

Министерство Здравоохранения СССР
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ



БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Н. М. МИХЕЛЬСОН и М. П. ШЕФТЕЛЬ

ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ
И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ
В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ
ХИРУРГИИ

МОСКВА

1951

617

Иль 8930

М-69

Михельсон

Вилатовский стержень

и его применение

Лухи Скородумская

Лухи Сидорев

617
М. 69

Министерство Здравоохранения СССР
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Н. М. МИХЕЛЬСОН и М. П. ШЕФТЕЛЬ

ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ
И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ
В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ
ХИРУРГИИ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

Члена корреспондента Академии медицинских наук
заслуженного деятеля науки, профессора
Н. Н. ПРИОРОВА

Укр. Энцикл. Институт
Глазных болезней
имени академика В. П. Филатова

8430 г. Одесса

Б. БЛИОТЕКА

М О С К В А 1 9 5 1

ВВЕДЕНИЕ

Пластическая хирургия в настоящее время стала наукой, достижения которой широко применяются для лечения и восстановления формы и функций всех органов человеческого тела. В наши дни, пожалуй, трудно представить себе хирурга, которому не приходилось бы в той или иной мере заниматься пластикой.

В годы Великой Отечественной войны хирургия, как и вся советская медицина, обогатилась новым опытом. Война и выдвинутые ею требования привели к переработке и усовершенствованию методов лечения, к созданию новых более эффективных методов восстановительных операций.

Быстрое развитие пластической хирургии началось еще во время первой мировой войны. Именно тогда были достигнуты значительные успехи в разработке ряда пластических операций на основе использования местных тканей и трансплантатов кожи. Однако восстановление отдельных частей лица, конечностей, а также пластика пищевода, мочеполовых и других органов все еще представлялось почти неразрешимой задачей, так как невозможно было получить кожный материал достаточных размеров.

Метод использования соседних тканей (лоскут на ножке) и свободная пересадка кожи оказываются недостаточными при более широких пластических операциях, имеющих целью восстановление отдельных органов или закрытие обширных, особенно сквозных дефектов.

Итальянский метод в этом отношении дает значительно большие возможности, чем местная пластика, но он далеко не всегда применим. Указанный метод связан с необходимостью поднесения конечности к дефекту; так как при этом ножка лоскута обычно очень коротка, приходится длительное время держать конечность в вынужденном положении, что весьма тягостно для больного.

Основным недостатком лоскута на ножке является то, что он сравнительно мало жизнеспособен. При открытой ножке кровяное давление в сосудах лоскута резко понижается, вследствие чего нарушается его питание. В послеоперационном периоде ножка лоскута обычно сморщивается вследствие рубцевания, что также отражается на его жизнеспособности. Наконец, один из весьма существенных недостатков метода состоит в том, что обнаженная ножка легко инфицируется.

Предложенный в 1917 году академиком Филатовым метод образования круглого стебля открывает собой, по выражению Н. Н. Петрова, новую эру. Метод круглого стебля в пластической хирургии дал возможность получать кожные лоскуты почти неограниченных размеров и переносить их к месту пластической операции без особых трудностей для больного.

Предложение академика Филатова вначале прошло почти незаметным для отечественных хирургов, которые тогда недостаточно ясно представляли себе значение нового метода и открываемые им возможности. Правда, автор описал его только для пластики века, однако, вместе с тем указал на возможность использования круглого стебля и для других целей. Как бы то ни было, отечественные хирурги осваивали филатовский метод довольно медленно. Первое сообщение об успешном применении его появилось через год (статья Новикова в журнале «Известий Красного креста» за 1918 год).

За рубежом предложенный Филатовым метод также внедрялся медленно. Там нашлись даже хирурги, которые вообще отвергали его, хотя не приводили никаких доводов против применения нового метода, указывая лишь на некоторое удлинение сроков лечения при пользовании филатовским стеблем. Противником метода образования круглого стебля выступил, в частности, и Лексер, один из основоположников восстановительной хирургии в Германии.

В конце 1917 года английский хирург Джиллис описал пластику путем образования круглого стебля, как свой оригинальный метод.

В 1921 г. в журнале «Surgery gynecology and Obstetrics» появилась статья Блера на ту же тему. В своей статье Блер, как почти все последующие зарубежные авторы, везде говорит о «круглом стебле» или лоскуте на «круглом стебле», ни разу не упоминая при этом имени Филатова.

Только в 1935 г. в одной из своих работ, опубликованных в указанном журнале, Джиллис впервые упоминает о том, что такой же метод пластики описан проф. Филатовым до

него. После этого зарубежные авторы стали чаще упоминать имя Филатова, хотя и очень осторожно. Так, в 1938 г. Барский (Barsky), касаясь метода образования круглого стебля, писал: «Кажется, что проф. Филатову, строго говоря, принадлежит приоритет, но Джиллису — способ обязан распространением и популярностью».

Начиная с 1921 г., в отечественной литературе все чаще появляются работы о применении филатовского стебля, имеющего столь большое значение в восстановительной хирургии. Так, в 1921 г. Филатов опубликовал свою вторую работу «Пластика лоскутом на круглом стебле», а в 1923 г. — работу — «Пластика на мигрирующем круглом стебле»; в 1924 г. появилась работа Джанелидзе «Пересадка кожи с помощью длинных трубчатых ножек», статья Авербаха — «Несколько слов по поводу пластики век на круглом мигрирующем стебле» и т. д. К 1940 г. таких работ было опубликовано свыше ста.

О том, как широко используется в восстановительной хирургии метод образования круглого стебля, дают представление следующие цифры, взятые в хронологическом порядке.

В 1928 г. Крамаренко собрал материал о 137 пластических операциях, выполненных по методу образования круглого стебля. По его данным, этим методом пользовались 56 авторов при восстановлении тех или иных частей и органов тела. С другой стороны клиника Рауэра к этому же времени насчитывала 101 пластическую операцию по методу образования стебля. Это говорит о том, что образование стебля по Филатову нашло себе в лицевой хирургии более широкое применение. В 1941 г. Шефтель собрал данные о применении филатовского стебля за 10 лет; только в 13 клиниках за это время было сделано для пластических операций 1062 филатовских стебля; в клинике Богораза — 141, в клинике Лимберга — 139; Рауэра — 228 и т. д.

После Великой Отечественной войны стебель Филатова получил столь широкое распространение, что не представляется возможным дать хотя бы приблизительные статистические данные о частоте его применения. Лимберг, например, считает, что 4% всех больных с ранениями на лице нуждаются в пластике стеблем.

Метод этот вошел в обиход не только клиник, институтов, госпиталей восстановительной хирургии и других крупных или специальных лечебных учреждений. Он теперь применяется в любой районной больнице для пластических операций.

В отдельных клиниках и институтах (клиника Лимберга — в Ленинграде Блохина — в Горьком, Мухина — в Свердловске, Парина — в Молотове и многие др.) случаи применения филатовского стебля исчисляются теперь сотнями.

В Центральном институте травматологии и ортопедии (ЦИТО) к 1950 г. для восстановительных операций на лице и конечностях было применено 900 филатовских стеблей достигло 900.

Рассмотрение преимуществ и недостатков этого метода пластики и составляет содержание нижеследующих глав.



ГЛАВА ПЕРВАЯ

МЕТОДИКА ОБРАЗОВАНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ

ТЕХНИКА ИЗГОТОВЛЕНИЯ СТЕБЛЯ ПО ФИЛАТОВУ

Необходимой ширины кожная складка захватывается пальцами левой кисти, по пальцам делаются отметки химическим карандашом или иодом, и по отметкам проводятся параллельные линии (рис. 1а).

Двумя разрезами по намеченным линиям выкраивается кожная лента. Глубина разреза захватывает кожу и подкожную клетчатку. Затем вся эта кожная лента отпрепаровывается от подлежащих тканей, берется на крючок или на марлю (рис. 1б) и приподнимается.

Края раневой поверхности под отделенной лентой отпрепаровываются и сшиваются на всем протяжении, не доходя до концов ее на 3—4 см (рис. 1в).

После зашивания раны на материнской почве приступают к сшиванию самой ленты, для чего, отступая 3—4 см от каждого конца ленты кладут по одному шелковому шву (держалки), захватывающему оба ее края (рис. 1г). После наложения этих швов лента принимает вид цилиндра, или вернее стебля.

Помощник натягивает стебель за шелковые швы, а хирург накладывает между ними промежуточные швы (лучше конским волосом) на расстоянии $\frac{1}{2}$ см друг от друга (рис. 1д).

После наложения всех швов, на концах ленты, превращенной в стебель, остаются незашитыми треугольные участки раневой поверхности, которые располагаются над такими же незашитыми участками на материнской почве (рис. 1е).

Чтобы закрыть эти раневые поверхности, прежде всего накладывают у верхушек треугольников общий шелковый шов, который захватывает оба края раны материнской почвы и обе стороны треугольного дефекта стебля (рис. 1ж). Шов этот после стягивания приводит к плотному соприкосновению краев раны материнской почвы и стебля.

Остается наложить по два-три шва между лентой и материнской почвой (рис. 1з), что создает так называемые «усы» стебля (рис 1и).

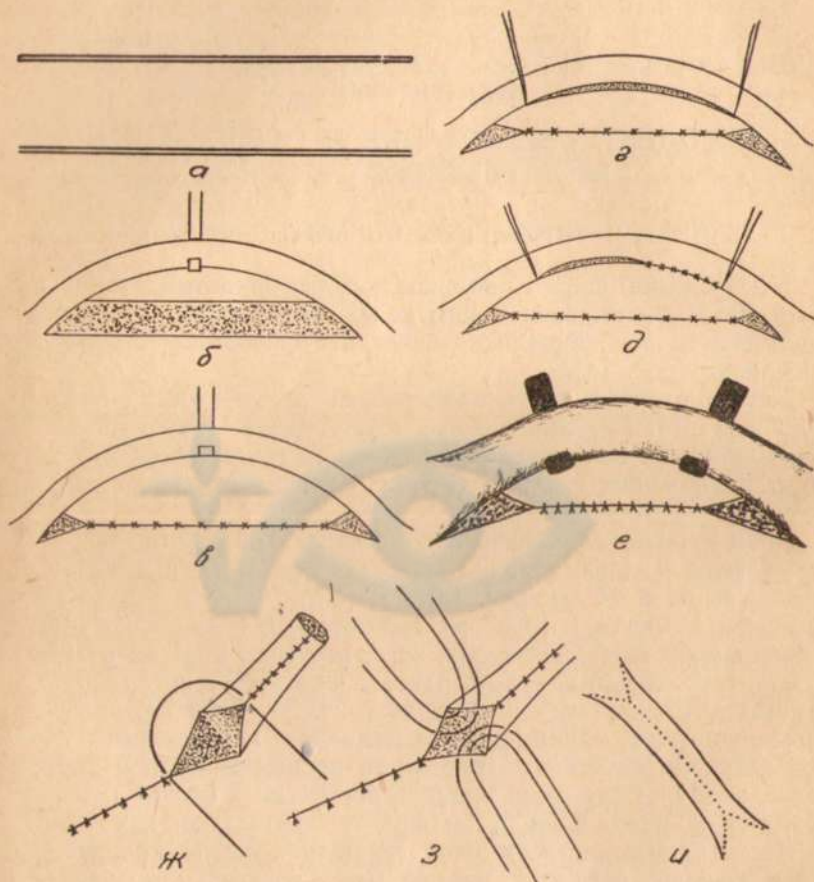


Рис. 1

ПРЕИМУЩЕСТВА СТЕБЛЯ

Основным преимуществом стебля является возможность получения большого количества пластического материала совершенно закрытого со всех сторон кожей, т. е. материала, почти гарантированного от внесения инфекции даже после

того, как одна из ножек стебля будет отрезана и перемещена в дефект.

Таким образом мы избегаем осложнений, которые обычно сводили на нет большинство восстановительных операций, когда мы пользовались лоскутом кожи на ножке, поверхность которой всегда оставалась открытой и легко служила путем для распространения инфекции.

Второе преимущество стебля — возможность выкроить его почти на любом месте. Стебель формируется на груди, когда нужно получить тонкую кожу. Стебель берется со спины, когда требуется кожа более грубая. Можно образовать стебель и на животе, если есть необходимость в большом количестве жира или в большой кожной площади.

Наконец, можно выкроить стебель так, чтобы на одном его конце были волосы (на голове, на лобке) и перенести туда, где они необходимы по ходу операции.

Одним из основных преимуществ стебля, как указал Филатов, является то, что на нем можно переносить кожный лоскут для закрытия того или иного дефекта.

Однако очень скоро сам Филатов и другие хирурги стали пользоваться стеблем не только для переноса кожного лоскута на одном из его концов, но самый стебель применяли в качестве пластического материала.

Наконец стебель может быть использован для переноса на нем части или целого какого-нибудь органа, созданного на стороне.

Стебель, выкроенный на любом участке тела всегда легко перенести в один этап через руку, что также весьма важно, так как это позволяет расширить показания к его применению и значительно упрощает операцию.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТЕБЛЯ

Основное преимущество стебля, с которым пока не может сравниться никакой другой метод использования кожи для восстановительных операций, заключается в его жизнеспособности, обусловленной биологическими особенностями стебля.

Прежде всего выкроенный стебель получает питание от материнской почвы через две ножки. Такое питание делает его более жизнеспособным. Падение кровяного давления вследствие перерезки сосудов в выкроенной для стебля ленте почти немедленно устраняется, так как пострадавшие капилляры при зашивании ленты заключаются в кожный футляр и изолируют-

ся от внешнего мира. Излившаяся кровь, заполняя междольчатые просветы подкожножировой клетчатки, способствует повышению кровяного давления в сосудах, стимулирует регенеративные процессы, а также более быстрый рост новых сосудов.

Как показали исследования Карташева, сосуды в стебле быстро распространяются от его ножек к центральной части, широко анастомозируя друг с другом, а через 2—3 недели создаются довольно мощные продольные магистрали, расположенные несколько ближе к центру стебля и, главным образом, на границе между кожей и подкожной клетчаткой.



Рис. 2

Последнее доказывается тем, что, удаляя почти всю жировую клетчатку на стебле при его расплывании, мы не видим никаких признаков, которые указывали бы на понижение его питания.

По данным Груздковой в первые 4—5 дней питание стебля идет за счет сосудов ножек, а затем между ними начинают восстанавливаться коллатерали в виде атипической артериальной сети, которая к 8-му дню становится довольно мощной и пронизывает все тело стебля (рис. 2).

Каких-либо дегенеративных процессов в стебле не наблюдается, что по исследованиям Вечтомова, Гусынина, Преображенского и Карташева объясняется его закрытой формой и малым рубцеванием.

Что касается иннервации стебля, то исследования Кукина, Полисадовой, Соболевой показали, что чувствительность восстанавливается в стебле от периферии к центру со стороны материнской почвы. Полностью утерянная чувствительность через 4—6 недель начинает постепенно восстанавливаться и заканчивается к 1—3 годам в зависимости от длины его, толщины, гладкости заживления, и от числа миграций.

Первой восстанавливается болевая чувствительность, затем тактильная, и, наконец, температурная. Последнее обстоятельство очень важно потому, что благодаря отсутствию температурной чувствительности больные могут отморозить или обжечь пересаженный стебель.

