

изучая сопротивляемость кожной лигатуры механическим воздействием: растяжению и кручению), он имеет преимущества перед всеми другими аутопластическими материалами. Кроме того, кожный жгутик является весьма выгодным и портативным в том отношении, что его можно брать непосредственно из краев операционной раны, не делая добавочных (часто уродующих конечность) разрезов на бедре для выкраивания лоскута из *fasc. latae*.

Являясь биологическим агентом, способствующим усиленному развитию и разрастанию соединительной ткани, кожная лигатура быстро приживает и срастается с окружающей тканью, что подтверждается экспериментами Рена, Цимхеса. Это особенно ценно при использовании кожной лигатуры для фиксации надакромиальных вывихов, т. к. развитие и разрастание окружающей соединительной ткани при этом в значительной мере ведет к усилению сумочно-связочного аппарата сустава и к наилучшему восстановлению функции конечности.

Будучи помещена в условия костного ложа, кожная лигатура играет двоякую роль: механического фиксатора (в силу своей прочности и медленной рассасываемости) и раздражителя периферических зон костеобразования.

Судьба кожной лигатуры в условиях костного ложа никем еще не изучалась. Наши эксперименты в этом направлении и клинические наблюдения дают основание считать кожную лигатуру весьма выгодным аутопластическим материалом для целей костно-пластических фиксаций.

Поступила в ред. 3.1 1938.

Из хирургической клиники им. В. Л. Боголюбова (директор проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

Операция Шимановского как нормальный метод замещения частичных дефектов верхней губы.

С. П. Вилесов.

Общие принципы хейло- и стоматоластики хорошо разработаны. Но показания к использованию того или иного метода строго не очерчены, и выбор способа операции в некоторых случаях может представить известные трудности. Поэтому изучение различных методов восстановления дефектов приротовой области представляет большое практическое значение.

Как известно, при восстановлении дефектов верхней губы хирург встречает больше трудностей, чем при операциях на нижней губе.

Закрытие дефектов на нижней губе возможно при помощи мобилизации покровов лица, а также и за счет лоскутов кожи, образованных на шее и в подбородочной области. Здесь в рас-

поряжении хирурга имеется богатый выбор технических приемов пластики (способы Диффенбах, Бергмана, Брунса, Лангенбека, Лексера, Моргана, Моклера, Черни и др.).

Верхняя губа расположена центрально на лице. Стягивание и непосредственное сшивание краев дефекта здесь возможно лишь при небольших потерях ткани. Замещение более значительных участков может быть осуществлено образованием вспомогательных лоскутов из окружающих покровов лица. При восстановлении тотальных дефектов верхней губы за счет смежных тканей встречаются очень большие затруднения. Эти трудности становятся непреодолимыми, если дефект распространяется на другие отделы приротовой области, или если окружающие покровы рубцово сморщены. В подобных случаях имеются безусловные показания к использованию Филатовского метода. В различных своих модификациях он позволяет достаточно полно реконструировать щечно-губную область лица, с более или менее удовлетворительными функциональными и косметическими результатами. У советских хирургов накопился громадный опыт по применению Филатовского метода в восстановительной хирургии лица и других отделов тела (Гусынин, Парин, Лимберг, Крамаренко, Вечтомов, Б. В. Парин, Карташев, Франкенберг и др.).

За последнее время сравнительно мало внимания уделялось дальнейшему изучению возможностей хейлопластики за счет близлежащих тканей. Можно прямо сказать, что эти методы часто недооцениваются. Только этим объясняется тот факт, что некоторые операции предаются незаслуженному забвению. Так, например, операция восстановления дефектов верхней губы лоскутами из нижней губы, предложенная Ю. Шимановским еще в прошлом столетии, не описана ни в одном современном руководстве по хирургии.

Для замещения дефектов верхней губы за счет окружающих тканей предложено несколько методов. По Эссеру образуются вспомогательные лоскуты из кожи по направлению к носо-глазному углу, а по Брунсу — из щеки, в области носогубной складки. Выкраивание лоскутов здесь сопровождается смещением тканей, образованием дополнительных рубцов, что иногда значительно понижает косметический эффект. При высоком распространении лоскута к внутреннему углу глаза, последующее зашивание дефекта может сместить и дать выворот нижнего века. Эти лоскуты всегда увлекают за собой угол рта и часть нижней губы, уменьшая ротовое отверстие (Франкерберг). Нужно также отметить и то, что лоскуты Эссера в верхнем отделе не содержат внутренней выстилки из слизистой оболочки, поэтому вновь образованная губа, в средней своей части, имеет склонность к рубцовому сморщиванию.

Нельзя ожидать хороших косметических результатов и от операции Бурова. По этому методу, при образовании лоскутов из щеки, иссекаются около углов рта и крыльев носа 4 вспомогательных треугольника, что связано с нанесением большой травмы и изменением контуров лица.

