

случае трудно приписать это осложнение гексеналу, поскольку известно, что после операций на шее нередко наблюдаются легочные осложнения.

На материале госпиталя мы не видели ни одного осложнения. Это обстоятельство мы склонны объяснить тем, что во всех случаях доза гексенала не превышала 1,0; это позволяло произвести такие операции, как ампутация фаланг стоп и секвестротомии. Отзывы больных о гексеналовом обезболивании очень благоприятны. Особенно подчеркивали это те больные, которые подвергались ранее ингаляционному наркозу.

Основным критерием для оценки всякого наркоза является смертность. По сборной статистике Менего и Сехегай один случай смерти приходится на 20000—25000 гексеналовых наркозов. По сборной статистике Beese на 2000000 насчитывается 30 летальных случаев, что составляет 1 смерть на 65000. В опубликованных случаях с летальным исходом в большинстве случаев была асфиксия. В нашем материале мы не имели летальных исходов. Это дает право считать гексеналовый наркоз наименее опасным методом общего обезболивания. В связи с этим обстоятельством мы продолжаем применение его у тех больных, где нельзя обойтись без общего усыпления.

Мы позволим себе сделать следующие выводы:

1. Внутривенный гексеналовый наркоз во всех случаях вызывает амнезию, что является одним из прекрасных его свойств, так как падает нервнo-психическая сфера больного.

2. Гексенал вполне пригоден для кратковременных операций.

3. При длительных операциях лучше применять вводный наркоз—гексенал в комбинации с эфиром.

4. В военное время гексеналовый наркоз найдет широкое применение в условиях тылового госпиталя.

5. Овладение техникой внутривенных наркозов имеет огромное оборонное значение.

Поступила 29. VI. 1940.

---

С. А. СМОРНОВ

## Закрытие дефектов крыла носа свободной трансплантацией из толщи губы

Из фак. хир. клин. Казанск. гос. мед. ин-та (дир. проф. С. М. Алексеев) и хир. отд. Кукморской р-ной больницы ТР (ст. вр. и завед. хир. отд. б-цы д-р С. А. Смирнов)

Самым излюбленным и очень удобным пластическим материалом для замещения дефектов нижней части носа является ушная раковина, кусочки из которой одинаково охотно используются или в виде свободной пластики, или для пересадки посредством питающей ножки.

В нашей практике нам удалось с успехом использовать для замещения сравнительно небольших дефектов крыльев носа еще один пластический материал, а именно—кусочки, взятые во всю толщу из губы рта, с использованием их в виде свободной пластики.

Впервые этот оперативный прием, который мы рискуем предъявить в качестве оригинального предложения, был применен нами в условиях районной больницы (пос. Кукмор, ТР).

Случай 1. Б-ная К-на П., 56 лет (история болезни № 1501), поступила в хирургич. отд. Кукморской б-цы 2/VI 1935 г. за оперативной помощью по поводу раковой язвы (*ulcus rodens*) правого крыла носа; давность заболевания — около двух лет. В результате оперативного вмешательства, предпринятого 5/VI 1935 г., получился дефект во всю толщю правого крыла носа, размером с 15-копеечную монету со стороны наружных покровов и несколько меньший со стороны слизистой носа. Для закрытия дефекта во всю толщю верхней губы был выкроен лоскут, по размерам несколько превосходящий дефект крыла носа, и сделано подшивание к краям дефекта сначала слизистой кусочка губы со слизистой носа, таким образом, чтобы узлы и концы нитей (тонкий шолк) смотрели в просвет ноздри, а затем кожных поверхностей крыла носа и лоскута; красная кайма трансплантата пошла, таким образом, на формирование свободной края вновь созданного крыла носа. Рана губы после иссечения из нее лоскута была стянута без всякого натяжения рядом швов. Трансплантат безукоризненно прижился на новом месте, а с косметической стороны операция вполне удовлетворила и больную и хирурга. 21/VI 1935 г. больная покинула отделение б-цы.

В следующих 4 случаях мы оперировали по такой же методике в стенах факультетской хирургической клиники.

2-й случай. Больная Д-ва Е., 60 лет (история болезни № 1134), поступила в клинику 31.X. 38 г. с раковой язвочкой (*ulcus rodens*), размером с крупную горошину, с локализацией на правом крыле носа у его основания; давность заболевания около двух лет. 3/XI 38 г. произведено иссечение раковой язвы вместе с крылом носа и последующее замещение в виде свободной пластики полученного небольшого дефекта крыла носа лоскутом, взятым из верхней губы во всю ее толщю. Лоскут прижил полностью на новом месте, косметический результат вполне удовлетворил больную и хирурга; выписалась больная из клиники 13.XI. 38 г. Микроскопия язвы дала базально-клеточковый рак.

3-й случай. Б-ной Ч-в И., 48 лет (история болезни № 479), поступил в клинику 3/V 39 г. с раковой язвой, величиной с копейку, располагавшуюся почти на середине и близ свободного края правого крыла носа; давность заболевания около 2½ лет. 10/V 39 г. иссечение части крыла носа вместе со свободным краем и замещение полученного дефекта за счет лоскута, взятого из нижней губы во всю ее толщю близ правого угла рта. Полное приживление лоскута. Косметический результат вполне удовлетворительный. Больной выписан 20/V 39 г. Микроскопически — базально-клеточковый рак.