Двигательная способность в стебле не существует за отсутствием в нем мышечных волокон. Однако Гусынин описывает случай, когда выкроенный на шее стебель напрягался при движениях головы и челюстей, так как в него была случайно включена поверхностная шейная мышца (platysma).

ВЫБОР МЕСТА ДЛЯ ВЫКРАИВАНИЯ СТЕБЛЯ

Как мы уже указывали выше, стебель можно выкроить почти на любом месте человеческого тела. Однако нужно учитывать при этом, что после выкраивания кожной ленты



Рис. 3

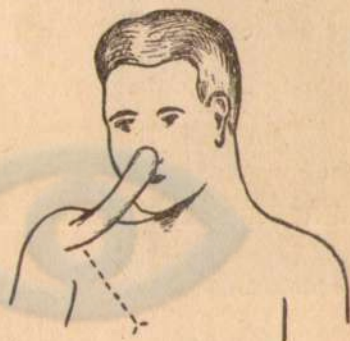


Рис. 4

возникает вопрос о необходимости закрыть образовавшийся дефект на материнской почве. Поэтому такие места как, например, голень, предплечье не удобны для образования стебля, так как кожа здесь мало подвижна и, к тому же, стебель здесь можно изготовить лишь небольших размеров.

Нельзя считать правильным образование стебля в таких местах, где послеоперационные рубцы могут нарушить функцию того или иного органа. Так не рекомендуется выкраивать стебель в области ягодицы, на внутренней поверхности локтевого сгиба, в области коленного сустава из-за возможного нарушения функции.

При восстановительных операциях на лице приходится считаться и с наружным видом кожи, с ее цветом, эластичностью. Для лица по цвету больше подходит кожа шеи и верхнего

отдела груди, так как здесь кожа чаще подвергается воздействию воздуха, солнца, ветра.

Учитывая эти обстоятельства, хирурги изготавливают стебель в местах, которые можно считать типическими.

На шее стебли чаще изготавливаются по ходу грудиноключично-сосковой мышцы. Образованный в этой области стебель содержит обычно мало жировой клетчатки и состоит из нежной кожи, поэтому очень пригоден для формирования, например, кончика носа, крыльев его, век и т. д. (рис. 3). Его можно применять также и для формирования ушной раковины.



Рис. 5а



Рис. 5б

Широкое распространение получил стебель, выкраиваемый в области верхней половины груди, где верхний конец его лежит на плечевой головке, а нижний у наружного края середины грудины. Нижний конец такого стебля можно сразу поднести почти к любому месту на лице, что дает возможность широко использовать его для закрытия дефектов щек, губ, носа и др.

В случае необходимости, приближение стебля к лицу может быть достигнуто поднятием руки на голову или наклоном последней (рис. 4). Кроме того, само строение кожи верхней половины груди ближе подходит к строению кожи лица, что имеет большое значение в косметическом отношении.

Интересно отметить, что стебли на груди особенно легко поддаются растягиванию, почему это обстоятельство может иметь практическое значение: если после образования стебля

окажется, что он короток (неправильно рассчитан), его можно удлинить путем растягивания в течение 2—3 недель (рис. 5а, б). Растягивание можно проводить пальцами самого больного, или путем подвешивания на марле груза (рис. 6 из клиники Косых).

Однако, указанные стебли не всегда применимы даже на лице из-за недостаточности кожного материала, из-за слабо выраженной жировой клетчатки. Так, нельзя ими восстановить например, подбородок при полном отрыве его. В этих случаях приходится прибегать к стеблям нижних отделов груди и живота (рис. 7а, б, в, г).

На груди стебли выгоднее выкраивать по ходу нижних ребер с тем, чтобы их удобнее было потом переносить к дефекту через кисть, предплечье или через плечо. Такие стебли годны для закрытия дефектов как на лице и шее, так и на нижних конечностях.

На животе мы можем выкраивать огромные стебли до 35 см длиной и 12 см шириной, благодаря обилию жировой клетчатки и чрезвычайно большой подвижности кожи.

Стебли с живота пригодны для закрытия дефектов лица, шеи, конечностей, куда они опять-таки переносятся через кисть, или непосредственно, например, при создании пальцев, полового члена.

Очень мощные стебли получаются, когда они изготавливаются на спине. Такие стебли можно применить везде, где требуется обильная жировая клетчатка, или крепкая опорная кожа. Некоторые хирурги (Богораз, Карташев) предпочитают такие стебли, так как они наносят меньше косметического ущерба, чем какие-либо другие. Мы, однако, прибегаем к ним редко потому, что стягивание кожи после выкраивания ленты на спине значительно труднее, чем на груди или на животе и перенос такого стебля к дефекту гораздо сложнее для больного (положения руки, закинутой за спину) (рис. 8а, б).

Нам представился случай, когда необходимо было восстановить полностью оторванный язык (огнестрельное поврежде-



Рис. 6



Рис. 7а



Рис. 7б



Рис. 7в



Рис. 7г

ние). Грудь, бедра, руки, живот больного были густо покрыты волосами. Пришлось прибегнуть к стеблю со спины.

Был образован стебель на спине; через 2 недели нижний конец его был отсечен и вшит в кисть левой руки, закинутой



Рис. 8а



Рис. 8б

за спину. Еще через 3 недели верхний конец стебля был отсечен и подшит к остаткам корня языка. Приживление гладкое. (Случай описан в журнале «Хирургия» № 6, 1947 г.).



Рис. 9



Рис. 10

Что же касается стеблей на плече и предплечье, то они применимы тогда, когда их величина (толщина) не должна быть очень значительной, так как стягивание краев дефекта материнской почвы здесь довольно трудно (рис. 9).

Стебли, выкраиваемые на бедре, могут иметь очень ограниченное применение, потому, что они пригодны только для закрытия дефектов другой конечности и то не очень обширных (рис. 10).

При пластических операциях на лице приходится иногда прибегать к образованию стеблей на кисти или предплечье для создания, например, носовой перегородки, где требуется стебель тонкий и всего 5—6 см длиной (рис. 11).



Рис. 11



Рис. 12

Еще меньших размеров стебли (длиной 1 см) мы делаем иногда в окружности слухового прохода, подвешивая на 2—3 маленьких стеблях искусственную ушную раковину (рис. 12).

— ДЛИНА, ТОЛЩИНА СТЕБЛЕЙ

Стебли прежде всего различают по их величине, т. е. по длине и толщине. Как мы уже указывали длина стебля может колебаться очень значительно: от одного до 40 см. Она находится в тесной зависимости от задач, стоящих перед хирургом.

Если стебель изготавливается вблизи дефекта, расположенного, например, на лице, то длина его должна быть такова, чтобы можно было без промежуточных этапов поднести периферический конец стебля к дефекту. Обычно для этого требуется стебель 16—18 см длиной, изготовленный под ключицей. Если стебель изготавливается, например, на животе или на боковой стенке груди, то для поднесения к дефекту на лице или на конечности он должен быть не менее 18—20 см, так как часть его длины пойдет на перенос через руку.

Если же на лице необходимо закрыть большой дефект, например, всего подбородка, то стебель должен быть значительно длиннее и толще, так как для восстановления подбородка требуется не только большая длина, но и ширина кожного материала, при значительной толщине.

Так как в восстановительной хирургии верхней конечности (образование пальцев и др.), требуются иногда стебли такой длины, чтобы из одного стебля можно было бы изготовить два и три пальца, то длина их может достигать до 30—35 см, при ширине кожной ленты 10—12 см (рис. 13). Такие же длинные стебли необходимы для закрытия раневой поверхности, почти по всей длине голени, например, после иссечения рубцов.



Рис. 13

Во всяком случае при определении длины стебля надо учитывать не только размер заменяемой им поверхности, но и расстояние между ножкой стебля и этой раневой поверхностью. Кроме того, при учете длины стебля не следует забывать, что чем больше этапов пройдет стебель до момента подшивания его к краям дефекта, тем больше он укоротится за счет рубцевания, поворотов, направления. В среднем на каждый этап надо считать лишних 3—5 см. Ширина выкраиваемой ленты для стебля должна находиться в самой тесной зависимости от ее толщины.

На основе клинических наблюдений многих авторов и на основе нашего большого опыта (около 900 стеблей) мы должны сказать, что отношение длины к ширине не должно превышать 3 : 1. Чем отношение это меньше, тем жизнеспособность стебля лучше и наоборот.

Таким образом мы видим, что длина стебля колеблется от 1 до 35—40 см, а ширина кожной ленты соответственно длине в 2—3 раза меньше.

Отсюда площадь выкраиваемой ленты может достигать иногда до очень значительных размеров. Так, мы располагаем стеблем с кожной поверхностью в 360 см².

Толщина стебля зависит от нескольких условий. Если подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, то следует брать ее с поверхностной фасцией, если же она развита хорошо, то ее не следует брать во всю толщу. Здесь приходится руководствоваться и шириной ленты для стебля. При узкой ленте берут жира мало, при широкой больше. Должно быть соблюдено одно правило при шивании ленты: она должна содержать столько жира, чтобы стебель получился мягкий, но не настолько, чтобы в нем ощущалась пустота. Последнее поведет к образованию в нем гематомы. Если же при шивании в стебле окажется много жира, т. е. он будет очень плотным, то может последовать сдавление вен, проходящих в нем и произойдет затруднение оттока крови с последующим омертвением стебля.

Шефтель, исходя из этих требований, на основе математических отношений между шириной ленты и требуемой толщиной (см. диссертацию) дает следующую примерную таблицу:

Ширина ленты	Толщина
2 см	0,3 см
3 "	0,5 "
4 "	0,6 "
5 "	0,8 "
6 "	0,9 "
7 "	1,1 "
8 "	1,2 "
9 "	1,4 "
10 "	1,6 "
11 "	1,7 "
12 "	1,8 "

ВИДЫ СТЕБЛЕЙ

Острый стебель. Различают два вида стеблей: острый стебель и обычный стебель. Если после окончания изготовления стебля одна из его ножек сейчас же отсекается и переносится на новое место, такой стебель называется «острый стебель». Применять его можно в случаях изготовления стебля небольшой длины, когда место, куда он переносится

находится в благоприятных условиях в отношении кровоснабжения и тогда, когда необходимо ускорить сроки лечения на 15—20 дней. В таких случаях кожная лента выкраивается в соотношении длины к ширине 2 : 1.

Как показали экспериментальные данные Груздковой острые стебли после приживления на новом месте в морфологическом отношении ничем не отличаются от стеблей обычных.

Чаще всего такие стебли применяют для закрытия дефектов на верхней конечности (отрыв мякоти пальцев, мягких тканей кисти и др.), которую можно легко подвести (рис. 14) к короткому стеблю, изготовленному, например, на животе.

Во всех остальных случаях пользуются обычным стеблем, т. е. таким, который выдержал известный срок организации, биологически подготовлен, в котором полностью обеспечено питание из одной ножки, к моменту отсечения второй его ножки.

Многолопастные стебли. Обычный стебель Филатова имеет два конца или «две лопасти». Опыт применения стеблей показал, что при некоторых восстановительных операциях удобнее применять не двух, а трех и четырехлопастные стебли. Применение таких стеблей значительно сокращает и упрощает восстановление утрачен-



Рис. 14

ных органов.

Так, при отсутствии кончика носа и его крыльев выгодно применить трехлопастный (Т-образный) стебель. Он дает возможность из двух боковых лопастей создать крылья носа, а из основной лопасти спинку и кончик носа (рис. 15а, б).

Крамаренко и Торнапольский при тотальной ринопластике пользуются с успехом 4-лопастным стеблем, создавая из него одновременно и перегородку носа. Однако мы заранее должны оговорить, что 3—4-лопастными стеблями сейчас пользуются не часто, так как по нашей методике (ЦИТО—Хитров) даже тотальную ринопластику значительно проще провести обычным стеблем Филатова.

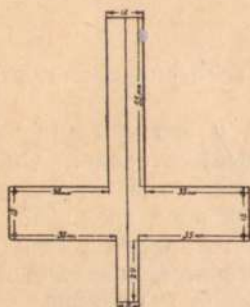


Рис. 15а



Рис. 15б

Методика образования 3- и 4-лопастных стеблей не-
сложна и она ясна из прилагаемого рисунка (рис. 16а, б).



Порядочная величина
крестообразного покроята

Рис. 16а



Рис. 16б

Прерывистый стебель. В своей первой работе Филатов, опасаясь, что длинный стебель будет недостаточно хорошо питаться, предложил выкраивать кожную ленту не сразу во всю длину, а оставлять по середине ее мостики, который можно отделить и шить через несколько дней. Таким образом, стебель получает прерывистую форму (рис. 17). Данная методика применяется нами и сейчас, когда нужно иметь очень длинный стебель или когда имеющийся стебель надо удлинить.

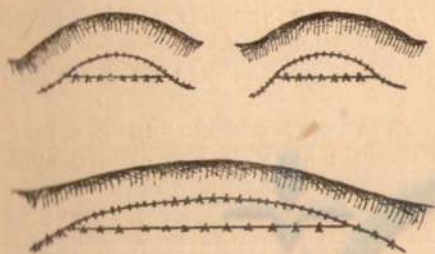


Рис. 17



Рис. 18

Лоскут на двух стеблях. Когда встречается необходимость перенести на стебле однослойный лоскут кожи больших размеров, то для этой цели одна ножка стебля не будет в состоянии доставить достаточного питания лоскуту. Такой лоскут можно перенести на двух стеблях, располагая их один по отношению к другому по одной оси, т. е. они будут составлять как бы прерывистый стебель (рис. 18), с широкой кожной площадкой посредине. Таким стеблем пользовались Рауэр, Франкенберг, Джиллис.

Франкенберг описывает удачный случай использования лоскута кожи на двух стеблях при обширнейшем дефекте лица. Лоскутом кожи были одновременно закрыты дефекты после иссечения рубцов на веках, носе, щеках и губах.

ГЛАВА ВТОРАЯ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД ЗА СТЕБЛЕМ И ЕГО МИГРАЦИЯ

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Каким бы способом и где бы ни был изготовлен стебель Филатова, правильный уход за ним в значительной степени решает вопрос успешности его применения.

Уход в послеоперационном периоде начинается с момента образования стебля.

Филатовский стебель представляет собой как бы вновь созданный орган, который в первые часы и дни своего существования, несомненно, нуждается в создании таких условий, которые гарантировали бы ему жизнеспособность. Для этого в первую очередь необходимо стебель утеплить, т. е. укутать его ватой. Вата укладывается в виде двух больших валиков по сторонам стебля. Над ватными валиками вдоль стебля кладется еще слой ваты. До наложения ватных валиков необходимо марлевыми салфетками тщательно отделить стебель от материнской почвы так, чтобы он нигде с нею не соприкасался. Это в известной мере гарантирует стебель от потения и мацерации его кожной поверхности.

Когда валики и вата уложены, накладывается повязка. Как правило стебель не должен забинтовываться, так как бинтом можно вызвать сдавление и тем самым нарушить питание стебля в первые часы. Такие осложнения мы наблюдали при недосмотре со стороны врача, или когда сестры, на дежурстве, по просьбе больного забинтовывали стебель и к утру мы имели уже омертвление его.

Повязка должна быть лейкопластырная, коллодийная, клеоловая или мастизоловая, т. е. вата должна быть сверху укрыта большим куском марли, так или иначе прикрепленным к коже окружающей стебель.