Закрытие дефектов приротовой области с помощью лобно-головного лоскута кожи по Лексеру нужно отнести к методам перенесения пластического материала на питающей ножке, из которых наиболее совершенным является пластика по Филатову. Образование длинного лоскута по Лексеру сопровождается нанесением обширной раневой поверхности и неизбежным развитием в височно-лобной области распространенных рубцов. Использование этого способа может быть оправдано при наличии полного дефекта верхней губы. Кроме того нужно отметить, что операция Лексера применима только у мужчин.

Для восстановления верхней губы, кроме покровов носоглазного угла и щеки, используются лоскуты, образованные за счет нижней губы.

По способу Эстляндера лоскут выкраивается из прилежащей части нижней губы таким образом, что основание его образуется красной каймой губы и углом рта, вершина же обращена в сторону подбородка и несколько в латеральном направлении. Лоскут поворачивается вверх в фронтальной плоскости вместе с углом рта и вшивается в дефект верхней губы. Этот способ не дает хороших косметических результатов из-за уменьшения и искривления ротового отверстия и значительного смещения угла рта.

Операция Аббе одинакова по идее со способом Эстляндера. Треугольный лоскут иссекается в средней трети нижней губы и используется для увеличения размеров западающей верхней губы или замещения частичных срединных дефектов.

Лексер¹⁾ предложил операцию низведения угла рта, смещенного вверх, при помощи вспомогательного треугольного лоскута, выкроенного из нижней губы. Красная кайма последней и угол рта остаются нетронутыми. Операция производится по типу перемещения двух встречных лоскутов. Общие принципы этого метода за последнее время детально разработаны Лимбергом.

Однако следует отметить, что еще в 1865 г. Шимановский описал способ замещения дефекта верхней губы лоскутом, образованным из всей толщи нижней губы, без нарушения целостности красной каймы. Полное восстановление верхней губы Шимановский получил выкраиванием двух лоскутов по бокам нижней губы. Автор отмечает, что образование этим методом всей верхней губы затруднительно. Свободный край вновь образованной губы прилегает слишком плотно к зубам. Для уменьшения натяжения зубного края лоскута, при выкраивании последнего, рекомендуется давать ему более вытянутую форму, стремясь продолжить возможно ниже углы.

При вторичном замещении боковых дефектов верхней губы мы встречаемся с более или менее резко выраженной деформацией ротового отверстия. Угол рта бывает смещен вверх и фиксирован рубцами к верхней челюсти около крыла носа. В зависимости от этого на пораженной стороне нижняя губа

¹⁾ Цитир. по Э. Эйтнеру „Косметические операции“, Биомедгиз, 1937.

поднимается высоко вверх, и канавка позади нее на больной стороне имеет в полтора — два раза ббльшую глубину, чем на здоровой. Все это создает очень благоприятные условия для мобилизации лоскута из всей толщи нижней губы без какого-либо функционального и косметического ущерба. Операция Шимановского позволяет заместить не только частичные недостатки верхней губы, но и одновременно имеющиеся дефекты в области носогубной складки. Для иллюстрации этого приводим свои наблюдения.

1 случай. С-ва, 16 лет, поступила в клинику с деформацией ротового отверстия, существующей с 3-летнего возраста, как последствие номы.

Имеется резкое искривление ротового отверстия. Левый угол рта расположен на 1 см ниже и кнаружи от крыла носа. Кожа около носогубной складки представляет собою рубец, крепко спаянный с верхней челюстью. В преддверии ротовой полости за верхней губой канавка имеет глубину у левого угла рта в 0,5 см, а у правого — 2 см. Канавка позади нижней губы слева глубиной в 4 см, справа — 2½ см.

14/V 36 г. Операция под местной анестезией (Sol. povocaini 10%). Иссечены рубцы в области носогубной складки и верхней губы. Угол рта и красная кайма верхней губы остались нетронутыми и имеют вид узкого мостика ткани. Из всей толщи левой половины нижней губы, отступая на 0,5 см от красной каймы, образован лоскут, основанием обращенный к щеке, размерами 4 × 2½ см, у вершины клиновидно суживающийся. Этим лоскутом закрыт дефект около носогубной складки и левой трети верхней губы. Угол рта низведен ниже лоскута и установлен симметрично с правой половиной ротового отверстия. На кожу наложены шелковые швы, на слизистую — из кетгута. Дальнейшее лечение без повязки.

Заживление первичным натяжением, за исключением небольшого участка около угла рта, где швы прорезались, и образовалась гранулирующая поверхность. Это потребовало небольшого дополнительного исправления угла рта.

