военных травм в силу того, что орган зрения чрезвычайно часто подвергается ранениям или изолированно, или в комбинации с ранениями различных частей тела, особенно лица и головы. Вполне признавая пользу всех классических методов пластических восстановительных операций, я полагаю, что значительную ценность в ликвидации военных травм придатков органа зрения может представить круглый стебель. Как автор круглого стебля, я посвящаю мой метод восстановительной хирургии, испытанный и усовершенствованный советскими хирургами на протяжении 25 лет, нашей славной героической Красной Армии.

---

<sup>1</sup> Surgery, obstetrics and gynecologie, 1935.

## Глава I

### МЕТОДИКА И ТЕХНИКА КРУГЛОГО СТЕБЛЯ

Основным типом круглого филатовского стебля является такой круглый стебель, который, будучи создан в некотором отдалении от места имеющегося или будущего дефекта, применяется для покрытия последнего при помощи дистального его конца, проксимальный же его конец остается на месте.

Понятно, что длина такого стебля будет зависеть от расположения той области, поверхности тела, в которой стебель приготовлен. В некоторых случаях он может быть коротким, в других — и это чаще — он оказывается длинным, например, при использовании кожи в подключичной области, переносимой на стебель, идущем от сосцевидного отростка до ключицы в целях пластики на лице. Такой стебель можно назвать простым, или первичным, стеблем.

Вторым типом стебля является вторичный стебель, который, будучи образован вдали от места, подлежащего пластике, перемещается к нему, делая шаг за одним, то другим своим концом. Этот тип стебля я назвал в свое время блуждающим. Нам кажется правильным предложение Франкенберга разделить вторичный тип стебля на два вида: только что упомянутый стебель можно называть шагающим, а другой вид вторичного стебля — мигрирующим, или странствующим, поскольку этот стебель, будучи образован вдали от места будущей пластики, переносится к нему при посредстве верхней или нижней конечности, будучи вшит в нее одним своим концом.

Наконец, третий тип стебля отличается от предыдущих тем, что готовится не заблаговременно, а в течение той операции, при которой имеют в виду как образование дефекта, так и его покрытие. Выкрояв кожный лоскут, превращают ножку его в стебель, сшивая ее края, а самый лоскут укладывают на дефект. Ясно, что этот вид стебля лишен того преимущества, которым обладают заблаговременно заготовленные, так называемые «хронические», стебли: в этом остром стебле нет той мощной сети сосудов, которая развивается

в заблаговременно приготовленном. Единственным преимуществом острого стебля перед простой кожной ножкой лоскута является большая обеспеченность этой ножки от инфекции.

Первичный стебель может быть длинным, коротким, толстым, тонким.

Общая техника приготовления круглого стебля и основная методика применения его лучше всего обрисовываются на примере первичного длинного стебля.

### Первичный длинный стебель

**1. Выбор места.** Выбор места для образования стебля представляется весьма важным моментом для хода всей операции. Нет необходимости в этой общей части нашей работы разбирать многочисленные имеющиеся казуистические комбинации. Достаточно указать на основные принципы, которыми надо руководствоваться.

Необходимо учитывать кровоснабжение кожи, идущей на образование стебля, и ее растяжимость, а также расположение нервов, повреждение которых может вызвать нежелательное расстройство чувствительности.

По вопросу о кровоснабжении кожи хирурги принимают в расчет расположение и направление крупных кожных сосудов, а также характер и обилие их анастомозирующих ветвей. Валькером в свое время были изучены системы кожного кровообращения в различных участках тела. Данные Валькера приведены в ряде работ как его, так и хирургов, занимавшихся пластикой на стебле.

Имеются прямые указания, в каких направлениях можно (или не следует) выкраивать стебли на груди, животе, спине и других областях тела. Так, Линденбаум считает нежелательным выкраивать стебель по средней линии передней поверхности грудной клетки и живота и поперечные стебли, переходящие с одной половины живота или грудной клетки на другую. По личному опыту я вполне согласен с Богоразом, что даже и такие стебли вполне жизнеспособны. Лимберг, Рауэр, Джанелидзе охотно берут стебли на конечностях. Рекомендуется в некоторых случаях выкраивать стебли так, чтобы в проксимальный конец стебля входила относительно крупная ветка артерии. Понятно, что эти правила следует соблюдать тем строже, чем длиннее предполагается стебель.

Растяжимость кожи потому имеет значение, что от ее степени зависит возможность выкроить ленту для стебля той или иной ширины и ею определяются также размеры дефекта на месте выкраивания ленты.

Надо считаться с косметическими последствиями образования стебля. Так, выкраивание стебля на шее нередко ведет к развитию келоидов, поэтому, производя операцию молодым людям, лучше избегать этой области, надо беречь и косметику груди. Карташев не без основания более 50% своих пластик производил длинным первичным стеблем, сделанным на спине.

**2. Длина минимальная** первичного стебля не должна быть менее 10 см. Максимальная длина стебля, по Франкенбергу и Богоразу, может достигать 30—35 см. Понятно, что чем длиннее стебель, тем шире должна быть лента, из которой он строится. Если стебель должен быть длинным, то полезно, как я указал в моей первой статье, сделать два стебля, концы которых отделены друг от друга неотсепарованной кожей. Через 2 недели этот участок отсепаровывается и превращается в стебель, который соединяет концы прежде приготовленных стеблей, благодаря чему и получается единый длинный стебель, дистальный конец которого идет на пластику.

**3. Ширина ленты**, из которой готовится стебель, должна быть такова, чтобы при сшивании ее краев не было тугого натяжения кожи. Конечно, большее или меньшее натяжение последней зависит от количества жировой клетчатки, включаемой в стебель, и от эластичности кожи. В этом пункте огромное значение имеет искусство и опыт хирурга. Как общее правило, я дал такие указания: ширина кожной ленты не должна быть менее 5,5 см по сокращении кожи после выкраивания ленты. Для живота, например, надо проводить разрезы, очерчивающие ленту, на расстоянии 7,5—8 см друг от друга. Парин предлагает для определения ширины ленты захватывать кожу пальцами в складку и отмечать положение пальцев. Этот совет имеет относительную цену, в зависимости от развития жировой подкладки. От этого общего правила бывают, однако, отступления. Например, некоторые авторы (Милостанов) для небольших пластик (например, крыла или кончика носа) пользовались очень тонкими стеблями, почти не включая в них жировую клетчатку. По данным Богораз, Подзоллов для образования кончика носа взял для стебля ленту кожи шириной в 1 см, а Богораз для оторочки ушной раковины брал ленту шириной в 2,5 см.