Коцубей и др. предлагают в послеоперационном периоде стебель не укрывать, а согревать лампой Солюкс до 24—48 часов. Лампу помещают на таком расстоянии от стебля,

чтобы на нем сохранялась температура в 34°, для чего с целью проверки рядом со стеблем укладывается обычный термометр, употребляемый для измерения температуры воды. Следует подтвердить, что такое согревание имеет смысл; мы им не раз с успехом пользовались в тех случаях, когда почему-либо сомневались в жизнеспособности стебля. Этим способом мы пользуемся и при обычной кожной пластике на ножке, когда не уверены в жизнеспособности лоскута.

Единственным отрицательным моментом данного способа является необходимость оставлять стебель не защищенным от внешней среды, что требует бдительности со стороны персонала.

В послеоперационном периоде очень важно положить больного на койку так, чтобы он не сдавливал стебель (стебель на боку) тяжестью тела или не придавливал рукой. На последнем обстоятельстве особенно важно фиксировать внимание больного.

Необходимо на следующий день после операции посмотреть стебель, особенно по линии шва, где наиболее часто возможны гематомы (в центре стебля). В подозрительных случаях (синюшность), лучше снять один-два шва или тонким скальпелем сделать на стебле несколько глубоких насечек в области синюшности.

К уходу в послеоперационном периоде надо отнести и борьбу с провисанием стебля. Это наблюдается тогда, когда изготовлен достаточно длинный стебель и когда он расположен на верхнем отделе грудной клетки или на спине. Опускаясь, благодаря своей тяжести, он может вызвать застойные явления и отек. Такие стебли надо подвешивать на марле или на пластыре в тех местах, где они провисают.

Снятие швов на стебле производят на 7—8 день. На материнской же почве швы снимаются значительно позже. При гладком течении и при небольшом натяжении их можно снять на 10—12 день, а при сильном натяжении швы следует держать на материнской почве до 3-х недель.

Мы наблюдали случай, когда у больной при гладком течении, но при значительном натяжении, швы на животе были сняты на 14-й день и все же со следующего дня кожный рубец стал постепенно растягиваться, истончаться и дело кончилось образованием гранулирующей раны.

ПОДГОТОВКА СТЕБЛЯ К МИГРАЦИИ

По идее Филатова для целей пластики должна быть использована по крайней мере одна из ножек стебля путем переноса ее к дефекту.

Вопрос о готовности стебля к переносу, т. е. о его созревании, клинически решается просто: стебель считается созревшим, если (при гладком послеоперационном течении) после его изготовления прошло не менее 14—18 дней.



Рис. 19

Опыт все же показывает, что один хороший наружный вид стебля не всегда гарантирует успешность приживания отрезной ножки, так как жизнеспособность стебля обуславливается наличием хорошо развитой в нем сосудистой сети, что при наружном осмотре решить, конечно, нельзя. На этом основании предложены многочисленные способы тренировки стебля и проверки его жизнеспособности.

Из всех существующих способов проверки состояния стебля, а их очень много, мы остановимся только на двух, получивших в восстановительной хирургии общее признание.

Способ тренировки состоит в том, что ножка, которая назначена к переносу, туго перетягивается кишечным зажимом или резиновым жгутиком (катетером) у своего основания (рис. 19). Такое перетягивание можно начинать с 8—10 дня после образования стебля. Сдавление сначала длится 5 минут 2—3 раза в день, затем сроки его постепенно удлиняются и доводятся до 1—2 часов по 2—3 раза в день.

Таким образом мы приучаем стебель получать питание через одну ножку. Если стебель при такой длительной перетяжке не холодеет и не становится цианотичным, его можно переносить. Подготовка стебля длится обычно 6—10 дней.

Чтобы ускорить развитие мощности сосудов в стебле, предлагается перед перетягиванием выдавить из стебля пальцами всю кровь в сторону пережимаемой ножки. Этим

способом мы создаем как бы разреженное пространство в сосудах стебля и в них устремляется с большой силой кровь через его свободную от сжатия ножку.

Если стебель расположен на груди или на животе, то тренировка может проводиться самим больным, в других случаях это делает средний медперсонал или врач.

Биологический способ проверки жизнеспособности стебля заключается в том, что вокруг ножки, подлежащей переносу, делается круговой разрез кожи и подкожной клетчатки; вся ножка стебля полностью отделяется и снова пришивается на прежнее место. Если стебель жизнеспособен и готов к переносу, то отсеченная ножка сохраняет свой прежний, нормальный вид и ее можно через 3—4 дня пе-

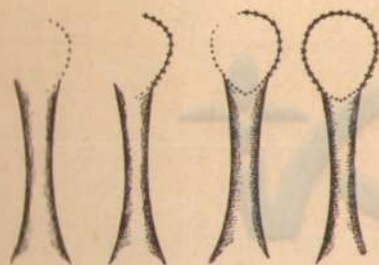


Рис. 20а



Рис. 20б

ренести на новое место. Если стебель не готов, отпрепарованная ножка омертвевает обычно по краю (краевой некроз) на небольшом протяжении (1—2 см). В таких случаях после определения демаркационной линии (через 4—5 дней) омертвевшую часть ножки отсекают, и стебель переносят.

Мы предлагаем биологическую пробу проводить более осторожно: сначала отпрепаровывать одну половину ножки, чтобы приучить постепенно стебель к уменьшенному питанию, а затем, через 3—4 дня, отпрепаровать другую половину ножки и снова пришить (рис. 20а).

Карташев предлагает эту проверку производить более тщательно: он отсекает одну ножку и конец стебля заши-

вает. Стебель остается висеть на одной ножке. При данном методе возможно омертвление всего стебля.

ПЕРЕНОС (МИГРАЦИЯ) СТЕБЛЯ

Когда стебель созрел, он должен быть поднесен к дефекту. Для переноса можно использовать несколько способов.

Если стебель расположен близко к дефекту, то один из его концов после отсечения может быть сейчас же перенесен. Например, стебель выкроен на груди, а поднести его конец нужно к кончику носа (см. рис. 4).

Другой пример: стебель выкроен на шее, а поднести его надо к уху или к глазнице (см. рис. 3). Еще пример: стебель



Рис. 21а



Рис. 21б

изготовлен на плече или предплечье, а поднести его необходимо к лицу и т. д.

Филатов первый ввел название «миграция стебля», относил его к случаям, когда стебель выкроен вдали от дефекта. В таких случаях он предлагает приблизить стебель к дефекту путем «шагания» стебля. При данных условиях одна ножка стебля отсекается и вшивается на новом месте, расположенном ближе к дефекту. Следующим моментом будет отсечение второй ножки и вшивание ее еще ближе к дефекту (рис. 21а, б и т. д., пока одна из ножек не достигнет дефекта. Метод этот отличается длительностью и ведет к укорочению стебля

Существует еще один метод миграции стебля при помощи так называемого «гусеничного шага». Состоит он в том, что одна ножка после созревания стебля отсекается и подшивается рядом с другой, получается как бы петля из стебля

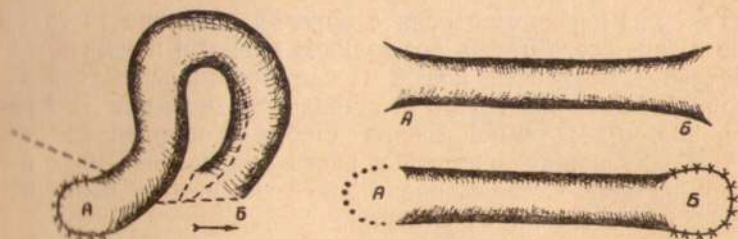


Рис. 22

(подобно изгибанию тела гусеницы при ее передвижении). Затем отсекают вторую ножку и подшивают ее ближе к дефекту и к ней подносят первую и т. д. (рис. 22).



Рис. 23а



Рис. 23б

В настоящее время для поднесения стебля к дефекту в отдаленных местах пользуются почти исключительно методом переноса через верхнюю конечность (Парин): ножка стебля отсекается и переносится на кисть, на нижнюю треть предплечья или на плечо.

Так, для переноса стебля с боковой поверхности груди на лицо лучше всего отсечь его заднюю ножку и подшить к коже передней поверхности плеча. После приживления отсекается вторая ножка на груди и стебель подносится к дефекту (рис. 23а, б). Для поднесения стебля к нижней конечности лучше одну ножку подшить к кисти и через нее уже подшить к дефекту. Стебель, подшитый к кисти, дает возможность перенести его к любому месту.



Рис. 24а



Рис. 24б



Рис. 24в

Иногда для лица можно изготовить стебель плечегрудной, один конец которого начинается под ключицей, другой кончается на середине плеча. Такой стебель ускоряет процесс поднесения его к дефекту, так как не требуется промежуточного этапа подшивания к кисти. Простое поднятие руки приближает стебель вплотную к дефекту.

На фотоснимке изображена девушка, у которой после сыпного тифа образовался дефект щеки. Операция закончена в три этапа: 1-й — образование плечегрудного стебля, 2-й — заворачивание краев кожи дефекта внутрь и закрытие обнаженной раневой поверхности распластанным стеблем и 3-й — отсечение ножки стебля, коррекция (рис. 24а, б, в).

При подшивании стебля к верхней конечности в основном пользуются следующими разрезами:

а) Делают линейный разрез кожи на кисти в области «табакерки» или на предплечье; кожу по обеим сторонам разреза отпрепаровывают, что ведет к расхождению краев раны,

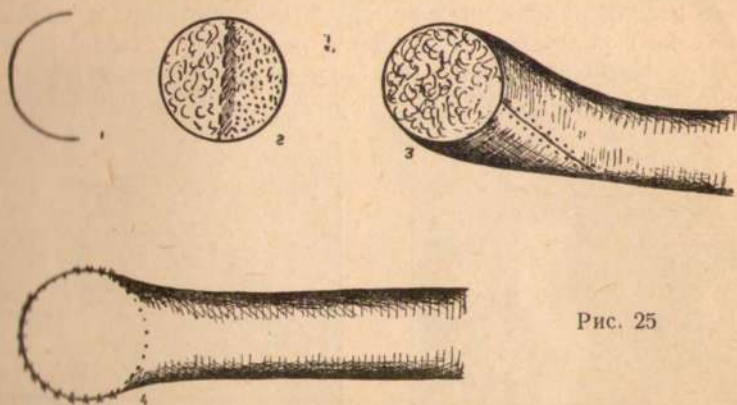


Рис. 25

и к краям образовавшегося дефекта подшивают края отсеченной ножки стебля (Лимберг). Способ этот имеет недостаток — слишком узкое поле для пришивания.

б) Делают полулунный разрез, откидывают полулунный лоскут, получают таким образом раневую поверхность круглой формы, к которой подшивают отсеченную ножку стебля (Рауэр-Парин) (рис. 25).



Рис. 26



Рис. 27

в) Жак предлагает иссекать овальный лоскут на кисти и к краям образовавшегося дефекта подшивать стебель, сшивая в обязательном порядке, кетгутовым швом клетчатку стебля с клетчаткой дефекта кисти для избежания гематомы.

г) Хитров (из нашей клиники) предлагает раньше чем подшить ножку стебля снять на его конце полулунными разрезами кожу на расстоянии 1—2 см так, чтобы получилось избыток жира в виде клина. Этот жир вкладывают под откинутый и отпрепарованный полулунный лоскут кожи на кисти, после чего сшивают края раны и стебля. Преимущество способа Хитрова в том, что создается хорошая, большая площадь соприкосновения, т. е. улучшаются условия питания



Рис. 28

(рис. 26, 27). Наша клиника, в последние годы пользуется исключительно этим методом.

В случаях, когда по плану предстоящих операций необходимо большое количество пластического материала (отрыв подбородка, отсутствие пальцев и др.) мы заготавливаем сразу два стебля, например, на животе и переносим их сразу же на предплечье, или изготовляем два стебля на груди или на предплечьях (рис. 28). Этот метод значительно сокращает сроки лечения.

Несколько слов о послеоперационном ведении больного со стеблем подшитым к верхней конечности. До операции необходимо приучать больного в течение 5—6 дней держать руку в том положении, в котором она будет находиться, когда ей будет подшит стебель. Это необходимо для того, чтобы



Рис. 29



Рис. 30

предупредить в послеоперационном периоде отрыв стебля из-за непривычного положения конечности. Правда, это далеко не гарантирует от случайного отрыва, а потому многие авторы рекомендуют фиксировать конечность гипсовой повязкой, липким пластырем, отводящей шиной и др. (рис. 29 и 30).

ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Осложнения после образования стебля делят обычно на две группы: осложнения на самом стебле и осложнения на материнской почве. Те и другие имеют некоторую специфичность в зависимости от локализации.

Так, нагноение с расхождением швов и мокнутие наблюдаются почти исключительно на материнской почве.

Омертвление, гематома, отек — присущи только стеблю.

Расхождение швов, наблюдаемое, как уже сказано на материнской почве почти всегда зависит от сильного натяжения краев раны после выкраивания ленты. Для предупреждения натяжения следует производить широкую отпрепаровку кожи по краям раны; прибегают иногда и к крупным насечкам на коже, располагая их по обеим сторонам раны, параллельно краям ее в шахматном порядке. По той же причине (натяжение) не следует спешить со снятием швов на материнской почве. Мы снимаем их обычно на 12—14—18 день.

Если во время операции обнаруживается сильное натяжение краев раны, то лучше наложить пластиночные, матрацные швы из металлической лигатуры для предупреждения их прорезывания.

Гематомы, располагающиеся, как правило, в центре стебля и достигающие иногда больших размеров, могут повести даже к гибели всего стебля.

Гематома в большинстве случаев есть результат технических погрешностей и, в первую очередь, недостаточно тщательного гемостаза. Гематома обычно образуется в первые часы после операции или на следующий день, почему следует всегда осматривать стебель на другой день после его изготовления. В этот срок борьба с гематомой может вестись путем прокола в центре стебля на шве толстой иглой для удаления скопившейся крови. Если к этому времени кровь свернулась, то сле-

ует снять один-два шва, выдавить скопившуюся кровь и даже, как предлагает Жак, выскоблить ложкой полость. Правда, такие серьезные для стебля вмешательства могут повести к последующему рубцеванию его, что, несомненно, отразится на его жизнеспособности при миграции.

Гематома может образоваться и в тех случаях, когда в стебле жировая клетчатка выражена очень слабо. В стебле образуется полость, где может скопиться кровь. Во избежание таких осложнений Жак предлагает в указанных случаях сшивать клетчатку противоположных сторон стебля кетгутовыми швами (1—2 шва).

Для избежания гематомы мы предлагаем не применять при образовании филатовского стебля адреналина при анестезии.

Недостаточность венозного оттока проявляется чаще в виде цианотичной окраски стебля. Зависит она от невыполнения некоторых правил выкраивания стебля.

Прежде всего затруднение оттока может наступить в стебле, если при неправильном наложении шва у верхушки треугольного дефекта между материнской почвой и стеблем, последний будет сильно притянут к материнской почве за счет укорочения «усов».

Слишком большое количество жировой клетчатки в стебле может при зашивании ленты повести к сдавлению венозных сосудов и к затруднению оттока, почему избыток клетчатки должен быть срезан заблаговременно, до сшивания краев ленты.

Явления застоя могут зависеть и от перегиба стебля вследствие его большой длины. В таких случаях стебель подвешивают на пластыре.