Через 1 год после операции оказалось, что ротовое отверстие расположено симметрично и открывается свободно. Левый угол рта и верхняя губа имеют правильную форму. Канавка в преддверии ротовой полости повсюду имеет одинаковую глубину. Больная вполне удовлетворена результатами операции.

2-й случай. К-на, 17 лет. С четырехлетнего возраста имеет деформацию лица после номы. Правый угол рта подтянут к носовому отверстию и крылу носа. Из-за дефекта верхней губы ротовое отверстие здесь не смыкается плотно. Тотчас кнаружи от правого угла рта, в области носогубной складки, имеется втянутый, спаянный с подлежащей костью, рубец, длиной 6 — 7 см и шириной 2½ — 3 см. Открывание рта значительно ограничено.

28/III 37 г. операция под местной анестезией. Красная кайма правой половины верхней губы и угол рта очерчены ножом и выделены из окружающих рубцов. Иссечены рубцы, препятствующие движению верхней челюсти. Образован лоскут из правой половины нижней губы, длиной в 4½ см, шириной у основания 3 см, при помощи которого закрыт дефект в верхней губе и в области носогубной складки. Левый угол рта шит ниже лоскута. Заживление гладкое первичным натяжением. Положение рта правильное. Движения нижней челюсти свободны. Больная выписалась удовлетворенной результатом операции.

3-й случай. П-на, 25 лет. В 13-летнем возрасте перенесла ному, как осложнение после сыпного тифа.

В области левой щеки и носогубной складки имеется обширный рубец, деформирующий рот. Левая половина верхней губы и угол рта подтянуты вплотную к носовому отверстию и крылу носа. Левая щека выглядит сильно запавшей. На ½ см кнаружи от левого крыла носа имеется сквозное отверстие, диаметром около 1 см, через которое виден язык. На левой половине верхней челюсти отсутствуют все зубы. Имеется обширная лейкома на роговице правого глаза.

10/I 37 г. операция под местной анестезией. Иссечены рубцы в области сквоз-

ного дефекта и носогубной складки. Красная кайма левой половины верхней губы и угол рта очерчены и выделены из окружающих рубцов. Из нижней губы, слева, на 0,5 см отступя от красной каймы, образован лоскут длиной 5 см и шириной у основания 3 см. Этим лоскутом полностью замещен дефект на верхней губе и в области носогубной складки. Узкий мостик красной каймы левой половины ротового отверстия опущен и шит ниже лоскута. Заживление первичным натяжением. 28/1 дополнительная поправка угла рта и красной каймы.

После этого верхняя губа приняла нормальную форму. Ротовое отверстие расположено симметрично. Несмотря на протезирование зубов, у больной осталась втянутость левой щеки кнаружи от пересаженного лоскута.

8/VI сделана дополнительная операция под местной анестезией. В подкожной клетчатке левой щеки, на месте втянутости, образован карман, и в него пересажен кусок жировой клетчатки, взятой с бедра. Рана зашита наглухо. Заживление первичное. Щека приняла нормальные контуры. Больная очень довольна результатами лечения.

В последнем случае, при выборе способа операции у нас были большие колебания. Обширность поражения указывала на необходимость производства пластики по методу Гусынина — приживлением дублированного лоскута кожи, перенесенного в дефект на Филатовском стебле. Но хорошие результаты от хейлопластики по Шимановскому, которые мы уже имели в своем опыте, подкупили нас к решению оперировать этим же, более простым и менее продолжительным методом. Этот случай убеждает нас, что встречный лоскут с нижней губы позволяет заместить более обширные дефекты, чем это кажется на первый взгляд.

Кроме быстроты и легкости выполнения, делающих его доступным для рядового хирурга, этот метод имеет и другие преимущества перед пластикой по Филатову. Встречный лоскут несет в себе составные части, которые свойственны и нормальной верхней губе: кожу с поверхности и слизистую оболочку изнутри. Кожный покров лоскута имеет одинаковый оттенок цвета с лицом. У мужчин здесь хорошо восстанавливается волосяной покров, что также имеет большое косметическое значение. Если на месте дефекта в верхней губе отсутствует и красная кайма, то последняя может быть образована путем сшивания кожи со слизистой оболочкой по нижнему краю пересаженного в дефект встречного лоскута.

Разбираемый нами метод хейлопластики не описан ни в одном современном учебнике. Не уделено ему достаточного внимания и в специальных работах. В статье Рауэра, помещенной в Б.М.Э., говорится о возможности перемещения угла рта при помощи встречного лоскута, выкроенного на здоровой губе. Упоминание об операции Шимановского мы нашли лишь у Франкенберга, который воспользовался ею в двух случаях. Между тем, эта операция по существу является нормальным методом замещения частичных дефектов верхней губы. Эта операция должна носить имя нашего соотечественника проф. Шимановского, работавшего на заре восстановительной хирургии.

Поступила в ред. 15. XI. 1937.