**4. Выкраивание ленты.** Выбрав место, проводят разрез, соответствующий намеченной длине стебля, проникая ножом на некоторую глубину в подкожную клетчатку. Параллельно первому разрезу в соответственном месте, с таким расчетом, чтобы кожная лента имела желаемую ширину, проводят вто-

рой разрез. Некоторые авторы рекомендуют ставить нож несколько косо в направлении оси будущего стебля. Отсепаровав ленту (или до отсепаровки), прибавляют к каждому из четырех концов разрезов по косому добавочному разрезу под тупым углом, открытым кнаружи от ленты. Эти разрезы, предложенные мной, облегчают сшивание раны, образовавшейся на месте выкраивания ленты. Кожа по сторонам дефекта отсепаровывается достаточно широко. Подкожной клетчатки на ленте оставляют ровно столько, сколько нужно, чтобы сведение краев ленты не сопровождалось натяжением. Излишнее срезание клетчатки опасно для питания стебля. По мнению некоторых хирургов, полезно включать в стебель и полоску апоневроза там, где жировая клетчатка не слишком толста. На шее, где ее мало, в состав стебля входит и *platysma myoides*. Богораз не видит выгоды во включении апоневроза в стебель, а Карташев горячо его рекомендует. Удалив с ленты излишнюю жировую клетчатку, ленту сшивают, то поддерживая ее на широких тупых крючках, то выворачивая. Этот процесс сшивания стебля довольно кропотлив и требует большого внимания для того, чтобы выкол иглы на одном краю ленты приходился точно против выкола на другом. Парни для лучшей подгонки краев ленты предлагает вырезать из кожи у краев лоскута в обе стороны от него по небольшому треугольнику с закругленными углами. Кроме того, у концов ленты он накладывает по одному петлеобразному шву, служащему для выворачивания нижней линии шва кверху и свертывания всей кожной ленты в трубку, что облегчает сшивание краев ее. Сшивание надо производить очень тщательно, чтобы не оставалось незащитных участков. Если стебель багровеет, надо кое-где распустить швы, чтобы он принял нормальную окраску. У начала и у конца стебля останутся небольшие участки, не покрытые кожей, и это может затянуть время заживления. По образованию стебля рана на месте выкраивания ленты зашивается по общим правилам хирургии. Как подспорье к обычным швам полезны петлеобразные швы или швы на пластинках. В качестве шовного материала для стебля и кожи Лимберг, Парадоксов и другие широко пользуются конским волосом, Богораз же предпочитает тонкий шелк.

Так как нередко натяжение краев раны бывает весьма значительно, то полезным предложением надо считать встречные треугольные лоскуты Лимберга. Как при всяких пластических операциях, так и при пластике на стебле плохое общее состояние больного, в особенности наличие у него сифилиса, является неблагоприятным моментом для исхода.

Подъем питания, лечение сифилиса крайне необходимы. Полезна терапия по предложенному мной методу применения консервированных тканей.

В последнее время я внес следующие два приема, облегчающие сшивание краев ленты и закрытие дефекта под ней.

Проведя два разреза, необходимые для выкраивания ленты, не отсепааровывают ее. В один из краев этой неотсепарованной ленты проводят несколько швов (4—5), и обе нити каждого шва берут на пены; совершенно симметрично этим швам проводят столько же швов сквозь другой край ленты. Взяв в руку швы того и другого края, приподнимают их все вместе кверху и, натягивая таким образом ленту кверху, отсепааровывают ее со слоем жировой клетчатки, что очень легко удается. Уложив ленту опять на место, просовывают каждый шов (оба его конца) под лентой навстречу соответствующему ему шву другого края ленты и связывают оба его конца с обоими концами другого шва. Благодаря точному соответствию швов не получается скашивания кожи краев ленты, как то бывает при обычном сшивании. Теперь, слегка выворачивая стебель при помощи этих швов, кладут промажучное швы в нужном количестве.

Вместо зашивания широкого дефекта под стеблем я пользуюсь с успехом закрыванием его при помощи куска кожи гуаза, сохраненной при температуре  $+3^{\circ}$  в течение 7 суток. Соответствующей величины и формы кусок такой кожи освобождают от подкожной клетчатки и накладывают на дефект.

У краев дефекта, отступя на 2—3 мм, проводят швы, захватывающие только поверхностные слои кожи, иглу переносят на другую сторону дефекта и там тоже проводят только сквозь поверхностные слои кожи, после чего концы шва связывают. Таких перекидных швов накладывают 5—6. Через 1—2 суток их удаляют. Перевязка производится ежедневно. Поверхность трансплантата ежедневно смазывают 1% раствором бриллиантовой зелени в 70% спирту. Кожа временно приживает. Поверхностные слои ее постепенно высыхают, темнеют, удалять их не надо; через несколько недель, когда они отвалятся, под струпом обнаружится розовая нежная ткань — регенерат соединительной ткани и эпидермиса кожи хозяина.

**5. Уход за стеблем.** С каждой стороны стебля кладут по длинному валику из марли, покрыв область операции слоями марли, приклеиваемой по краям клеолом; сверху кладут проволочную шину соответствующей формы. Такая повязка предохраняет стебель от какого бы то ни было сдавления. При ежедневных перевязках надо следить за кровенаполне-

нием стебля. Если имеется венозная гиперемия (побагровение стебля), то надо сделать скарификацию или снять те или иные швы. Если осложнений не произойдет, то через 2½—3 недели стебель годен для покрытия дефекта.

Если для покрытия дефекта предполагается использовать самый стебель, то со второй недели начинают «воспитывать» дистальный конец стебля. Его перетягивают марлей, резиновой полоской и т. п. сперва на несколько минут, а потом и на несколько часов, для того чтобы кровообращение в стебле происходило с его проксимального конца.

Полезным типом стебля является «провесный стебель». Проведя воспитание стебля, отрезают его дистальный конец и сшивают края ампутационного среза. Для того чтобы не слишком затруднить кровообращение в таком перерезанном стебле, его укладывают в выправленном состоянии так, чтобы свободный конец лежал на одном уровне с проксимальным концом, затем дают стеблю несколько дней повисеть свободным концом вниз, наконец, свободный конец подводят на несколько дней к месту будущей пластики. Лишние 7—10 дней вознаграждаются абсолютной уверенностью в жизнеспособности стебля и устранением некоторого риска, который имеет место, когда на образованную для пластики рану переносится стебель, не подвергшийся такой максимальной подготовке. Понятно, что и воспитание стебля перетяжками и провесной стебелю применяют в тех случаях, когда имеют в виду производить пластику распластным концом стебля. Если же для пластики должен служить лоскут у конца стебля, то воспитывать надо не стебель, а лоскут; его отсепааривают по Блэру и опять кладут на несколько дней на место, после чего опять отделяют и переносят с концом стебля на место пластики.