При наличии застоя следует во всех случаях, распустить 1—2 шва или сделать на стебле насечки.

Недостаточность артериальной крови, как причина гибели стебля бывает очень редко. Она целиком зависит от технических погрешностей при изготовлении стебля. Одна из погрешностей состоит в том, что при выкраивании кожистой ленты не соблюдено основное правило: отношение ширины ленты к длине, которое должно быть не больше, чем 1 : 4. Невыполнение этого правила очень часто ведет к гибели стебля.

Другая погрешность состоит в том, что концы ленты, т. е. будущие ножки стебля подпрепаровываются далеко за их пределами, что значительно снижает кровоснабжение будущего стебля.

Некроз, который не бывает по всей длине стебля, а только центральной его части, может зависеть от всех тех причин,

на которые мы только что указали. Если омертвление уже произошло, следует стараться возможно скорее сделать глубокие насечки на стебле в области омертвления. Этими мерами удастся иногда остановить распространение омертвления и оно ограничивается тогда отторжением небольшого участка.

Рауэр предложил в таких случаях накладывать на стебель «заплатку» путем выкраивания кожного лоскута на ножке



Рис. 31

материнской почве и вшивания его в дефект стебля (рис. 31 и 32).

При круговом омертвлении стебля часто приходится отказываться от мысли использовать остатки стебля из-за их недостаточной длины. Однако, если длина каждого из них не менее 8—10 см, то можно один из них подшить к кисти (область тазобедренной кости) и затем поднести к дефекту, если для его замещения

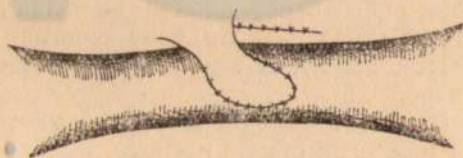


Рис. 32

не требуется большого количества пластического материала (крыло носа, веко и др.).

Оставшуюся часть стебля можно удлинить, продолжив кожную ленту от его основания и сшив эту ленту в стебель (рис. 33).

Можно, отступя от ножки удлиняемого стебля, по продлению его оси, изготовить новый стебель. Через 2—3 недели кожная перемычка превращается в ленту и края ее сшиваются между собой после нанесения двух параллельных разрезов. Через 2 недели удлиненный стебель можно переносить на рун

Нагноения в швах самого стебля мы никогда не наблюдали, его редко наблюдали и другие авторы. Значительно чаще оно имеет место на материнской почве, но и здесь оно встречается 2—3% и получается в большинстве случаев, как историческое явление после расхождения швов от сильного натяжения краев раны.

Для борьбы с нагноением необходимо соблюдать правила асептики и необходимые технические правила образования стебля.

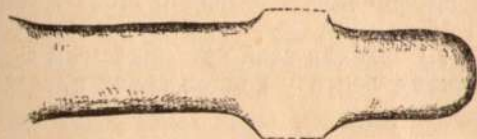


Рис. 33

Мы с полным правом можем говорить о нагноении, как о враке в работе хирурга. Возможность же пользоваться с целью профилактики сульфамидными препаратами, грамицидином и пенициллином, укрепляет только что высказанное положение.

Мокнутие под ножками стебля объясняется тем, что после образования стебля по Филатову, под ними получается совпадение швов материнской почвы и стебля. В послеоперационном периоде между швами имеет место прохождение тканевых выжов (плазма крови и др.) и благодаря соприкосновению здесь двух кожных поверхностей происходит мацерация последних. Грани разрыхляются, швы прорезаются и наступает расхождение краев с образованием раны.

Борьба с таким осложнением может идти по трем направлениям: 1) полная асептичность операции, правильное и точное прилегание краев раны; 2) метод выкраивания стебля должен быть таков, чтобы под ножками стебля не было швов и чтобы линии швов материнской почвы и стебля не совпадали; 3) заживление дефекта материнской почвы должно проходить без сильного натяжения его краев.

Чтобы избежать мокнутия под ножками стебля, следует швы, соединяющие материнскую почву со стеблем накладывать очень тщательно: ни малейшего подвертывания краев раны, совершенно одинаковое прокалывание кожи, т. е. на одинаковом расстоянии от края раны и на одинаковую глубину. После

операции область эту следует припудрить стрептоцидом и тщательно проложить марлевыми салфетками, чтобы кожа стебля не соприкасалась с кожей материнской почвы. Лимб в 1935 г. с целью ослабить натяжение под ножками стебля устранить совпадение линий швов предложил использовать принцип пластики встречными треугольными лоскутами. Выкраивает на материнской почве два треугольных лоскута, по обеим сторонам у концов дефекта, чем достигает смещения шва на материнской почве и таким образом швы стебля и его ножками не совпадают с линией швов материнской почвы (рис. 34).

Жак (1944 г.) описала свой оригинальный метод, состоящий в том, что кожная лента у концов своих рассекается попер-

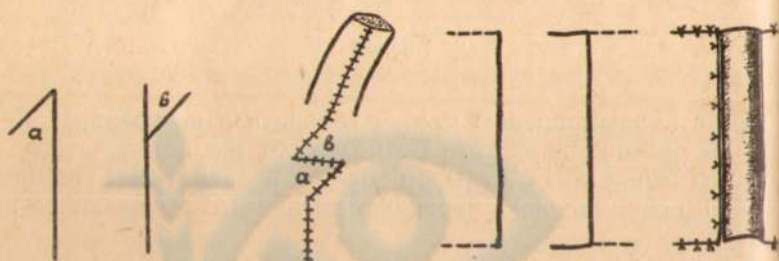


Рис. 34

Рис. 35

но до середины и складывается по длине вдвое. Таким образом стебель получается не круглый, а уплощенный. Для сближения краев раны на материнской почве у концов ленты делается перчаточное сечение кожи (рис. 35). Автор указывает, что, смотря на уменьшение ширины ленты вдвое, образованный стебель получает вполне достаточное питание при условии, что ножками ленты кожа не должна отпрепаровываться. При этом методе линия шва материнской почвы и стебля совсем не падают и сшивание ленты значительно упрощается.

Автор сделала около 100 стеблей своим методом, имела всего 10% различных осложнений (мокнутие, гематома и др.). Омертвление стебля ни разу не наблюдала, несмотря на то, что длина стебля по отношению к ширине доходила до 7 : 1.

Этот метод очень прост и может быть использован, когда надо иметь не круглый, а плоский стебель (для подбородка губы и пр.) и небольшой длины.

Шефтель (1950 г.) предложил способ, при котором на месте перехода ножек стебля в материнскую почву швы отсутствуют и, кроме того, линия швов не совпадает с линией швов материнской почвы.

Для этого он к концам одной из продольных половин ленты (ширина ленты делится пополам) прибавляет по треугольному выкрою, выкраиваемому на ее продолжении. Половина ленты вместе с выкраенными треугольными лоскутами перегибается так, что ее раневая поверхность вступает в контакт с раневой поверхностью второй половины ленты, а треугольные лоскуты лежат своей обнаженной поверхностью в дефект материнской почвы. Края ленты сшиваются и образуют несколько уплощенный стебель. Края дефекта материнской почвы сшиваются между собой и частично с краями треугольных лоскутов. Треугольные лоскуты образуют таким образом непосредственный переход стебля в материнскую почву.

Лента по способу Шефтеля берется в соотношении ширины к длине 1 : 2, с тем, чтобы после перегиба ленты по длине получилось соотношение 1 : 4.

Практика показывает, что такое соотношение несколько не хватает на питание стебля, и случаев омертвения мы не наблюдали.

Преимущество перед способом Жак заключается в том, что линия шва на месте перехода стебля в материнскую почву отсутствует (рис. 36).

Данчинский (1947 г.) предложил делать у концов ленты разрез длиной 5—6 см под углом в 70—80°; у концов этих разрезов делается дополнительный разрез под углом в 45°. Таким достигается, после отпрепаровки кожи, значительное удлинение линии шва под стеблем и несовпадение (рис. 37) линий швов с швами на материнской почве.

Все предложенные способы имеют свои преимущества и недостатки кроме способа Шефтеля. Все они в той или иной степени предупреждают расхождение швов и мокнутие под стеблем, но полностью не гарантируют от указанных осложнений. Основное: строжайшее выполнение правил асептики, тщательное прикладывание краев кожи и правильный послеоперационный уход — остаются главными условиями для успешного исхода операции.

Осложнения при миграции стебля имеют некоторые особенности по сравнению с осложнениями, которые мы встречаем при формировании стебля. Так, при переносе стебля к дефекту мы можем получить при недостаточной асеп-

тике нагноение, которое влечет за собой полное неприживление стебля или частичное нагноение в швах.

При обширном нагноении швы снимаются и стебель остается висеть на одной ножке. В этих случаях заживление ран

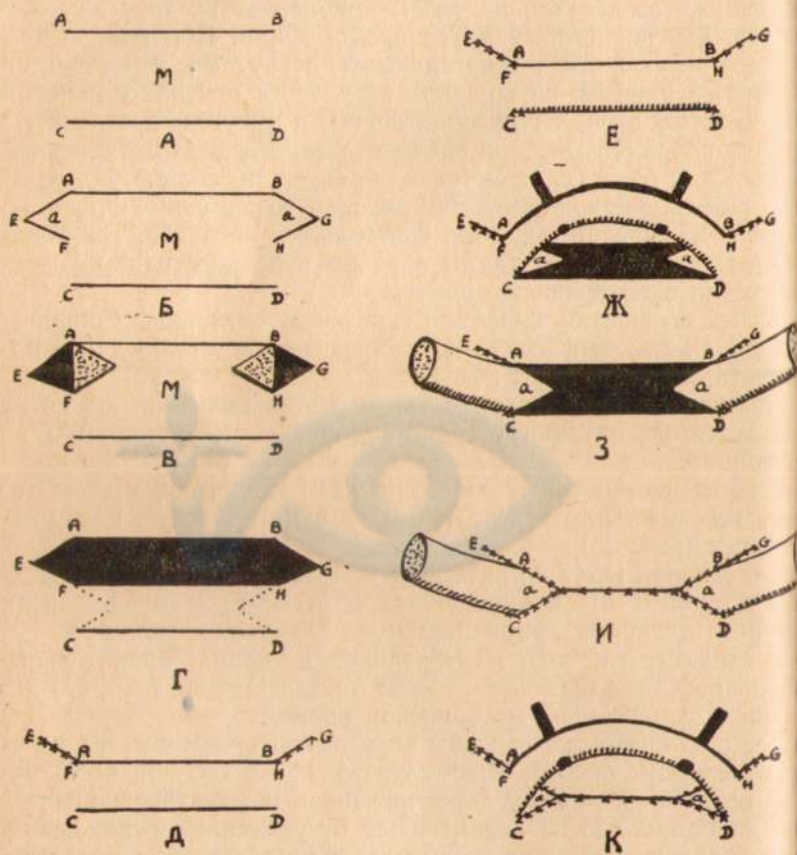


Рис. 36

стебля идет очень медленно из-за недостаточности питания нем, а также потому, что воспалительные явления легко распространяются по стеблю вверх от периферии (тромбофлебит). Стебель надолго становится набухшим, плотным, покрасневшим.

ним, рана покрыта вялыми грануляциями, эпителизация и рубцевание ее идет медленно. Хорошо действует на уменьшение воспалительных явлений погружение стебля в теплые ванночки в слабый раствора (1 : 1000) марганцево кислого калия.

В случае частичного нагноения в швах при переносе, например, стебля на кисть не всегда следует отчаиваться в возможности приживления стебля. Если через 5—6 дней после снятия швов гранулирующая поверхность у места вшивания стебля захватывает не больше $\frac{1}{3}$ окружности стебля, то есть надежда в то, что после заживления раны стебель может быть использован, как вполне жизнеспособный. В противном случае, а при более обширных гнойных поверхностях, стебель лучше отсечь от кисти через несколько дней перенести в другое место, после иссечения на нем гранулирующей поверхности.

Провисание. Неприживление стебля может получиться и без наличия инфекции в ране, когда довольно длинный и мощный стебель переносится так, что после пришивания он своею тяжестью как бы оттягивает блавы швов, или просто провисает, что в конце концов может повести к полному истончению ножки стебля.

В целях профилактики подобных осложнений необходимо подвешивать стебель на полосках липкого пластыря или на деревянных гамачках.

Отек стебля у одного из его концов может зависеть от перегрузки ножки, когда стебель расположен, например, на спине и сильно свисает. Такой же отек может быть и при миграции стебля, когда, например, рука, к которой подшит стебель, лежит так, что ножка стебля прогибается. Наконец, отек стебля может быть связан с обилием в стебле жировой клетчатки (отек от сдавливания).

В послеоперационном периоде отек стебля может развиваться от неправильного ухода за ним: неправильное положение раненого (сдавливание стебля) и неправильное бинтование.

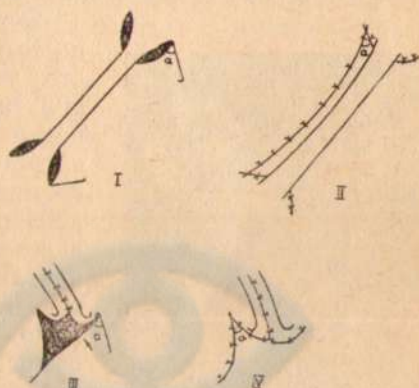


Рис. 37

Омертвление стебля при его миграции бывает значительно чаще, чем после его изготовления. Однако в противоположность последнему омертвление при миграции захватывает как правило, только периферический конец стебля, подшитый на новом месте (рис. 38)

Такое омертвление может зависеть от недостаточной подпитки стебля к переносу или от неполноценности почвы, куда подшивается ножка стебля (рубцовая ткань). Не исключают и такие причины, как перегиб стебля, перетяжка его бинтом и пр.

Омертвление периферического конца стебля различают двух видов: гангрена сухая и влажная.



Рис. 38

Сухая гангрена зависит от недостатка питания вследствие только что указанных причин. Протекает она типично: на второй день после подшивания стебля в нем появляется резкий цианоз, отслойка поверхностных слоев эпителия, на третий день явное омертвление всех слоев и резко выраженная демаркационная линия. В таких случаях с отсечением стебля спешить не следует. Рано отсеченный стебель будет очень медленно заживать (гранулировать и эпителизироваться), и омертвевшая часть часто может переходить во влажную гангрену вследствие присоединения инфекции.

Стебель следует отсечь только тогда когда он сам начнет отделяться по демаркационной линии. Такой стебель можно переносить на новое место после иссечения омертвевших тканей.

Влажная гангрена стебля не является следствием недостаточного питания. Она есть результат воспалительных явлений с последующим тромбофлебитом, вызывающим ее. Такое омертвление ножки стебля наблюдается при переносе ее в место где трудно бороться с инфекцией: губа у входа в нос, край ротового отверстия, небо и др.

Картина влажной гангрены конца стебля совершенно отличается от сухой гангрены. На второй и третий день после подшивания стебля мы видим, что вся периферическая часть стебля сильно набухла, покраснела, плотная и горячая наощупь. Весь стебель уплотнен, вокруг швов явления воспаления с гнойни-

сделанным и гнилостным запахом; температура повышена. Необходимо немедленно снять швы и стебель оставить на одной ножке. Отсеченный стебель и участок его бывшей фиксации вяжут очень медленно. Хорошие грануляции появляются только на 18—20 день. Отечность, уплотнение стебля тянутся иногда месяцами.

Некоторое улучшающее действие на стебель оказывают частые теплые ванночки с марганцовокислым калием. Очень часто таких больных приходится отпускать домой для перерыва в операциях на несколько месяцев или заготавливать новый стебель. Если же удалось дождаться появления грануляций на стебле, то надо, срезав грануляции, стебель повторно подшить.



ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

ПЛАНИРОВАНИЕ ОПЕРАЦИЙ В СВЯЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ

Каждая восстановительная операция требует самого тщательного планирования с учетом всех деталей. План должен быть построен так, чтобы каждый последующий этап был логическим продолжением предыдущего (Рауэр).

При применении филатовского стебля приходится учитывать еще условия, вытекающие как из формы и величины самого стебля, так и из метода его изготовления.

Основные условия, которые должны быть учтены при планировании операций с применением стебля, следующие:

- а) выбор места образования стебля,
- б) выбор метода миграции,
- в) выбор способа подшивания ножки стебля в области дефекта.

Выбор места зависит от многих условий. Прежде всего нужно учитывать цвет кожи, пигментацию, сосуды, что имеет большое значение при пластических операциях на лице, необходимо также учитывать наличие волос на коже. Нельзя, например, выкраивать стебель там, где растут волосы, если этот стебель пойдет для пластики носа, век и др., а также в тех случаях, когда стебель предназначен для закрытия дефекта на таких местах, как ладонь, подошва или для замещения слизистой оболочки.

При закрытии дефектов у детей надо не забывать, что растительность у них на груди и животе выражена слабо и иногда даже не видна совсем до 18—20 лет. Выкроив стебель, например, на животе и перенеся его на лицо мы можем оказаться перед фактом роста волос на лице, там, где их не бывает.

Важно учитывать, характер строения кожи, ее биологические свойства: упругость, растяжимость, подвижность, эластичность.

Нельзя брать стебель на спине для формирования носа, а на животе для крыла носа. Для этой цели лучше использовать стебель с шеи, груди, плеча или предплечья. Для закрытия же



Рис. 39



Рис. 40

дефекта в области иссеченной язвы на стопе будет более подходящим стебель, изготовленный на спине или животе.

Выбор метода миграции. Как принцип стебель следует выкраивать там, откуда его можно поднести к дефекту проще и быстрее. На этом основании при большинстве дефектов лица мы выкраиваем стебли на груди, если нет к тому противопоказаний (волосы). В этом случае, как и в случаях выкраивания стебля на плече или предплечье, мы можем без промежуточных этапов отсечь одну ножку и сразу поднести ее к дефекту. По той же причине при восстановительных операциях на кистях мы выкраиваем стебли на животе или на нижней половине грудной клетки. В этом случае мы легко подносим кисть к одной из ножек стебля (рис. 39).

Во всех остальных случаях лучше всего переносить стебель через кисть или предплечье; это дает возможность в один до-полнительный этап подвести стебель к дефекту.

Даже стебель, выкроенный на спине, легко перенести с по-мощью верхней конечности к любому месту, если больной по-ложит руку на поясицу. Следует по возможности избегать образования стебля на бедре, так как перенос стебля на дру-гую конечность создает вынужденное положение обеих нижних конечностей и переносится больными значительно хуже, чем при использовании с этой целью верхней конечности.

Остается сказать, что при выборе метода миграции чере-з кисть, плечо или предплечье большое значение имеет поло-жение, или вернее, направление стебля, которое он примет после по-дшивания к верхней конечности. Он может быть подшит так, что его продольная ось без перегиба у ножки будет направлена вверх по конечности или наоборот вниз (рис. 40).

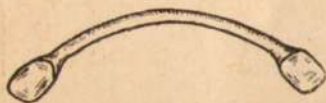


Рис. 41

При переносе на предплечье следует заблаговременно ре-шить вопрос будет ли стебель после подведения предплечья к месту, где имеется дефект, направлен вниз или вверх. Кроме того, при закрытии дефекта очень важно стебель поднести так чтобы его шов (рубец) смотрел не наружу, а внутрь, т. е. что-бы после распластывания стебля по линии шва раневая по-верхность его была бы обращена к дефекту.

Если стебель изготовлен вдали от дефекта, то не всегда легко представить себе его будущее положение и не легко решить, как его подшить, чтобы он принял желаемое на-правление.

Для облегчения этой задачи. Н. М. Михельсон предлагает применять так называемую «чемоданную ручку», которая со-стоит из толстого резинового дренажа длиной 20—25 см, ко-нцы которого разрезаны и уплощены кусками подшитого ка-тона. Такая форма дренажа имеет полное сходство с филь-товским стеблем (рис. 41).

Прикладывая «чемоданную ручку» к тому месту, где об-разован или предстоит образовать стебель и придерживая од-ним концом ее, мы другой конец прикладываем к кисти или пре-дплечью. Опускаем первый конец и, придерживая второй, м

подносим верхнюю конечность к дефекту и смотрим правильно ли расположится стебель. Если «чемоданная ручка» ложится неправильно, то, примеряя ее в разных направлениях на конечности, находим желаемое положение.

«Чемоданная ручка» помогает решить, где лучше выкроить стебель, чтобы проще было поднести его к дефекту.

Выбор способа подшивания стебля. Вопрос этот представляет известную сложность. При выборе необходимо прежде всего учитывать почву, куда переносится стебель в отношении ее кровоснабжения. Если ткани вокруг дефекта рубцово изменены и на хорошее питание ножки рассчитывать нельзя, то лучше подшить ее, отступая от дефекта, в пределах здоровых тканей.

Ножки желательно подшить таким образом, чтобы стебель был направлен к дефекту без каких-либо перегибов и лежал бы, по возможности, в одной плоскости с ним (рис. 42). За этим особенно надо следить



Рис. 42

тем, где стебель с верхней конечности переносится на нижнюю: при язвах голени, стопы и др.

Для успешного приживления стебля имеет значение также подготовка ложа, которое подлежит закрытию. Так, при наличии язвы, последняя должна быть иссечена полностью по окружности и в глубину в пределах здоровых тканей. При наличии плотных и глубоких рубцов последние также иссекаются до здоровой клетчатки.

Освежение краев раны или иссечение язв, рубцов и др. должно производиться так, чтобы края и дно раны были возможно ровнее, чтобы глубина раны на всем протяжении была равномерна. Ровные края и дно раны обуславливают лучшее приживление стебля.

При подшивании самого стебля к краям дефекта также нужно соблюдать некоторые условия. Распластывать стебель перед пришиванием следует всегда по шву, для чего последний полностью иссекается. Делаются затем 3—4 продольных разреза подкожной клетчатки параллельно первому. Разрезы эти делаются через всю толщу клетчатки (рис. 43). После этих раз-

резом стебель легко разворачивается (распластывается) и в расщепленной клетчатке прямыми ножницами иссекается. Иссекать следует так, чтобы остающаяся поверхность была ровной.

Глубина срезаемой клетчатки зависит от назначения стебля: если он укладывается на место иссеченной язвы, например, на

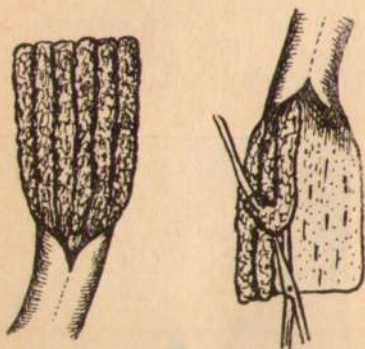


Рис. 43

пятке, то жировая клетчатка со стебля срезается не глубоко. Если же стебель используется для закрытия тыла стопы или кисти, то иссекать клетчатку, следует глубже.

Бояться иссечения жировой клетчатки не следует, так как основные питающие сосуды расположены на границе собственно кожи и подкожной клетчатки.

Безопасность иссечения почти всей жировой клетчатки доказывается наблюдениями, которыми мы располагаем при ринопластике. При рино-

пластике мы иссекаем, как правило, почти всю жировую клетчатку на стебле, перегибаем ленту стебля на 180° , подшиваем к основанию носа и не видим, даже при этих условиях, нарушения питания.

ГЛАВА ПЯТАЯ

НАША МЕТОДИКА ИЗГОТОВЛЕНИЯ СТЕБЛЯ

На основе всех указанных соображений, на основе профилактики возможных осложнений мы придерживаемся следующих правил при изготовлении стебля.

Мы изготавливаем стебель всегда под инфильтрационной анестезией и считаем излишним риском применение при этом общего наркоза. Операция идет только в толще кожи и подкожной клетчатке, где инфильтрация новокаином совершается легко и, как правило, больные переносят такую операцию без каких-либо жалоб.

Техника такова: хирург и ассистент работают одновременно двумя шприцами, делая сначала по одному уколу у концов одного из намеченных параллельных разрезов. Игла берется воз-



Рис. 44

можно длиннее (до 10 см). Сначала новокаин вводится по намеченной линии, а затем он впрыскивается по обе стороны от нее, не вынимая иглы (рис. 44). Если стебель длиннее 15—20 см, то приходится вкалывать иглу еще один-два раза, но обязательно в область, где новокаин уже введен, т. е. не принося новой боли. Когда хирург и ассистент сойдутся иглами, они прорезывают то же самое и по второй намеченной линии.

ТЕХНИКА ОБРАЗОВАНИЯ СТЕБЛЯ

а) Разрез кожи. До операции линии разреза намечаются раствором бриллиантовой зелени или 20% раствором йода на смазанной иодом поверхности.

Разрез проводится строго перпендикулярно к плоскости кожи на глубину всей толщи кожи до появления жирового слоя.

Как только кожа надрезана, скальпелю придают наклонное положение в направлении от краев ленты к середине и производят глубокие разрезы через весь жировой слой наискось, чтобы при сшивании стебля избыток жира не выступал по линии шва (рис. 46).

б) Отпрепаровка. После указанных выше разрезов приступают к отпрепаровке ленты от материнской почвы. При отпрепаровке ленты мы не придерживаемся правила брать обязательно в ленту подлежащую фасцию, как это делают некоторые хирурги. Она берется нами только тогда, когда жировая клетчатка выражена слабо.

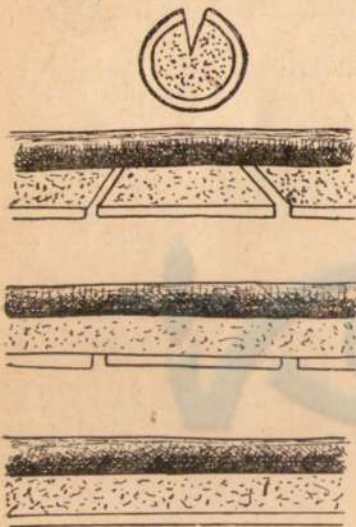


Рис. 45

Отпрепаровка ленты должна идти строго в одном слое на всем протяжении, не заходя однако в коем случае за линию конца ленты. Как только лента отпрепарована, на ее оба края, отступив от ее концов на 3—4 сантиметра, накладывают по шелковому шву — «держалки» — и один шов на середине ленты. Затем хирург отпрепаровывает края кожи материнской почве, чтобы в следующем облегчить их стягивание и проводит самый тщательный гемостаз под лентой на материнской почве.

Несколькими крепкими шелковыми швами сближают края материнской почвы с целью уменьшения раневой поверхности. Область швов временно закрывают салфетками.

в) На л о ж е н и е ш в о в. Ассистент держит ленту на держалках, а хирург накладывает швы. Для наложения швов на стебель лучше всего употреблять конский волос.

Швы следует накладывать так, чтобы игла вкалывалась как можно ближе к краям ленты и захватывала кожу и жировую клетчатку (рис. 46). Расстояние между швами должно быть 1/2—1 см; швы кладутся по всей длине ленты между держалками.

Для ускорения операции на стебель можно положить узловатые швы, а один непрерывный.

Затем накладывают остальные (шелковые) швы на материную почву, также не доходя до конца раны на 3—4 см.

Таким образом, у концов ленты и материнской почвы остаются незашитыми в треугольных пространствах (см. с. 16). Здесь прежде всего у верхушек сугубинков следует наложить шелковый шов так, чтобы он захватывал две стороны стебля и две стороны материнской почвы. При затягивании такого шва и вплотную сближаем ленту с материнской почвой. Затем уже приступаем к наложению волосяных швов на «усы» (см. рис. 1 ж, з, и). Этим заканчивается образование стебля.

Если применяется модификация выращивания стебля по Шефтелю, Жак или Лапчинскому, то мы накладываемся согласно их описания.

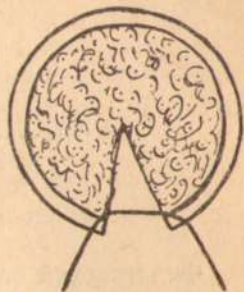


Рис. 46

ГЛАВА ШЕСТАЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ

(по органам)

ГОЛОВА И ЛИЦО

Филатовский стебель при дефектах кожи волосистой части головы применяется редко. Применение его ограничивается закрытием больших дефектов кожных покровов в результате хирургических вмешательств или скальпированных ран травматического происхождения, а также закрытием гранулирующих поверхностей. Вот, собственно, все случаи, когда показано его применение на волосистой части головы.



Рис. 47

Для закрытия указанных дефектов необходимо заготавливать стебель там, где жировая клетчатка выражена не сильно.

Стебель, содержащий большое количество жира, будет иметь на черепе неестественный, неприятный, подушкообразный вид. Лучше брать его с области грудной клетки, с боковых ее поверхностей и подносить к голове через кисть. Края распластанного стебля должны быть тщательно прилажены к краям раны на голове.

Нам приходилось с успехом применять такой способ на больных со скальпом черепа, которым много раз была сделана безуспешная попытка пересадить свободные лоскуты (рис. 47).

Наоборот, на лице филатовский стебель нашел себе самое широкое применение при восстановительных операциях, особенно после обширных огнестрельных повреждений и ожогов.

Огнестрельные повреждения наносят часто не только обширные повреждения тканям лица, но и полностью отрывают отдельные органы: нос, уши, губы, подбородок. Обычно такие повреждения нередки, и это доказывается тем фактом, что, например, 10% всех ранений нижней челюсти сопровождаются полным отрывом подбородка. Во всех этих случаях полноценное восстановление разрушенных органов возможно только при помощи стебля Филатова.

В мирное время потребность в филатовском стебле для восстановительных операций на лице также очень велика.

Обширные хирургические вмешательства по поводу злокачественных опухолей, дефекты лица после номы, обезображивания после сифилиса, туберкулеза, ожогов и других заболеваний требуют почти всегда большого количества пластического материала, который можно получить, используя только филатовский стебель.

Даже при таком заболевании, как анкилоз нижнечелюстного сустава филатовский стебель нашел себе применение. Проф. Лимберг на конференции по итогам лечения инвалидов Отечественной войны (Москва, 1950 г.) сообщил, что у него в клинике стебель применяется в качестве интерпонирующего материала для предупреждения рецидива анкилоза после остеотомии нижней челюсти. После произведенной остеотомии в рану вводится заранее изготовленный стебель (через руку). Кожа на конце стебля срезается и между отломками вводится только жировая клетчатка, которая уже через 10—12 дней вступает в плотное сращение с окружающими тканями, после чего стебель отсекается и в ране остается только жировая прокладка.