Я только что говорил о «провесном» первичном длинном стебле. При пользовании шагающими стеблями также применимы провесные стебли. Если покрытие дефекта производится при помощи самого дистального конца стебля, то последний расщепляется на нужную длину (даже на  $\frac{2}{3}$  длины стебля!) и тогда площадь его может достигнуть 250 и даже 400 см<sup>2</sup>, как у Богораза. Если желателен перенос лоскута кожи, то его выкраивают у конца стебля в нужной форме и величине; конец стебля составляет либо пятку лоскута, либо приходится в середине лоскута (циркулярный лоскут). Величина лоскута на конце стебля может достигать даже 50 см<sup>2</sup>, конечно, при условии достаточной толщины стебля. Уложив стебель или лоскут на дефект, пришивают его края к краям дефекта и накладывают шинную повязку или же

пользуются методом Лимберга. Лимберг рекомендует прижимать лоскут при помощи баллона, в который накачивается воздух под давлением 30 мм ртутного столба.

Мы уже упоминали о возможности включения в стебель различных материалов, необходимых для пластики (хрящ, кость) кровеносных сосудов. В качестве примера такого включения можно указать на случай Е. Ю. Крамаренко, который включил в стебель артерию. При пластике носа большинство операторов предпочитает вводить хрящ или кость в уже образованный стеблем нос.

Если требуется подбить лоскут слизистой, то это делается за некоторое время до окончательной операции. Очертав за несколько дней до нее кожу у конца стебля и отсепаровав ее, переносят на раневую поверхность кожи слизистую оболочку, взятую с губы. Можно также подбивать лоскут кожей или эпидермисом или, если необходимо иметь толстый кожный покров, например, для покрытия внутренней поверхности щеки при ее пластике, то лоскут на конце стебля выкраивают такой ширины, чтобы его можно было сложить вдвое.

Техника первичного короткого стебля не требует особого описания.

### Шагающий стебель

Предложенный мной шагающий стебель (раньше называвшийся блуждающим) широко применяется в хирургии, так как обладает рядом преимуществ.

При помощи его можно пригонять на место операции кожу из любого участка тела, затрачивая относительно мало материала.

При выборе места для взятия стебля руководствуются теми принципами, которые были указаны выше, а кроме того, принимают во внимание расстояние от места будущей пластики, стараясь по возможности сократить путь стебля, чтобы выиграть время (из расчета 2—3 недели на каждый шаг стебля). Наиболее подходящими местами для пластики шагающими стеблями на лице являются грудь, верхняя часть живота, спина. Шагающий стебель обычно делают коротким — длиной в 10—12 см, но можно пользоваться и довольно длинными стеблями. Если применяется длинный стебель, то сроки между «шагами» надо брать не в две, а лучше в 4 недели (Карташев). В этих случаях я рекомендую образовывать два стебля по 12 см длиной каждый. Эти стебли не доходят своими концами друг до друга на некотором протяжении.

Через 3 недели отделенные друг от друга концы стеблей отрезают и передвигают в направлении будущей пластики. Через 3 недели участок кожи между сближенными концами стеблей отделяют и переносят на новое место в направлении к месту пластики.

При указанном методе для пластики должна служить средняя часть очень длинного стебля. Если желательны, то для пластики может применяться один из концов длинного стебля, выкроенного с указанной временной перемычкой, конец может быть либо снабжен кожным лоскутом, либо раскластан в момент пластики. Весьма рациональной формой блуждающего стебля является стебель на трех ножках, которые делают шаги по направлению к месту пластики.

Если предполагается закрыть дефект блуждающим стеблем, то при большом дефекте выгодно применять несколько стеблей и пускать их к дефекту либо широким фронтом с разных сторон, либо кильватерной колонной.

### **Мигрирующий (или путешествующий, странствующий) стебель**

Мигрирующим стеблем является нижеследующий подвид вторичного стебля. Вместо того чтобы проделывать длинный путь по поверхности тела, шагая в направлении места будущей пластики, стебель, выкроенный обычно на животе, одним концом вшивается в разрез кожи, сделанный на предплечье или на кисти (в этом случае пользуются обычно анатомической табакеркой). По истечении 3 недель отрезают стебель от туловища и переносят этот конец на дефект, прибинтовывая верхнюю конечность к голове больного, как при итальянском способе пластики. Понятно, что такой перенос стебля очень сокращает срок его путешествия, а перед чистым итальянским методом представляет значительное преимущество как в отношении ухода за больным, так и условий для приживания стебля. Для взятия стебля, переносимого на верхнюю конечность, обычно выбирается грудь или живот, но иногда можно брать стебель и в других местах. Близко к этому странствующему стеблю стоит стебель, выкроенный прямо на верхней конечности. По Джанелидзе, концы его лежат на передней поверхности плеча и предплечья, а по Рауэру — на боковой поверхности плеча и предплечья.

### **Острый стебель**

В тех случаях, когда пластика кожным лоскутом предполагается на длинной ножке, иногда прибегают к сшиванию ее краев, чтобы закрыть раневую поверхность. Такое закры-

вание ножки, несомненно, весьма полезно для уменьшения опасности инфекции ножки лоскута.

Конечно, такой круглый стебель, сделанный ex tempore во время самой пластики, не имеет того огромного преимуществва, которое представляют стебли, выдержанные 2—3 недели до момента пластики. Отсутствует та мощная сеть питающих сосудов, которая имеется в выдержанных, или «хронических», как их иногда называют, стеблях. Однако, благодаря избавлению раневой поверхности от инфекции и раздражения, питание лоскута может быть косвенно улучшено. Таким образом, острый стебель может быть полезен, но надо помнить, что ножка не должна быть слишком узкой и слишком длинной.

### Биология стебля

Питание стебля происходит в первые дни при помощи сосудистой сети кожи и оставшихся неповрежденными сосудов подкожной клетчатки. С течением времени в стебле развиваются вдоль его оси или линии сращения с обоими его концов несколько крупных артерий и вен; таким образом, стебель получает питание как некое подобие органа. Нередко при перерезке стебля кровотечение сопровождается пульсацией, настолько крупны артерии. При очень длительном существовании стебля сосуды, если он длинен, посредине становятся тоньше. Если стебель остается долгое время не распластанным на дефекте, то, как отметил Богораз, он становится вялым, истончается. Линия сращения краев ленты, послужившей для образования стебля, при безукоризненном послеоперационном течении заметна в виде узкой рубцовой полоски. При не совсем спокойном заживлении имеется более или менее широкая рубцовая полоса, которая при длительных странствованиях стебля может повлечь скрючивание стебля, вследствие чего шаги стебля станут очень маленькими. Вот почему шивание краев ленты при образовании стебля следует производить, тщательно соблюдая все требования техники и асептики. Если произошло укорочение стебля, то необходимо иссечь всю рубцовую полосу и сшить кожные края; стебель, благодаря устранению рубца, удлиняется на своей вентральной стороне.

В первичном стебле чувствительность концов его сохраняется. В блуждающем стебле она, понятно, утрачивается, но если такой стебель оставляется долгое неотрезанным, то чувствительность медленно восстанавливается; в случае Богораз весь стебель длиной в 8 см через 4 года оказался чувствительным. Мне не приходилось видеть атрофии стебля даже

и при очень долгом его существовании. Лоскут, принесенный стеблем, или конец стебля, распластанный над дефектом, несколько уменьшается в объеме вследствие уменьшения явления отека, но затем он не подвергается процессу атрофии. Благодаря этому и возможно такое хорошее построение носа, губ, век, которое дает стебель. Иногда (для носа) не приходится даже включать хрящ, настолько плотны ткани стебля. Нередко при пластике кожа стебля берется в избытке; в таком случае при дальнейшей косметической формовке надо иссечь излишек подкожной клетчатки посаженного лоскута, но делать это надо в меру, не удаляя всей клетчатки (во избежание атрофии кожи или рубцового ее стяжения).

### Область применения стебля

Стебель применяется для пластических целей чрезвычайно широко, и область его применения все растет. Хирурги пользуются им для восстановления крыльев носа, кончика носа, всего носа; при наличии скелета носа и при отсутствии такового, при комбинации отсутствия носа со вскрытием носовых пазух, стебель применяется для восстановления губ, несквозных и сквозных дефектов щек, неба, челюстей, ушей, рубцовых контрактур конечностей, пальцев, трахеи, пищевода, уретры, вагины, пениса, мошонки, для закрытия различных дефектов, остающихся после удаления (рубцов, опухолей и т. д.

В задачу настоящего очерка не входит описание техники различных способов пластических операций при помощи круглого стебля. «Круглый стебель» — это метод, и как таковой он предоставляет широкое поле изобретательности хирургов в создании конкретных способов для достижения того или иного пластического эффекта. Как на почве индусского метода выросли способы операций (Диффенбаха, Фрике, Моссера, Израэля и др., так и на методе круглого стебля основаны способы операций Волошинова, Крамаренко, Богораза, Лимберга, Джанелидзе, Парина и многих других. Круглый стебель знаменует собой новую обширную главу пластической хирургии, и по моему убеждению хирургическая литература нуждается в монографии, в которой были бы собраны и систематизированы достижения отдельных авторов по этому вопросу с указанием участия каждого из них в создании того или иного способа операций с круглым стеблем.

Круглый стебель может найти применение в экспериментальной медицине и в экспериментальной биологии. Так, он может быть удобен при изучении вопросов парабноза (сшивание двух особей). Проф. Бабкин первый предложил

включать в круглый стебель сонную артерию для изучения (на собаках) кровяного давления, а д-р Преображенский предложил для этой цели специальную муфту, которая охватывала стебель со включенной в него артерией и позволяла записывать пульс последней с помощью кимографа. На стебле легко получить участок кожи, лишенной длинных нервных путей, для изучения вопросов иннервации сосудов, для изучения регенерации нервов и т. п.

## Глава II

### КРУГЛЫЙ СТЕБЕЛЬ В ОФТАЛМОЛОГИИ

Казуистика применения круглого стебля в офтальмологии была дана мной в свое время в ряде статей. Здесь же я приведу краткий систематический очерк этого вопроса.

#### Пластика век.

Офтальмология обладает большим количеством способов восстановления век, созданных на принципах лоскутного индусского метода, отчасти итальянского метода, свободной аутопластической пересадки кожи. Способы Фрикке, Дифенбаха, Кунта, Булова-Имре, Вольфа-Краузе, Тирша и т. д. дают окулисту богатые средства для восстановления дефектов век и для исправления выворота их. Но встречаются случаи, когда по тем или иным соображениям желательно или необходимо применить пластику на круглом стебле. Чаще всего это случается тогда, когда окружающие части лица не могут быть использованы для выкраивания лоскутов вследствие наличия рубцовых изменений (кожи, также в случаях слишком обширных пластик век после ожогов и в случаях, когда на успех свободной пересадки кожи трудно рассчитывать (например, после люпуса) или когда она не применима (для восстановления всей толщи век), наконец, при необходимости производить сложную пластику лица (век, носа, губ). Если вспомнить, что взятие лоскутов на лице в некоторых случаях, правда, редких, дает некроз, что создает очень тяжелое положение и для больного, и для врача, то иногда во избежание порчи лица предпочтительно прибегнуть к стеблю. Но, конечно, не надо забывать, что метод круглого стебля требует значительно больше времени, чем лоскуты на обычной ножке.

Стебель, приготовляемый по принципам, изложенным выше, может быть первичным длинным, первичным коротким и вторичным шагающим; мигрирующий стебель применим только в случае возможности наложения безукоризненной повязки, удерживающей руку на голове.

Местами для приготовления длинного первичного стебля служат:

а) **Шея.** Ею можно свободно пользоваться для приготовления длинного первичного стебля у пожилых людей, у молодых же нередко приходится отказываться из-за соображений косметических. Лента берется от сосцевидного отростка до надключичной области.

б) **Спина.** Проксимальный конец стебля в области надплечья. Длина определяется измерением при помощи ленты марли.

в) Для короткого шагающего стебля у мужчин служит грудь (если она не слишком волосиста), нижняя треть шеи, спина, то же и у пожилых женщин, у молодых же женщин — спина.

г) Для длинного шагающего стебля и у мужчин, и у женщин — боковая сторона живота, спина.

д) Иногда стебель готовится на лбу (для модификации операции Фрикке).

Так как в общей части настоящего очерка техника приготовления стебля рассмотрена достаточно полно, то я перехожу к рассмотрению отдельных задач пластики век стеблем, предполагая, что стебель первичный или шагающий уже готов.

**А. Несквозная пластика века при рубцовом вывороте нижнего века.** 1. Всю рубцовоизмененную область иссекают, по возможности сохраняя волокна *m. orbicularis*. После иссечения рубцов веко должно свободно занимать свое нормальное положение. Чтобы оно находилось под лоскутом в расправленном состоянии, можно поступить двояко. Первый вариант: освежают межреберные пространства того и другого века и сшивают их, проводя вколы и выколы иглы в межреберном пространстве. Накладывают три-четыре шва, цель которых — сращение век после пластики. Через 2 недели веки освобождают друг от друга несколькими сечениями ножниц. Второй вариант: сквозь всю толщу края века проводят несколько (3—4) петлеобразных швов (на 2 иглах каждый), каждый из этих швов проводят через кожу лба и, связывая концы нитей, слегка подтягивают край века кверху так, чтобы он несколько наехал на верхнее веко (ресницы века, понятно, сбриты). Если через несколько дней швы начнут на веке прорезываться, их надо заменить новыми; через 10 дней можно швы снять.