Для лица стебель удобен и тем, что необходимый пластический материал легко может быть поднесен через верхнюю конечность с любого места, а также непосредственно с груди или с шеи.

Стебли на груди длиной 18—20 см выкраиваются в подключичной области наискось сверху вниз между головкой плеча и серединой грудины. Конец стебля, отсекаемый от грудины, легко поднести к основанию носа, к ниже-глазничному краю и др., почему он может быть использован для всевозможных дефектов лица (рис. 48).

Отказываться от такого стебля приходится в случаях, когда, например, он нужен для замещения дефектов носа, а у больного на груди имеются волосы. От стебля на груди нередко отказываются женщины, которые лишаются возможности но-

сшить открытые платья из-за остающихся рубцов. Иногда приходится отказаться от верхнегрудного стебля и потому, что он недостаточен по своей длине для закрытия дефекта и не подходит по своему строению. Так, при восстановлении подбородка мы пользуемся более мощными стеблями с нижней половины грудной клетки или с живота.

В этих случаях, будет ли стебель поднесен непосредственно с груди или с живота при помощи верхней конечности, успех



Рис. 48



Рис. 49

операции будет зависеть от правильного ее планирования и от создания хорошего воспринимающего ложа у края дефекта.

При планировании надо учитывать, что стебель при подшивании к краю дефекта подбородка должен быть направлен так, чтобы шов был расположен на задней стороне его, т. е. был бы обращен к дефекту. Для вшивания стебля надо приготовить посадочную площадку с довольно большою поверхностью, дабы обеспечить достаточное питание.

Для закрытия дефектов подбородка или шен, стебли с груди можно использовать и для переноса необходимого материала. Так, например, дефект, возникающий при иссечении обшир-

ных рубцов на шее, закрывается нами лоскутом кожи с области грудины, подносимым к дефекту на двух стеблях (см. рис. 18).

Возможен и такой способ для закрытия обширных дефектов как на лице, так и на других органах: если дефект настолько обширен, что один стебель недостаточен, можно изготовить сразу два стебля на животе по обеим сторонам с тем, чтобы перенести одновременно оба стебля к дефекту через руку, о чем мы говорили в главе «миграция» стебля.



Рис. 50



Рис. 51

Для иллюстрации приводим одну историю болезни.

Больной К-н (история болезни № 967). 26.V.1943 г. получил тяжелые ожоги всего тела от воспламенившегося бензина. Последствием ожога были рубцы на верхних конечностях, туловище и в области шеи.

Рубцы, расположенные между подбородком и ключицами, были плотны, неподвижны и подтягивали вплотную подбородок к груди. Вынужденное положение головы было очень тяжело для больного. Решено было иссечь эти рубцы, и заменить их стеблем Филатова.

При планировании операции было высчитано, что на покрытие дефекта подбородка нужна кожная лента шириною 10 см и лента в 10 см на покрытие дефекта шеи. Кроме того, нужна была кожная лента на закрытие раневого пространства над грудиной.

Для ускорения всех операций были изготовлены одновременно два стебля на боковых стенках живота. Длина каждого стебля 22 см, ширина 10 см. Стебли были расположены так, что между их нижними концами оставалась площадка длиной в 12 см.

Через 3 недели верхние концы стеблей одновременно были подшиты к левому предплечью. После приживления стеблей и после их тренировки была отсечена площадка кожи между нижними концами стеблей на животе и вместе с предплечьем была поднесена к надгрудному пространству, где была подшита после иссечения рубцов.

Через 18 дней, когда площадка прижила, оба стебля были отсечены от предплечья и подшиты: один к левой, другой к правой стороне шеи, в области здоровой кожи.

Через 3 недели были иссечены рубцы на шее и на подбородке, стебли распластаны и уложены в дефект после иссечения рубцов. Приживление гладкое.

Голова и подбородок приняли правильное положение (см. рис. 49, 50, 51).

Все операции проделаны под инфльтрационной анестезией 1% раствором новокаина.

Нигде так строго не приходится считаться со строением кожи, которая берется для закрытия того или иного дефекта, как на лице.

Нельзя согласиться с Карташевым, который предлагает для ринопластики пользоваться стеблем со спины только потому, что такой стебель будет очень плотным и не потребует впоследствии пересадки хряща.

Для целей ринопластики стебель должен быть мягким, с небольшим количеством жировой ткани, т. е. близкими по своим свойствам к коже нормального носа. Что же касается пересадки хряща, то какой бы толщины стебель мы ни брали, в будущем мы всегда наблюдаем его сморщивание и рубцевание, если в дальнейшем не будет введен хрящ. Вот почему лучшим стеблем для ринопластики будет стебель с верхнего отдела груди.

Упрощенная методика изготовления носа из филатовского стебля разработана детально Хитровым (ЦИТО). Она сводится к тому, что изготавливается стебель на груди, затем одна ножка его отсекается и вшивается в область спинки носа. После приживления ножки отсекается вторая ножка стебля, стебель распластывается, с него убирается почти вся жировая клетчатка и распластанная лента сгибается пополам и сшивается с краями кожи, освеженной в области грушевидного отверстия носа (рис. 52 а, б, в, г).

То же самое мы должны сказать и для случаев восстановления ушной раковины, где нужна еще более нежная кожа. Таковой будет кожа с шеи.

Лапчинский (ЦИТО) использовал стебель Филатова для создания ушной раковины при полном ее отсутствии.

Стебель с шеи был подшит к остаткам ушной раковины (ранение). После приживления обоих концов, стебель был

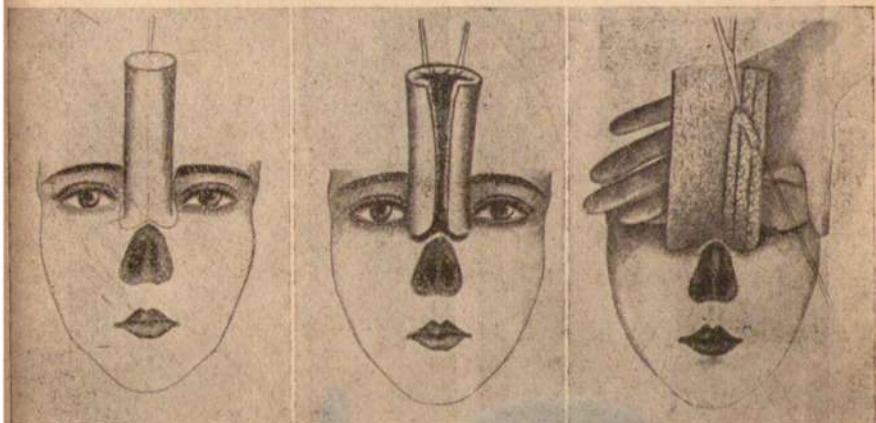


Рис. 52а

Рис. 52б

Рис. 52в

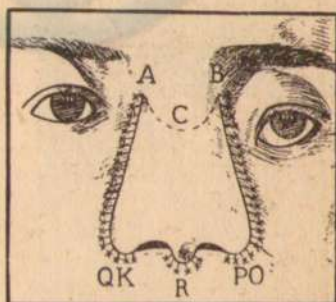
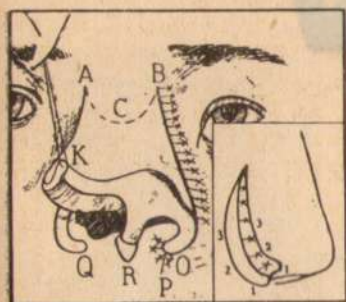


Рис. 52г

расслоен и в него введен хрящевой остов ушной раковины, взятой от трупа. Гладкое приживление. Форма уха вполне удовлетворительная (рис. 53а, б, в, г).

При полном отсутствии ушной раковины, что может быть врожденным или последствием травмы, приходится иногда



Рис. 53а



Рис. 53б



Рис. 53в



Рис. 53г

заменять ее искусственной ушной раковиной, сделанной из мягкой пластмассы. Такую раковину можно укрепить или специальным клеем, или подвесить на изготовленных микростеблях (см. рис. 12).

В челюстно-лицевой практике стебель Филатова используется не редко для закрытия больших дефектов твердого неба, когда местными тканями это сделать не удастся. Такие дефекты наблюдаются часто после огнестрельных ранений или после сифилиса.

Заготовленный стебель подносится к краям дефекта неба прямо с кисти или он раньше вшивается в щеку, а со щеки к небу. Чтобы больной не травмировал зубами стебель, готовится назубная шина из пластмассы, с повышенным прикусом, которая не дает возможности больному полностью закрывать рот. Это время больной питается исключительно жидкой пищей.

ШЕЯ

На шее филатовский стебель применяется почти исключительно с целью устранить дефект кожи, образующийся после иссечения обширных рубцов (ожог).

Мы уже указывали, что в таких случаях можно прибегнуть к двум филатовским стеблям и на них перенести лоскут с груди. Можно выкроить обычный стебель на груди или животе и перенести его через верхнюю конечность к дефекту.

Иногда приходится, несмотря на разницу в строении кожи, использовать стебель со спины. Он в данном случае будет выгоднее тем, что перенос к дефекту возможен без верхней конечности, а путем перекидывания его через плечо на шею (рис. 54). Нами такой стебель применяется в случаях, когда кожа груди как и шей покрыта рубцами, которые часто занимают также и верхние конечности, ограничивая их движения.



Рис. 54

Соловьев описал в 1936 г. пластику филатовским стеблем дефекта стенки пищевода после экстирпации гортани.

ГРУДЬ

На груди стебель применяется редко. Он может быть использован для замещения дефекта кожи после иссечения язвы (рентгеновская), после иссечения обширных рубцов, ограничивающих движения шеи или верхних конечностей.

При удалении грудной железы по поводу рака ее, может образоваться настолько обширный дефект кожи, что местными тканями его закрыть не удастся. В этих случаях его можно закрыть стеблем. Можно заготовить стебель заранее, чтобы закрыть дефект непосредственно после удаления железы.

В последние годы хирургами применяется метод образования пищевода из кожи груди при структурах его. С этой целью выкраивается лента кожи на груди, сворачивается кожным покровом внутрь, а не наружу, как это делается в филатовском стебле. На обнаженную поверхность надвигают кожу груди. Верхний и нижний концы кожной трубки сшивают с пищеводом и желудком.

Шамов применил оригинальный метод антеторакальной эзофагопластики, включив изолированную кишечную петлю в образованный на груди филатовский стебель.

Стебель на груди применяется и для закрытия дефекта стенки пищевода при различных операциях.

ЖИВОТ

Для закрытия кожных дефектов на животе филатовский стебель применяется редко потому, что даже довольно большие кожные дефекты удастся ликвидировать путем широкой отпрепаровки краев раны и их стягивания.

Нам пришлось наблюдать случай, где филатовский стебель был применен для закрытия обширного дефекта кожи живота после иссечения рентгеновской язвы, образовавшейся в результате длительного применения лучистой терапии. Стебель в этом случае был изготовлен на боковой поверхности грудной клетки.

ТАЗ

При повреждении таза, когда образуется дефект задней стенки ампулы прямой кишки, при сохранившемся сфинктере заднего прохода использование филатовского стебля для замещения этого дефекта дает хорошие результаты (Богораз, Волошин). Для этой цели заготовить стебель можно на спине или на животе.

МОЧЕПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

В годы войны увеличилось ранение мочеполовых органов. В результате ранений имелось довольно большое количество случаев полного отрыва полового члена.

В деле устранения последствий такого ранения, доставляющего больному не только моральное страдание, но и резкое нарушение функций как моченспускания, так и половых, наши отечественные хирурги внесли много своего, оригинального. Успехи их настолько велики, что сейчас

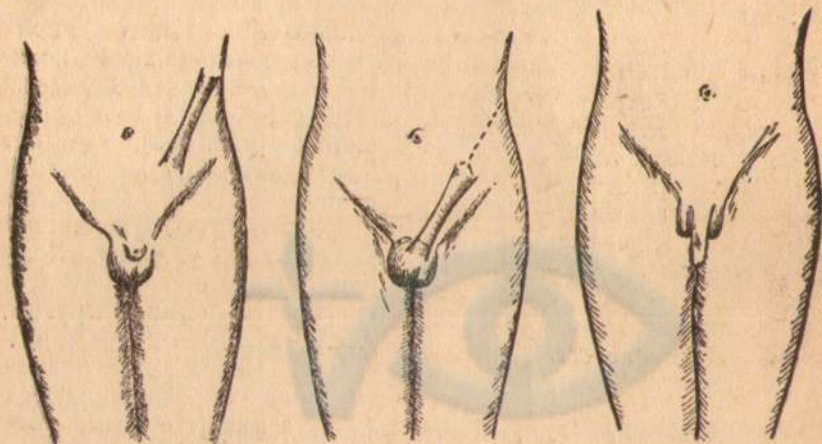


Рис. 55а

Рис. 55б

Рис. 55в

удается почти целиком восстановить нарушенную форму и функцию.

Кроме огнестрельных повреждений причиной потери полового органа может быть хирургическая операция (ампутация) по поводу рака его, слоновости и др. заболеваний или повреждений.

Богораз в 1936 г. предложил операцию восстановления полового органа (*penioplastica totalis*). Операция основана на том, что для образования полового члена используется филатовский стебель. План операции следующий (по Богоразу): на стенке живота, на одной из сторон, наискось, сверху вниз, выкраивается кожная лента длиной 15—18 см, шириною 10—12 см, которая сшивается обычным способом в стебель. Стебель располагается так, чтобы нижний конец

его доходил почти до средней линии, а верхний до гребешка подвздошной кости (рис. 55а). Стебель тренируется обычным способом. Когда стебель готов к переносу, отрезают круговым разрезом его верхний конец и вшивают в освеженные края оставшейся культи полового члена. Еще через 2—3 недели отсекается второй (нижний) конец стебля, края его зашиваются (рис. 55б).

По прошествии 2-х недель берется из ребра хрящевой стержень 1×8 см и вводится через разрез по спине вновь образованного члена одним концом вглубь между остатками пещеристых тел, а другим в дистальный конец стебля. Рана зашивается. Через месяц

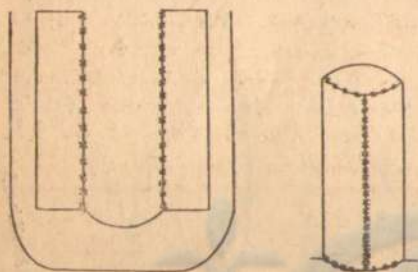


Рис. 55г

вновь образованный половой член прикладывается к передней поверхности мошонки (рис. 55в), где нет волос. Затем на члене (по обеим сторонам) проводятся параллельные разрезы. Края ран отпрепаровываются и сшиваются один с другим, т. е. край члена с краем мошонки. Через 2—3 недели на мошонке выкраиваются

ставнеобразные лоскуты; оба эти лоскута вместе с членом отсекаются от мошонки и сшиваются между собой. Таким образом по нижней поверхности члена будет идти канал — новая уретра (рис. 55г).

Богораз к 1948 г. имел 30 таких операций, проделанных с успехом, Волошин 27 случаев, Фрумкин — 23 (1945 г.). Майт (клиника проф. Левита) в 1947 г. описал несколько иную методику восстановления полового члена:

1. Филатовский стебель 15—20 см в подвздошной области.
2. Выделение кавернозных тел из тканей мошонки и промежности.
3. Отсечение верхней ножки стебля, тоннелизация его и введение в него кавернозного тела. Фиксация стебля у основания полового члена. Мочепускающий канал вшивается в продольный разрез у второй ножки стебля и в него вводится катетр.
4. Отсечение второй ножки и зашивание культи.