2. Самая тщательная остановка кровотечения (лигатуры!).

3. Отсечение дистального конца стебля. Или берут лоскут кожи надлежащей величины, или распластывают конец стебля, придавая ему нужную форму. При этом не надо слишком состригать подкожную клетчатку. Остановка кровотечения из стебля. Надо стараться не перекрутить и не перегнуть стебель.

4. Лоскут или распластанный конец стебля укладывается на раневую поверхность. Полезно провести сквозь ее дно 2—3 петлеобразных шва на двух иглах и провести их сквозь кожу стебля. Сделав это, тщательно пришивают края кожи стебля к краям раны и завязывают петлеобразные швы, чтобы обеспечить хорошее прилегание раневых поверхностей.

5. Повязка с валиком вдоль стебля. Если стебель свисает, то полезно подхватить его полоской марли, прикрепив ее к повязке или к коже виска (коллодием). На область века я предпочитаю класть проволочную шину типа сетки Фукса.

6. Ежедневные перевязки. Скарификации в случае застойных явлений. Швы снимаются постепенно, начиная с 6-го дня.

7. Через 2 недели стебель отсекают от лоскута. Швы на рану лоскута. Ампутированный конец стебля либо вшивают в разрез кожи на лице (если желательнее использовать дистальный конец его для другой пластики), либо ампутационная рана зашивается и стебель сохраняется для другой пластики (этим же концом) как провесной. Он может быть удлинен на проксимальном конце. Можно, не отрезая стебля от лоскута, использовать его проксимальный конец для пластики, скажем, другого века (через 2 недели).

8. Кожа новообразованного века, если оно толсто, через 3—4 недели отсепаровывается и освобождается от излишней клетчатки, часть клетчатки непременно надо сохранить во избежание атрофии или рубцевания.

**Б. Несквозная пластика верхнего века при рубцовом вывороте.** Все, что было сказано о нижнем веке, относится и к пластике верхнего. Следует подчеркнуть, что при вырезании рубцовой ткани надо помнить как о круговой мышце, так и о мышце, поднимающей верхнее веко; оттягивание века швами производится, понятно, книзу.

**В. Несквозная частичная пластика век.** Она производится при помощи стебля редко. Главным показанием являются рубцы у внутреннего угла глазной щели. Здесь стебель очень удобен. Лоскут или распластанный конец стебля можно разрезать вдоль, если это нужно по ходу операции.

**Г. Несквозная пластика обоих рубцово-вывернутых век.**

При этой пластике после удаления рубцов обязательно срезаание эпидермиса с межреберного пространства того и другого века и сшивание век между собой (ресницы должны быть, понятно, сбиты или, лучше, выдернуты). Можно покрыть раневые поверхности век одним большим лоскутом, разрезав его по срединной линии соответственно сшитой глазной щели. Но применение такого большого лоскута (или самого стебля) для закрытия обоих дефектов допустимо только при условии мощного, толстого, хорошо воспитанного стебля (или лоскута). Тщательное пришивание лоскутов к краям дефектов и ко дну их. Если стебель не очень мощен, то лучше сделать сперва одно веко, а потом другое через 2 недели при помощи проксимального конца стебля.

**Д. Несквозная пластика всего века при помощи короткого первичного стебля.** Я неоднократно пользовался с успехом круглым стеблем, модифицируя его образованием операции Фрикке. За 2 недели до предполагаемой пластики выкраивается лента шириной в 7 см. Начало ее — на уровне угла глазной щели, конец — над серединой брови; лента превращается сшиванием в стебель, рана под стеблем сшивается. Через 2 недели на дистальном конце стебля выкраивается лоскут несколько шире дефекта и переносится на поверхность дефекта, где и пришивается по указанным выше правилам (после предварительного вырезания рубцов и пришивания века к другому веку или растягивания его швами). Через 2 недели дистальный конец стебля отсекают, стебель разрезают по вентральной поверхности, укладывают после разреза кожи виска и лба на старое место, где и пришивают. Впоследствии — утончение лоскута, если он избыточен. Выгоды такого способа перед обычным способом Фрикке заключаются в лучшем обеспечении питания лоскута и в отсутствии необходимости делать «дорожку» для ножки лоскута близ наружного угла глазницы; невыгода — некоторая трата времени, окупающаяся тем, что каждая из операций упрощена. Еще более упрощается дело, если рану под стеблем не зашивать, а покрыть куском трупной консервированной кожи; под ним рана заживет без осложнений.

**Е. Несквозная пластика всего века после удаления опухоли.** Делается по вышеуказанным правилам.

**Ж. Сквозная пластика полностью одного века.** При сквозной пластике века дело осложняется необходимостью покрыть раневую поверхность лоскута слизистой оболочкой (или, если глаза нет, эпидермисом).

1. Оперативная помощь начинается с подготовки лоскута у дистального конца стебля. Он выкраивается или так, что конец стебля будет составлять пятку лоскута, или так, что

конец стебля приходится посредине его. Величина лоскута берется с избытком. Форма повторяет приблизительно форму века. Лоскут отсепааровывают, понятно, только до конца стебля. На раневую поверхность накладывают большой кусок слизистой оболочки губы или щеки больного; с лоскута слизистой предварительно состригаются железки. Накладывается несколько швов. На вырезании слизистой я не останавливаюсь, напоминая только, что на месте взятия слизистой надо тщательно остановить кровь (если надо—лигатуры!), но рану можно не зашивать, она хорошо эпителизируется сама. Лоскут, подбитый слизистой, кладут на место и края его несколькими швами нетуго прикрепляют к краям окружающей кожи. Обычная или шинная повязка. Ежедневные перевязки. Через 10 дней лоскут, если он не багровый, можно переносить на место пластики. Можно пользоваться и дистальным концом стебля; стебель должен быть на конце шире, он должен быть воспитан; для посадки слизистой стебель расщепляют у дистального конца, который отсекают через 10 дней после пересадки слизистой. Если глаза нет, то и в первом, и во втором случае производится пересадка по Тиршу.

2. Отсечение века производится в зависимости от особенностей случая. Если века уже не было, то оживляют края дефекта. Межреберное пространство другого века, если оно есть, оживляют.

3. Лоскут переносят на место дефекта и край его сшивают как с краями дефекта, так и с межреберным пространством другого века. Через 10 дней линию сращения век отсекают.

4. Если веко имеет склонность заворачиваться, то его укрепляют всаживанием полоски хряща (ребра), проводимой в туннель, сделанный под кожей.

5. При избытке кожи или жира — дополнительное вмешательство.

3. Сквозная пластика обоих век. Делать ее при помощи одного лоскута вряд ли возможно. Если век уже нет, вследствие, например, отрыва, то задача сводится к образованию сперва одного века, а потом к пластике другого при помощи проксимального конца стебля, как сказано выше. Но если веки надо удалить по поводу рака (при наличии глаза), то надо попытаться сделать одно веко стеблем (как сказано выше), а другое одновременно способом Фрикке (с заранее подготовленным лоскутом, покрытым слизистой оболочкой) или же вторым, тоже заранее подготовленным стеблем. Мне кажется полезным до момента образования век предварительно покрыть роговицу лоскутом конъюнктивы склеры, взяв его широко на наружной половине глазного яблока

и перекинув на роговицу эпителиальной стороной; для этого конъюнктиву склеры соответственно внутренней половине глаза полуциркулярно надрезают и внутренний край разреза сшивают с краем лоскута. Эта предосторожность не лишняя, так как возможны непредвиденные осложнения, которые могут повести к трению века по роговице.

**И. Частичная сквозная пластика века.** Она может изредка потребоваться при удалении опухолей, при травматических и врожденных дефектах (после язв. Для образования края века можно прибегнуть к тоненькому стебельку, взятому с волосистой части головы и перенесенному на веко первичным или вторичным стеблем или пришедшим на место в виде шагающего стебля. Тонким стеблем возможно, мне кажется, и производить несквозную пластику края века (например, при вывороте его в результате блефарита).

Я обращаю внимание на то, что в некоторых случаях можно при несквозных и сквозных пластиках век пользоваться лоскутным (индусским) методом для образования века (например, по Фрикке, Диффенбаху), а дефект на месте взятия лоскута закрывать приготовленным заранее стеблем.

#### Комбинированная пластика век и других частей лица

Окулисту, к которому поступил для пластики век больной с другими дефектами лица (губ, щек, носа), не приходится, особенно в военное время, отказываться от пластического исправления последних. Невозможно представить здесь различные способы пластических операций, сюда относящихся. Я ограничусь лишь несколькими примерами, чтобы показать, какой безукоризненный материал представляет собой круглый стебель. В схематическое описание и изображение моих случаев не вошли различные дополнительные операции в виде утончения лоскутов с косметической целью.

В одном случае, описанном мной в 1926 г., у красноармейца на правой стороне лица имелся обширный наевус (nasus filiformis), занимавший большую часть щеки, нижнее веко, правую половину губы, правую половину носа. Безобразное пятно угнетало больного, мечтавшего о семейной жизни и убеждавшегося в том, что оно являлось препятствием в достижении этой цели. Лечение впрыскиваниями спирта, углекислотой не дало успеха, и больной готов был на любую операцию. Оперативное лечение начато было с образования стебля (длиной в 25 см на груди). Стебель проведен был до угла нижней челюсти. Отсюда его дистальный конец пошел на ватялок и захватил отсюда лоскут кожи с волосами. Лоскут по удалении части наевуса, занимавшей губу, уложен на дефект. Через 2 недели проксимальный конец оточен от угла челюсти и, будучи рассечен продольно с вентральной стороны, закрыл дефект, оставшийся после удаления той части наевуса, которая занимала нижнее веко и часть щеки. Через две недели проксимальный конец стебля перерезан, стебель с вентральной стороны разрезан вдоль и им покрыт дефект, оставшийся после удаления остальной части наевуса на щеке

и носу. Дистальный конец стебля отсечен от губного лоскута и распластан на щеке близ носогубной складки. Косметический эффект получился вполне удовлетворительный, и молодой человек благополучно обзавелся семьей.

Во втором случае у молодого человека вследствие волчанки получился выворот обоих нижних век и частичный выворот правого верхнего века, была разрушена большая часть кожно-хрящевой части носа с перегородкой, на не защищенных веками роговицах часто вспыхивали воспаления и имелись помутнения, близкие к стойкому состоянию. Стебель, приготовленный на груди, дошагал до левого нижнего века, которое он образовал проксимальным концом. Дистальный конец отрезан от угла челюсти и, будучи перекинута через нос больного, пошел на пластику нижнего века правой стороны и исправление частичного выворота верхнего века. Отрезав этот стебель от правого века, я взял дистальный конец его в разрез кожи лба. Через 2 недели проксимальный конец отрезав от нижнего века левой стороны, ампутиционная рана зашита, и стебель оставлен на несколько недель висеть («провесной стебель»). Конец стебля через некоторое время распластан, и раневая поверхность покрыта по Тиришу, получившееся лопатообразное расширение конца стебля рассечено двумя разрезами на три части, раневые поверхности покрыты эпидермисом. Средняя узкая часть должна была пойти на образование носовой перегородки, две широкие боковые — на образование крыльев носа. Следующая операция произведена так: на вентральной стороне стебля, начиная от эпителизированной поверхности его распластанной части, сделан продольный разрез, проникающий неглубоко в вещество стебля, перпендикулярно к этому разрезу; у верхнего конца его сделан поперек стебля неглубокий разрез, кожа стебля отсепарована в стороны. По всей окружности носового отверстия проведен разрез, проникающий на 0,5 см вглубь тканей; по спинке носа, начиная от края носового отверстия, сверху на 1,5 см сделан разрез, проникающий сквозь толщу кожи; перпендикулярно к нему у конца его сделан поперечный разрез по спинке носа, кожа вдоль этих разрезов отсепарована в стороны на 0,5 см. Стебель положен окровавленной поверхностью на окровавленную поверхность носа; отсепарованные закрывки носа и стебля сшиты друг с другом, средняя часть разрезанной лопатки стебля загнута вниз и оживленный конец ее висит в дефект, сделанный над губой у края носового отверстия. На несколько недель тканям дан отдых. После этого в стебле, по его вентральной стороне, сделан глубокий разрез до его прикрепления на лбу; такой же разрез сделан по спинке носа, и кожа последней отсепарована в стороны; края распластанного стебля сшиты с краями отсепарованной кожи спинки носа. Несколько дополнительных операций с косметической целью.

Нос получился вполне удовлетворительный, и больной остался им доволен.

Эти примеры показывают, как можно маневрировать стеблем на лице и какой благодарный материал он собой представляет.