Бердичевский в 1949 г. применил филатовский стебель для внешней оболочки уретры, образованной из червеобразного отростка. Доц. Шупик в журнале «Врачебное дело» № 9 за 1950 г. описал весьма остроумный способ образования мужского мочеиспускательного канала при помощи филатовского стебля.

Огнев первый восстановил влагалище (при его атрезии) из двух филатовских стеблей, образованных на передне-внутренней поверхности обоих бедер.

ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ

Для восстановления функций верхней конечности филатовский стебель имеет большое значение. Он используется:

1. В качестве пластического материала для замещения дефектов: а) при свежих травмах, б) при устранении рубцов, контрактур и в) при иссечении изъязвившихся рубцов, а также при дефектах кожи, связанных с другими этиологическими моментами.

2. В роли переносчика пластического материала для замещения недостающих или утраченных частей верхней конечности, даже в виде анатомических образований, расположенных в смежных или отдельных местах (поллицизация, замена неполноценного пальца одной руки пальцем другой руки).

3. Как основа для построения новых пальцев, взамен отсутствующих.

Такое разнообразие возможностей применения филатовского стебля для пластических целей на верхней конечности объясняется огромной частотой повреждений кисти и пальцев и невозможностью использовать местные ткани.

Нередко даже при сравнительно легких повреждениях, сопровождающихся потерей лишь небольших участков мягких тканей, создается необходимость найти подходящий пластический материал для замещения возникшего дефекта.

Так, при свежей травме пальца с полным отрывом жировой подушки или так называемой мякоти, скелетирующим ладонную поверхность ногтевой фаланги, образовавшийся дефект нельзя предоставить самостоятельному заживлению. В таких случаях последовало бы образование болезненного спаянного с костью рубца на грубо деформированной им ногтевой фаланге. Нецелесообразна и свободная пересадка кожи хотя бы и всей толщи ее на скелетированную

часть фаланги, так как, даже при приживлении, такая кожа не выдержит той функциональной нагрузки, которая присуща пальцу.

Таким образом, для восстановления функциональной и косметической ценности пальца единственно подходящим пластическим материалом будет кожа с подкожной клетчаткой, полученная в виде лоскута на ножке или острого филатовского стебля.

Все преимущества обычного филатовского стебля перед лоскутом на ножке, указанные нами в общей части, относятся в равной степени и к острому стеблю, который нами часто применяется при первичной пластике.

Первичная пластика острым филатовским стеблем не нашла своего отражения в литературе.

Клинический материал ЦИТО с 1941 по 1950 г. охватывает 14 случаев первичной стебельчатой пластики, из коих 8 случаев приходится на полный отрыв мякоти ногтевых фаланг пальцев кисти. Остальные 6 случаев на более значительные повреждения пальцев.

Благоприятный исход всех случаев дал нам основание предопределить дальнейшие практические возможности применения первичной стебельчатой пластики на верхней конечности.

Так, при одновременном отрыве мякоти ногтевых фаланг большого и одного из остальных пальцев, мы предлагаем изготавливать на груди или на животе, на стороне, противоположной пострадавшим пальцам, небольших размеров обычный филатовский стебель на двух ножках и тут же перерезать его на две части. Образуются два острых филатовских стебля. Один из них вшивают в дефект ногтевой фаланги большого пальца, а другой в аналогичный дефект другого пальца. По приживлении излишки стеблей отсекают.

Закрывание свежих скальпированных ран, скелетирующих гильную поверхность всех трехфаланговых пальцев кисти, после превращения сшиванием их краев в общую раневую поверхность, может быть произведено и острым филатовским стеблем на двух ножках. Под среднюю часть кожной ленты, ушитой в стебель лишь у концов, подводят пострадавшие пальцы так, чтобы их общая раневая поверхность вступила в контакт с раневой поверхностью ленты, после чего края их сшивают между собой. По приживлении части стебля, расположенные снаружи от II и V пальцев, отсекаются и пальцы разъединяются (рис. 56). Питание кожного трансплантата из

двух источников, т. е. из обеих ножек стебля, способствует благоприятному исходу пластики.

Острый филатовский стебель применяется для закрытия свежей, травматически скелетированной ногтевой фаланги пальца после предварительного удаления поврежденного корня ногтя. Стебель, наподобие чехла, надевают на фалангу и его края сшивают с краями кожи предлежащей фаланги. По приживлении, избыточная часть стебля отсекается, а его раневая поверхность на свободном конце пальца ликвидируется сшиванием ее кожных краев.

Первичная пластика острым филатовским стеблем применяется при травматической ампутации или экзартикуляции ногтевой фаланги большого пальца кисти, часто со значительным дефектом кожных покровов основной фаланги его. В этих случаях острый филатовский стебель является наиболее подходящим пластическим материалом, так как он надежно изолирует обширную раневую поверхность от внешней среды и снабжает пострадавший большой палец руки кожным покровом, вполне отвечающим требованиям выполняемой им функции.

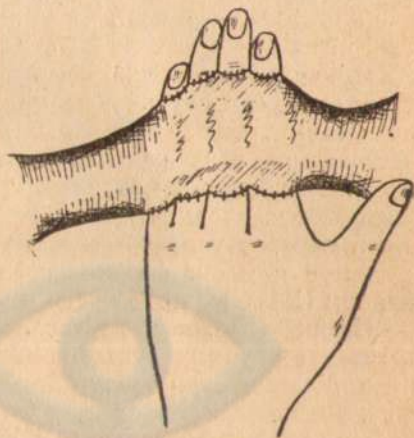


Рис. 56

Острый стебель может быть с тем же успехом применен и при свежей скальпированной ране всего пальца, когда все его фаланги скелетированы, в виде чехла, натягиваемого на пострадавший палец.

Острый филатовский стебель начал находить себе применение и в поздней или последующей пластике дефектов верхней конечности, заменяя обычный стебель.

Для устранения дефекта на верхней конечности легко используются как острый, так и обычный стебель, изготовленные на любом участке поверхности тела, так как присущий верхней конечности обширный радиус действия является благоприятным моментом для стебельчатой пластики.

Стебельчатый метод нашел себе широкое практическое

применение на верхней конечности при устранении рубцовых контрактур, при замещении дефектов после иссечения изъязвившихся рубцов и при восстановлении утраченных пальцев рук.

Хирургическое лечение рубцовых контрактур, независимо от их локализации, сводится к иссечению всех рубцово-измененных тканей, препятствующих функции и к замещению возникающих при этом дефектов. В ЦИТО в 25 случаях хирургического вмешательства по поводу рубцовых контрактур верхней конечности, в 15 был применен обычный филатовский стебель, — а в 10 случаях — острый.

Рубцовые изменения тыльной поверхности кисти, возникающие большей частью в результате ожогов, вызывают сгибательные контрактуры пальцев в межфаланговых суставах и их тыльное сгибание в пястно-фаланговых суставах. Устранение этих контрактур точно так же достигается иссечением рубцово-измененных тканей тыла кисти и замещением образовавшегося дефекта кожным трансплантатом. Из 6 случаев указанных контрактур два случая, оперированных при помощи филатовского стебля, приходится (по материалам ЦИТО) на обе кисти и четыре — на одну кисть.

Стойкую утрату трудоспособности дают рубцовые контрактуры крупных суставов — локтевого и плечевого. При замещении дефектов, образующихся после иссечения кожно-подкожно-мышечных рубцов, следует всегда учитывать радиус действия этих суставов и в связи с этим решать вопрос о выборе пластического материала. Наиболее подходящим материалом для этих случаев следует признать филатовский стебель, который к тому же легко заготовить поблизости на боковой поверхности груди или на брюшной стенке, на стороне одноименной с пострадавшей конечностью.

При изъязвляющихся рубцах, хотя и встречающихся на верхней конечности сравнительно редко, филатовский стебель также находит себе применение. Дефекты, образующиеся после радикального иссечения этих язв вместе со всеми рубцово-измененными тканями, лучше всего замещать филатовским стеблем, обладающим самостоятельным кровоснабжением, ставящим его в отношении питания в независимое положение.

Филатовский стебель начал находить себе применение в новой, широко развивающейся области восстановительной хирургии — в реконструкции пальцев руки. Реконструктивные операции на кисти и пальцах часто завершаются образова-

нием таких кожных дефектов, замещение которых местными тканями невозможно.

Стебельчатая пластика находит себе применение при фалангизации 1-й пястной кости лишь в случаях наличия грубых рубцов в области первого межкостного промежутка, и при фалангизации остальных пястных костей вследствие недостатка кожного материала. Использование стебельчатой

пластики при фалангизации 1-й пястной кости способствует удлинению образованного 1-го пальца больше нежели при пластике местными тканями, и этим улучшает функциональный результат. Если филатовский стебель имеет достаточную длину, то его можно использовать для фалангизации нескольких пястных костей. Исключительно важное значение приобретает филатовский стебель в восстановительных операциях, направленных к созданию новых пальцев взамен недостающих.



Рис. 57а

Операция состоит из следующих четырех этапов:

- 1) изготовление филатовского стебля;
- 2) отсечение и пересадка одной из ножек стебля на освеженную поверхность в области отсутствующего пальца;
- 3) отсечение избыточной части стебля, в соответствии с намеченной величиной создаваемого пальца;
- 4) пересадка костного трансплантата.

Кожно-костная реконструкция двух пальцев кисти, сохраняя в принципе типовой план операции, несколько отличается последовательностью и числом этапов хирургических вмешательств.

Основные из них следующие:

- 1) изготовление филатовского стебля;
- 2) отсечение ножки стебля и вшивание ее на культю одного пальца;
- 3) отсечение второй ножки стебля и вшивание ее на культю другого создаваемого пальца;
- 4) рассечение стебля на части в соответствии с размерами образуемых пальцев;

5) пересадка костного трансплантата в каждый образованный кожный палец.

В ЦИТО наряду с костным трансплантатом используется и трупный хрящ (Блохин).

В кожно-костных (хрящевых) реконструктивных операциях пальцев кисти филатовский стебель является наиболее



Рис. 576



Рис. 57в

подходящей пластической основой, в которой сочетаются как внешнее сходство с их формой, так и качественные свойства, способствующие приживлению разнообразных трансплантатов, столь необходимых для восстановления функции этих пальцев (рис. 57а, б, в).

НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ

Филатовский стебель находит себе широкое применение и при восстановительных операциях на нижней конечности.

Дистальные отделы нижней конечности (стопа, голень) в силу своих анатомо-физиологических особенностей малая подвижность и своеобразие строения кожного покрова) нередко поражаются настолько серьезно, что восстановление опорно-двигательных функций их возможно лишь с помощью указанных операций.

По тем же причинам, при известных клинических показаниях (обширные дефекты на голени, дефекты пяточной или подошвенной области стопы) пластика с помощью филатовского стебля является для них методом выбора. Требуемый для этих целей филатовский стебель может быть изготовлен на животе, груди и на бедре. Нижняя конечность, в противовес верхней, обладает ограниченными движениями, почему перевод филатовского стебля с живота или груди к ее периферическим отделам совершается с помощью кисти или предплечья.

На самой нижней конечности более подходящим местом изготовления стебля можно признать лишь бедро, так как остальные ее отделы не имеют достаточного количества необходимого кожного материала.

Использование бедра довольно заманчиво, так как изготовленный на нем стебель может быть перенесен к дефекту периферической области большой конечности без промежуточных этапов, т. е. непосредственно. Непременным условием при этом должно быть сохранение движений суставов большой конечности или вернее возможность подвести ее к стеблю, изготовленному на противоположном бедре. Однако в каждом отдельном случае еще до изготовления стебля следует взвешивать ряд особенностей, присущих бедру и его кожным покровам.

Наличие сильно развитого жирового слоя на бедре, а также слабая выраженность его при сильно развитой мускулатуре являются обстоятельствами, затрудняющими изготовление филатовского стебля достаточной толщины с шириной кожной ленты в 10—12 см.

Остающиеся под стеблем дефекты материнской почвы не могут быть ликвидированы простым сшиванием их краев. Для их закрытия прибегают к свободной пересадке кожи или расслабляющим разрезам, наносимым по сторонам от дефекта, в виде насечек в 2—3 ряда в шахматном порядке.

Поэтому предельные размеры кожных лент, выкраиваемых на передней или передне-внутренней поверхности бедра при умеренно развитом жировом слое должны быть 8 см ширины и до 20—24 см длины.

Хотя использование стебля, изготовленного на животе или груди, и удлиняет срок лечения из-за лишнего этапа миграции, зато оно является более надежным. Стебель при миграции приобретает стойкость, выносливость и способность хорошо приживать, что при пластике на нижней конечности весьма важно, если учесть особенности ее кровоснабжения. Отрицательным моментом следует считать довольно продолжительное пребывание больного в вынужденном положении, что причиняет ему известные неудобства. Некоторые больные, будучи не в состоянии вынести его, открывают стебель от стопы или голени, несмотря на тщательную фиксацию обеих конечностей (верхней и нижней) гипсовой повязкой. Состояние больных значительно облегчается, если заблаговременно до момента переноса стебля приучать их к этому положению т. е. заставлять тренировать нижнюю конечность, переводя ее ежедневно на несколько часов в требуемое положение с тем, чтобы к нему привыкнуть.

Раны, незаживающие язвы, а также функционально-непригодные рубцы на стопе или голени, неподдающиеся длительному консервативному лечению, являются прямыми показаниями к применению стебельчатой пластики, если нельзя при этом использовать другие виды пластики.

Если стебель предназначен для замещения небольшого участка, занятого язвой и окружающими ее рубцами, то после полного иссечения их по окружности и во всю толщу, в пределах здоровых тканей он вшивается в образовавшийся дефект. Следует избегать вшивания ножки стебля в непригодные ткани, так как это обычно кончается некрозом ее и отторжением стебля.

При обширных дефектах выгодно стебель переносить на здоровый участок, расположенный смежно с патологически измененными тканями, подлежащими в дальнейшем иссечению.

После приживления на здоровом участке пересаженной ножки стебля, отсекается его вторая ножка, после чего или

1) стебель распластывается, затем выкраивается в соответствии с формой дефекта и вшивается в него, или,

2) при неуверенности в достаточном питании стебля из одной ножки, вторую ножку переносят на здоровый участок дефекта, расположенный по другую сторону. С ее приживлением стебель, питающийся из двух ножек, распластывают и вшивают в дефект (рис. 58а, б, в).

Для иллюстрации приводим историю болезни.

Больной И-в во время боя получил осколочное ранение голени с повреждением большеберцовой кости. В дальнейшем течение раны осложнилось остеомиелитом и гнойными затеками в окружающих мягких тканях. Потребовались множественные разрезы на бедре и голени. В послеоперационном периоде было обильное отхождение некротических тканей, результатом чего были втянутые обширные рубцы на бедре и голени по задней их поверхности.