### Пластика глазницы

Пластика в области глазницы может преследовать различные задачи. Так, может потребоваться закрыть пустую глазницу после ее экзентерации для ускорения послеоперацион-

ного заживления и для создания лучшего косметического состояния ее. Такая же цель может быть поставлена при операции орбитосинуальной экзентерации, произведенной по методу Головина или Филатова. Далее может потребоваться такая пластическая операция, которая позволила бы носить протез; в некоторых случаях может оказаться необходимым восстановление стенки орбиты даже при наличии глаза. Я рассмотрю здесь некоторые из этих задач.

**А. Закрытие полости глазницы после ее экзентерации.** Оно может потребоваться, если удалены веки; при наличии последних достаточно, удалив конъюнктиву и края, вернуть их внутрь орбиты. При отсутствии век покрытие стенок орбиты лоскутом, выкроенным на лбу и виске, вполне показанное у стариков, нежелательно у молодых, так как оно вносит новые косметические дефекты. Закрытие глазницы на стебле распадается на следующие акты:

1) подготовка толстого стебля с широким лоскутом, окружающим ножку стебля; стебель может быть сделан или первичный, длинный, или же шагающий; лоскут должен быть **воспитан**;

2) экзентерация глазницы без сохранения век, простая или поднадкостничная;

3) лоскут переносится в глазницу, и края его пришиваются к коже у краев орбиты;

4) через месяц, не раньше, стебель отсекают от лоскута. Если же последний не выстилал всю поверхность глазницы, то проксимальный конец отсекают и распластаный лоскут идет на дополнительное пластическое закрытие орбитальной стенки. Об использовании стебля для восстановления век смотри ниже.

**Б. Закрытие полости с целью ускорения заживления ее после орбитосинуальной экзентерации по Головину или Филатову.** При юбширности раневой поверхности, распространяющейся далеко за пределы глазницы, лоскут на стебле должен быть большим (со стеблем в середине его), а самый стебель достаточно мощным. Перед укладыванием лоскута в полость необходимо сделать разрезы вдоль наружного и внутреннего краев орбиты кверху и книзу и мобилизовать лобный (кожно-мышечный) и подглазничный лоскуты. Края стеблевого и указанных лоскутов сшивают друг с другом, дополнительные швы на стеблевой лоскут и кожу около глазничной рапы. Лоскут должен свободно лежать на раневой поверхности. В случае расхождения линии сращения можно через несколько недель использовать проксимальный конец стебля для дополнительного покрытия. Закрытие глазницы стеблем было произведено впервые Новиковым.

**В. Восстановление края орбиты.** Приготовив стебель и воспитав его конец или лоскут, удаляют рубцы на месте дефекта и выполняют последний лоскутом или стеблем, не иссекая подкожной клетчатки, чтобы создать достаточный рельеф. Через 2 недели имплантируют под лоскут хрящ ребра (если это нужно). Еще через 2 недели — резекция стебля.

**Г. Пластика глазницы в целях ношения протеза при условии наличия век.** Если веки (при экзентерации сохранены, то непосредственно после экзентерации вводят вглубь орбиты циркулярный лоскут на стебле и сшивают по возможности края его с остатками мягких тканей края века. Через несколько недель резекция стебля в такой степени, чтобы искусственный глаз сидел на культе.

**Д. Пластика глазницы в целях ношения протеза при условии отсутствия век.** В этом случае непосредственно после экзентерации вводят в глазницу циркулярный лоскут на мощном длинном стебле, как сказано выше (см. п. А). По окончании приживления лоскута отсекают проксимальный конец стебля и поворачивают его так, чтобы стебель, надрезанный продольно, лег вдоль верхнего края орбиты, тоже надрезанного. Сшивают края надреза стебля с краями надреза края орбиты. Через 2—3 недели — отсечение дистального конца от лоскута, лежащего в орбите, и приживание надрезанного продольно стебля к нижнему краю орбиты. Понятно, что необходим ряд дополнительных операций.

**Е. Пластическое протезирование глазницы.** Если после ранений или оперативных вмешательств (по поводу опухолей) имеется уже покрытая кожей или рубцами впадина неопределенной формы и размеров с нарушением целостности костных краев глазницы, то пластику указанными способами вряд ли стоит предпринимать. В подобном случае допустима попытка восстановить до некоторой степени косметику, придерживаясь следующей идеи, принадлежащей мне совместно с моим учеником, моим заместителем по Украинскому экспериментальному институту глазных болезней, начальником одного из госпиталей д-ром Тиваровским.

Наш план состоит в том, чтобы доставить на место пластики уже готовый рельеф глазницы и век вместе с протезом.

На животе кожа берется в две складки, в образовавшуюся между ними впадину вкладывается протез для примерки. У носового и височного краев протеза поверхности соприкасающихся складок окровавливают и тщательно сшивают. Для обеспечения сращения сквозь основание этой искусственной кожной «наглазницы» проводят петлеобразные швы. Через некоторое время справа и слева от «наглазницы» об-

разуют два мощных стебля; из них тот, который соответствует носовому краю протеза, — короткий, а височный — длинный. Через 2 недели книзу от «кожной наглазницы» проводится полукруглый разрез кожи, и «наглазница» вместе с очерченным ими довольно высоким лоскутом отсепаровывается от подлежащих тканей. Сверху от «наглазницы» проводится слегка изогнутый разрез, дающий незначительной высоты лоскут. Нижний лоскут проводят под «наглазницей» и сшивают с верхним лоскутом, благодаря чему «наглазница» оказывается сзади покрытой кожей. По истечении 2 недель один стебель доводится до «наглазницы», а еще через 2 недели и другой. Теперь «наглазница» включена в длинный стебель. По принципу шагающего стебля «наглазницу» доводят до орбитальной впадины и окровавленный конец носового стебля вшивают в разрез на лбу больного (в области glabella). Позднее, отвернув «наглазницу», надрезают кожу, покрывающую ее сзади, отсепаровывают ее, окровавливают (путем отсепаровки кожи или рубцов) глазничную впадину и укладывают в нее «наглазницу» (швы). В дальнейшем — ампутация стеблей с распластыванием их остатков. Дополнительные операции.

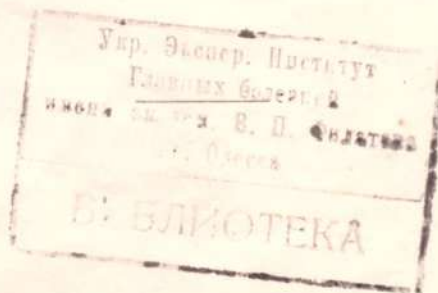
Из перечисленных глазнично-пластических операций первые четыре (пп. А, Б, В, Г) достаточно обоснованы, так как аналогичные операции выполнялись с применением обычных лоскутов по индусскому методу (операции Головина, Романо-Катанья и др.), а операция п. Б выполнена и стеблем. Следует вспомнить о возможности применения стебля для закрытия дефектов, оставшихся после взятия лоскута по индусскому методу. Операции, описанные в пп. Д и Е, являются только предложениями, еще не имеющими аналогии в области пластики лоскутами, но они настолько теоретически обоснованы, что можно попытаться осуществить их в подходящем случае.

Может возникнуть вопрос о целесообразности пластического восстановления орбиты. Тот, кто видел больных с обезображиванием лица (в частности, при невозможности ношения протеза), которых особенно много во время войны, знает, как жадно мечтают пострадавшие о восстановлении условий для протеза. Значение косметических операций надо оценивать не только с точки зрения зрительной, но и с точки зрения самого пострадавшего. Часто он бывает угнетен обезображиванием и помочь ему — это сплошь и рядом значит — вернуть ему бодрость и работоспособность. Конечно, не надо вдаваться в уродливые формы косметической хирургии. Конечно, каждый случай надо индивидуализировать, и нередко удается убедить пациента не пускаться на утомительный путь

множественных пластических операций при отсутствии гарантий успеха. Но иногда косметическая операция, если она уже более или менее верна, крайне необходима не только для самочувствия, но и для профессиональных целей. Разве не полезно сохранить внешний вид, например, глаза или самый глаз артисту (как то сделал проф. Головин известному артисту Гореву, применив нейрэктомию)? Глазничная пластика еще не может похвастать большими достижениями, но индусский метод и не мог дать их. Возможно, что круглый стебель расширит рамки нашего искусства, и нет оснований останавливаться перед трудностями; что невозможно было сегодня, будет достигнуто в будущем, но через настойчивый труд!

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обычно принято считать, что офтальмология является ветвью хирургии. Это не совсем точно. Офтальмология, как видно из манускриптов и клиновидных надписей древних народов, так же стара, как и другие ветви медицины. Но верно то, что когда началось более или менее правильное преподавание хирургии в университетах, то учение о глазных болезнях преподавалось хирургами. Когда офтальмология окрепла на руках своей старшей сестры, она встала своими ногами на ту почву физики, химии и биологии, которая питает всю медицину, и идет к истине самостоятельно, не забывая помощи, оказанной ей хирургией. Поскольку в изобретении круглого стебля я участвовал как офтальмолог, я радуюсь тому, что офтальмология не только оплачивает хирургии стеблем за гостеприимство, но и вновь тесно связывается с ней при помощи стебля. Хирурги дали ему мощное развитие. В настоящее время стебель призван сыграть особенно большую роль в деле оказания помощи славным защитникам нашей социалистической родины. Я буду счастлив, если моя работа будет способствовать распространению метода круглого стебля в восстановительной хирургии военного, а также и мирного времени.



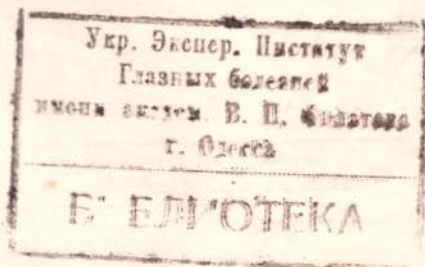
## ЛИТЕРАТУРА

- Алмазова А. А., Пластическое замещение дефектов лица, Саратов, 1925. — Богораз Н. А., Восстановительная хирургия, Ростов/Д., 1940. — Волошинов В. А., Новый способ пластики нижней губы, Нов. хир. арх., 1923. — Гусынин В. А., Восстановительная хирургия, Казань, 1937. — Gillies, Plastic surgery of the face. London, 1920. — Джанелидзе Ю. Ю., Пересадка кожи с помощью длинных трубчатых ножек, Нов. хир. арх., 1924. — Ganzel, Berlin, Klin. Weschr., Nr. 45, стр. 1095, 1917. — Карташов З. И., Восстановительная хирургия лица, Ростов/Д., 1935. — Крамарешко Е. Ю., и Преображенский Н. М., Пластика на круглом стебле по данным хирургов СССР, Вестн. хир. и погр. обл., 1928. — Лимберг А. А. и Львов П. П., Учебник хирургической стоматологии, Медгиз, 1938. — Новиков В. Н., К вопросу о пластике носа, Медико-санитарный сб. изд. Красного креста, Одесса, 1918. — Парин Б. В., Способ ускорения миграции круглого филатовского стебля, Вестн. хир. и погр. обл., 1931. — Ситковский П. П., К вопросу о закрытии обширных дефектов, Вестн. хир. и погр. обл., 1927. — Филатов В. П., Пластика на круглом стебле, Врач. дело, № 16—21, 1921. — Филатов В. П., Пластика на мигрирующем круглом стебле, Вестн. хир. и погр. обл., 1924. — Filatov, Runder Wandersillise bei komplizierten Plastikn der Lider und des Gesichts, Arch. f. Klin. Chir., Bd. CXL VI, 1927. — Франке-Иберг Б. Е., Восстановительная хирургия лица, М.—Л., 1936. — Шамоу, Новый принцип пластики пищевода, Нов. хир. арх., т. XXI.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие . . . . .	3
Введение . . . . .	5
<i>Глава I.</i> Методика и техника круглого стебля . . . . .	9
Первичный длинный стебель . . . . .	10
Шагающий стебель . . . . .	15
Мигрирующий (или путешествующий, странствующий) стебель . . . . .	16
Острый стебель . . . . .	16
Биология стебля . . . . .	17
Область применения стебля . . . . .	18
<i>Глава II.</i> Круглый стебель в офтальмологии . . . . .	19
Пластика век . . . . .	19
Комбинированная пластика век и других частей лица . . . . .	24
Пластика глазницы . . . . .	25
А. Закрытие полости глазницы после ее экзентерации . . . . .	26
Б. Закрытие полости с целью ускорения заживления ее после орбитосинауальной экзентерации по Головину или по Филатову . . . . .	26
В. Восстановление края орбиты . . . . .	27
Г. Пластика глазницы в целях ношения протеза при условии наличия век . . . . .	27
Д. Пластика глазницы в целях ношения протеза при условии отсутствия век . . . . .	27
Е. Пластическое протезирование глазницы . . . . .	27
Заключение . . . . .	29
Литература . . . . .	30





М—В—50

Редактор проф. П. Е. ТИХОМИРОВ

Л72333.

подписано к печати 7/X 1943 г.

Печ. л. 2

Авт. л. 1,65

Знаков в 1 п. л. 40 000

\*Цена 90 к.

Заказ 2331.

Тип. «Красное знамя», Москва, Суцеская, 21.