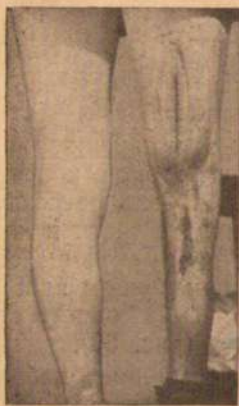


Рис. 58а



Рис. 58б



Рис. 58в

На голени рана не заживала несколько месяцев и образовалась длительно незаживающая язва, занимавшая почти всю длину икроножных мышц. Решено было язву иссечь и заменить ее с помощью стебля Филатова.

Стебель был изготовлен на животе 25×10 см. Через 22 дня он перенесен на кисть, а через 19 дней на голень.

На голени стебель был подшит у верхнего края язвы, но в области здоровой кожи. После приживления стебель был отсечен от руки, распластан и подшит к краям раны, образовавшейся после полного иссечения рубцов. Приживление гладкое.

Обращаем внимание на то обстоятельство, что стебель на голени следует всегда подшивать к верхнему ее отделу, где кровоснабжение значительно лучше, чем в нижней.

Если при иссечении всех патологически измененных тканей обнажаются сухожилия, мышцы или кость, то для замещения таких дефектов рекомендуется пользоваться филатовским стеблем с включением в него фасции (Юсевич).

Фасция сохраняет скольжение сухожильно-мышечного аппарата и предотвращает атрофию кожного жира. Включенная в трансплантат фасция прирастает к кости, а подкожный жир, становясь плотным, сохраняет необходимую подвижность кожи и делает ее опороспособной, что особенно важно на стопе.



Рис. 59

Если на стопе имеются два небольших дефекта, например, на культе ее переднего отдела и на пятке, то они могут быть замещены одновременно с помощью одного стебля, заготовленного на бедре второй конечности. Стебель рассекается на две части и каждая из них своим свободным концом идет на замещение одного дефекта (рис. 59).

Замещение небольших дефектов обеих стоп, если учесть что такое совместное пора-

жение встречается сравнительно часто (отморожение), можно точно так же произвести с помощью одного стебля. По вшивании стебля в дефект одной стопы и его приживлении вторую ножку стебля переносят в дефект другой стопы. После приживания избыточную часть стебля отсекают от обеих стоп (рис. 60).

Перечисленные способы применения стебля на стопе, относящиеся в одинаковой степени и к голени, являются лишь основными, однако их можно видоизменять и комбинировать в зависимости от индивидуальности случая с тем, чтобы, наряду с наилучшими результатами пластики, добиться и сокращения сроков лечения.

Данные литературного и клинического материала ЦИТО показывают, что такое сокращение сроков лечения вполне достижимо путем применения острого филатовского стебля.

Для иллюстрации приводим историю болезни.

Инвалид Отечественной войны В-ов А. И., 27 лет, поступил в ЦИТО 10.XII.1946 г. с трофической язвой правой пяточной области после ранения осколком мины, полученного в 1941 г. После произведенных на этапах эвакуации секвестротомий по поводу остеомиелита пяточной кости осталась язва. В 1942 г. в г. Иркутске — безрезультатная пересадка кожи по Девису, а в 1944 г. — симпатикомэктомия в правой паховой области с тем же исходом. В 1945 г. в ЦИТО физиотерапевтическое лечение и курс тканевой терапии по Филатову — язва закрылась на один месяц.



Рис. 60

В 1946 г. пользовался в Сочи мацестинскими ваннами — язва не закрылась. Правая стопа утолщена и деформирована, в области пятки втянутые и спаянные с подлежащими тканями рубцы. В центре рубца язва диаметром в 1,5 см с омозолдыми краями; дно ее с вялыми грануляциями и скудным отделяемым.

11. I. 1947 г. иссечение язвы с окружающими рубцами, снесен костный выступ в области пяточного бугра 4×4 см.

Размер дефекта получился 6×8 см. На внутренне-передней поверхности левого бедра изготовлен острый филатовский стебель 7×14 см с включением в него фасции и тут же вшит свободным распластанным концом в дефект пятки.

3. II. 47 г. отсечение филатовского стебля по краю дефекта пятки, неиспользованная часть стебля после предварительного распластывания вшита на прежнее место, а оставшаяся при этом часть дефекта на бедре (после образования стебля) закрыта свободно пересаженными лоскутами кожи. 10. II сняты швы — заживление первичным натяжением.

Функциональный результат (при изготовленной больному ортопедической обуви) хороший.

Таким образом, после бесплодного шестилетнего консервативного лечения пораженной пяточной области стопы, пластика острым филатовским стеблем дала благоприятный результат всего лишь за один месяц.

Филатовский стебель, предъявляющий минимальные требования к воспринимающей почве как источнику питания, благодаря собственному хорошему кровоснабжению, не только прекрасно приживает, но и благотворно влияет на трофику тканей, окружающих дефект. Иногда одно лишь изготовление филатовского стебля при язве голени, оказывает стимулирующее влияние на течение регенеративного процесса и приводит к восстановлению функций в пораженных тканях.

В подтверждение всего здесь изложенного мы приводим данные, из которых видны показания и методика использования филатовского стебля, на основании материала ЦИТО за последние 25 лет.

Всего в ЦИТО было изготовлено 840 стеблей из них для лица 746, для конечностей 94. 55% были применены у мужчин, у 45% — у женщин (до 1945 г.). Однако это соотношение резко изменилось за послевоенные годы.

После войны за время 1945—1949 гг. у мужчин было изготовлено 88% всех стеблей, а у женщин только 12%. Это вполне понятно: обширные огнестрельные повреждения, дефекты отдельных органов, незаживающие язвы, контрактуры потребовали широкого использования филатовского стебля почти исключительно у мужчин.

Некоторые хирурги считали, что применение филатовского стебля возможно только у взрослых, что дети плохо переносят многэтапность операций, и особенно трудно для них вынужденное положение конечности или головы при переносе стебля. Наш опыт это мнение решительно отвергает.

Дети в 6—10-летнем возрасте не только не тягостятся вынужденным положением, например, руки, пришитой к стеблю, но они так приспосабливаются к нему, что приходится только удивляться. С пришитой к животу рукой они играют в мяч, городки и другие игры.

Из сделанных нами стеблей 16 мы применили при самых сложных дефектах лица у ребят (рис. 61) от 6 до 13 лет.

Гораздо труднее переносят вынужденное положение люди пожилого возраста, да и приживление у них идет значительно хуже. У людей пожилого возраста мы стараемся применять, по возможности, местную пластику. На 840 стеблей нами было сделано всего только 3% стеблей у лиц в возрасте от 50 до 80 лет.

Считаем небезинтересным указать для каких целей мы применяли стебель, т. е. какие органы мы восстанавливали.

Лицо		Небо	
Нос	57%	Швод черепа	0,5%
Щеки	17%	Язык	0,5%
Губы	11%	Шея	1%
Подбородок	10%	Конечности	
Уши	1%	Верхн. конечности	64,9%
Веки	1%	Нижн. конечности	35,1%

В таблице обращает на себя внимание тот факт, что больше половины стеблей были использованы для ринопластики.

Объяснить это можно тем, что для создания носа требуется много материала (кожного) и что такие больные концентрируются у нас в институте больше, чем в других лечебных учреждениях.

Следует также отметить, что среди стеблей, примененных для конечностей, в 37% пользовались острым стеблем, что значительно сокращало срок лечения больного. Острый стебель применялся исключительно для восстановления или создания пальцев кистей. Удобство подведения кисти к животу позволяло пользоваться короткими стеблями, что гарантировало успех приживления.

Причины, которые повлекли за собой потерю того или иного органа или его деформацию были следующие:

Лицо			
Сифилис	32%	Ожоги	5%
Волчанка	10%	Остеомиелит	1%
Некрóz после тифа	15%	Врожденные дефекты	2%
Нома	7%	Конечности	
Злокачеств. опухоль	7%	Ожоги и отморожен.	23%
Травма и ранения	21%	Ранения	40%
		Травма	37%

Для пластики на лице мы пользовались стеблем, изготовленным на шее, груди, животе и на кисти.

Для целей тотальной и субтотальной ринопластики стебли изготавливались исключительно на боковой поверхности грудной клетки или на животе; там требовались стебли не менее 15 см длиной и 8—10 см шириной. Там же мы изготавливали стебли и для подбородка, для закрытия черепа, для шеи (рубцы) и др.

Таким образом 60% всех стеблей для восстановительных операций на лице были взяты с боковой поверхности груди и живота. Для восстановления отдельных частей носа (кончика, крыла), губ, щек, неба в 38% стебли были изготовлены на верхне-передней стенке грудной клетки.

Такие стебли, менее мощные чем на животе и на нижне-боковой стенке груди, имеют то преимущество, что они подносятся к дефекту на лице без промежуточного этапа через кисть.

Так как один конец их лежит на головке плечевой кости, а другой у середины грудины, легкое сгибание головы позволяет свободно приблизить область дефекта на лице к отсеченному мигрируемому концу стебля.

Только 2% стеблей было изготовлено на шее для замещения дефектов ушей и век.

Для устранения дефектов на верхней конечности 6 раз стебли были изготовлены на нижне-боковой поверхности груди, 5 на животе и 3 раза на груди.

Для тех же целей на нижних конечностях, на груди было изготовлено 4 стебля, на животе 27, на бедре 2 стебля.

Итак мы видим, что как для лица, так и для конечностей огромное большинство стеблей изготовлено было нами на животе и груди. Хирурги предпочитают эти стебли потому, что после их образования края раны на материнской почве легко стягиваются и что эти стебли более мощные и мягкие. Больные предпочитают эти стебли, так как рубцы после них менее заметны (закрываются одеждой).

В заключение мы можем еще раз, основываясь на всем сказанном, подтвердить, что филатовский стебель имеет самое широкое применение в восстановительной хирургии. Применяя его хирург не задумывается над тем, где он получит и как перенесет материал, необходимый для кожной пластики.

Пластические возможности филатовского стебля далеко еще не исчерпаны, он, несомненно, найдет еще новые пути для проникновения в восстановительную хирургию.

Залогом дальнейшего победоносного пути филатовского стебля являются те большие и глубоко-научные работы, которые посвящены ему за последние годы в нашей отечественной литературе.

ЛИТЕРАТУРА

- Богораз Н. А. Восстановительная хирургия. Ростов н/Д, 1940 г.
- Вечтомов А. А. О применении трубчатого стебля при пересадке с уха на дефект крыла носа. Хирургия, кн. 55. 1930 г.
- Волошин Я. М. О восстановлении полового члена после огнестрельных повреждений. Хирургия, кн. 55. 1945 г.
- Габуев Н. Е. Пломбировка костных полостей неразвернутым филатовским стеблем. Хирургия, 1948 г.
- Груздкова Е. В. Экспериментальное обоснование кровоснабжения филатовского стебля. Диссертация. 1944 г.
- Джанелидзе Ю. Ю. Пересадка с помощью длинных трубчатых ножек. Нов. Хир. Арх. 1924 г., 6.
- Жак Е. М. Новая методика образования филатовского стебля. Огиз. Челябинск 1948 г.
- Карташев З. И. Восстановительная хирургия лица. Черноморское книгоиздательство. 1935 г.
- Крамаренко Е. Ю. и Преображенский П. М. Пластика на круглом стебле по данным хирургов СССР. Вестник хир. 1948 г., 41.
- Кукин Н. Н. Восстановление чувствительности в мигрирующем стебле. Сб. работ хир. клиники I ММИ. 1938 г.
- Лапчинский А. Г. Модификация образования филатовского стебля с перемещением треугольных лоскутов кожи под ножками. Хирургия, № 12. 1947 г.
- Линденбаум И. С. Ошибки и опасности при пластике круглым стеблем по Филатову. Сов. Хирургия. 1935 г.
- Лимберг А. А. О применении стебельчатого лоскута Филатова в восстановительной хирургии лица. Сб. 40-лет. деятельности В. П. Филатова. 1938 г.
- Михельсон Н. М. Практические советы по восстановительной хирургии, «Чемоданная ручка». Нов. Хир. Арх. № 49, кн. 195. 1941 г.
- Михельсон Н. М. Восстановление языка филатовским стеблем. Хирургия, ж. № 6, 1947 г.
- Окулова А. Н. К биологии мигрирующего стебля по Филатову. Сб. Госп. Ин-та Усов. врачей. Томск, 1931 г.
- Парин Б. В. Способ ускоренной миграции круглого стебля Филатова. Хирургия, № 67, 1931 г.
- Парин В. Н. О пересадке волосистой кожи при помощи стебля. В. Хир. т. 24, кн. 73. 1931 г.
- Преображенский П. Изменения кровяного давления в сосудах на филатовском стебле. Врачебное дело, № 16, 1929 г.

Рауэр А. Э. и Михельсон Н. М. Пластические операции на лице. Медгиз, 1943 г.

Соколов А. П. К вопросу о пластике по способу проф. Филатова при остеомиелитах нижних конечностей. Вестн. хир. 1929 г. т. XVI, кн. 47 стр. 96.

Соловьев Л. М. Закрытие дефекта пищевода после иссечения гортани при помощи стебля по Филатову. Журн. Ушных, носовых и горловых болезней, 1936, 13, 2. 256—258.

Филатов В. П. Пластика на круглом стебле. Вестник офтальмологии № 4—5, 1917 г.

Филатов В. П. Пластика на мигрирующем круглом стебле. Вр. Дело № 9—10, 1923 г.

Филатов В. П. Круглый стебель в офтальмологии. Медгиз, 1935 г.

Франкенберг Б. Е. Восстановительная хирургия лица. Биомедгиз. 1935 г.

Хитров Ф. М. Одномоментное применение двух стеблей Филатова. Хирургия, № 3, 1950 г.

Шефтель М. П. Филатовский стебель в челюстно-лицевой хирур. Диссертация. 1941 г.

Шефтель М. П. Способ пластического формирования ножек Филатовского стебля. Госп. Дело № 7, 1947 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	<i>Стр.</i>
I. Введение	3
Глава первая. Методика образования и особенности филатовского стебля	7
Техника изготовления стебля по Филатову	—
Преимущества стебля	8
Биологические свойства стебля	9
Выбор места для выкраивания стебля	11
Длина, толщина стеблей	16
Виды стеблей	18
Глава вторая. Послеоперационный уход за стеблем и его миграция	22
Особенности послеоперационного периода	—
Подготовки стебля к миграции	24
Перенос (миграция) стебля	26
Глава третья. Осложнения в послеоперационном периоде	32
Глава четвертая. Планирование операций в связи с применением филатовского стебля	42
Глава пятая. Наша методика изготовления стебля	47
Техника образования стебля	—
Глава шестая. Применение филатовского стебля (по органам)	50
Голова и лицо	—
Шея	57
Грудь	58
Живот	—
Таз	—
Мочеполовые органы	59
Верхняя конечность	61
Нижняя конечность	66
Литература	77



Отв. редактор *В. П. Лебедева*

Редактор *В. С. Дмитриева*

Техн. редактор *С. П. Петров.*

Сдано в набор 10/VI 1951 г. Подписано к печати 31/VIII 1951 г.
Объем 5 п. л. Зн-в 1 печ. листе 40 200. Бумага 60 × 84¹/₁₆.
Т 6685. Цена 3 р. 25 к. Тираж 10 000. Зак. 325.

3-я тип. Гос. изд-ва литературы по строительству и архитектуре
Москва, Куйбышевский пр., д. 6/2.

1.95

Цена 3 р. 25 коп.