4-й случай. Б-ная М-на, А., 55 лет (история болезни № 591), поступила в клинику 25/V 39 г. с раковой язвой, размером с 15-копеечную монету, на правом крыле носа, ближе к кончику; давность заболевания года полтора. 28/V 39 г. иссечение самой дистальной части правого крыла во всю его толщю вместе со свободным краем и частью спинки носа. Полученный таким образом дефект, размером с 20-копеечную монету, был замещен лоскутом, взятым из верхней губы во всю ее толщю. Послеоперационное течение осложнилось частичным омертвением трансплантата близ перегородки носа; красная кайма губы, образовывавшая свободный край крыла носа, сохранилась полностью; после отторжения некротической массы, небольшой, кстати сказать, не сквозной дефект в пересаженном лоскуте быстро заполнился грануляциями и быстро покрылся эпителием. Конечный пластический результат получился вполне удовлетворительный. Клинику больная покинула 27/VI 39 г.

5-й случай Б-ной Д-н З., 37 лет, поступил в клинику 14/X 39 г. (история болезни № 1044) с дефектом во всю толщю правого крыла носа. 2/IX 39 г. эту часть носа выкусил сильно подвыпивший односельчанин во время ссоры. При операции 25/X 39 г. после предварительного иссечения рубцовых масс из краев дефекта последний был замещен за счет лоскута, взятого из всей толщи нижней губы близ правого угла рта. Трансплантат прекрасно и полностью прижился на новом месте. Выписался больной из клиники 16.XI. 39 г., выразив на прощанье в письменной форме в самых теплых выражениях свое полное удовлетворение результатом операции.

---

Все операции были проведены нами под местным обезболиванием — 1/4% новокаин в рингеровской жидкости с адrenalином (1.0 : 10.0.0) из расчета 8 капель на каждые

100 см<sup>3</sup> раствора анестезирующего вещества. Ни в одном из наших случаев не было отмечено никакого вредного воздействия адреналина на трансплантируемый лоскут, но, может быть, целесообразно все же поставить вопрос об отказе вообще от этого могучего сосудосуживающего средства при таких тонких операциях, как свободная пластика. Иссеченные из губ кусочки помещались в слегка подогретый рингеровский раствор на срок, пока хирург накладывал швы на рану губы. По окончании операции, на восстановленное пластически крыло носа накладывались компрессы, смоченные в растворе новокаина или рингеровской жидкости, удерживаемые пращевидной повязкой; начиная со второго дня отменялась всякая повязка, и оперированная область густо покрывалась слоем слегка подогретой цинковой мази Корочки, обычно образующиеся как на наружных покровах пересаженного лоскута, так и в просвете ноздри, как правило, не удалялись до снятия швов, т. е. до 7—8-го дня. Рана губы, естественно, не требовала никакого специального ухода.

Мы не будем загромождать наше небольшое сообщение описанием подробностей оперативной методики; нам кажется, что тех кратких указаний и замечаний, какие приведены выше в историях болезни, вполне достаточно, чтобы ясно представить себе и уяснить техническую сторону предлагаемой нами операции. Гораздо большее значение имеет разбор положительных и теневых сторон нашего способа.

Даже на нашем, очень скромном, оперативном материале мы воочию убедились в том, что губы рта обладают целым рядом весьма ценных пластических свойств. Оба покрова выкроенного из губы лоскута имеют весьма сходную окраску и, повидимому, и одинаковую микрофлору с соответствующими покровами крыла носа, а красная кайма, участвуя в формировании свободного края крыльев носа, служит только прекрасным дополнением к остальным пластическим „компонентам“, столь необходимым для нижней ринопластики.

В одном из наших случаев (первом по счету) в результате пересадки получился некоторый избыток красной каймы, что, впрочем, ни в какой мере не умаляло общего вполне удовлетворительного косметического результата операции и нимало не тревожило больную; но в следующей серии наших случаев мы постарались — и не без успеха — устранить и этот мало значащий косметический дефект таким простым техническим приемом: при выкраивании лоскута из губы мы брали площадку из слизистой рта несколько укороченной, благодаря чему при подшивании трансплантата к краям дефекта в слизистой крыла носа происходило некоторое втягивание красной каймы в просвет носа. Следует ли придерживаться этого небольшого технического совета при выполнении операции по нашей методике или нет — сказать трудно. Восстановительная хирургия охотнее мирится с избытком трансплантируемых тканей, чем с их недостатком, т. к. от избыточной ткани всегда можно избавиться с помощью мелких дополнительных, так называемых корригирующих операций.

Нам не удалось заметить, чтобы пересаженный кусочек губы чем-нибудь отличался по эластичным свойствам от крыла носа — во всяком случае, перед нами ни разу не вставал вопрос о вживлении в толщу пересаженной ткани в качестве суппорта каких-либо плотных или упругих тканей, хотя технически такая небольшая оперативная задача могла быть разрешена без всякого затруднения.

Вряд ли может выдержать более или менее серьезную критику возражение против применения нашей оперативной методики у мужчин, обладающих растительностью на обеих губах рта. У двух оперированных нами мужчин (3-й и 5-й случаи) мы вышли из положения

таким образом, что воспользовались для пластики участком нижней губы близ угла рта, где менее всего выражена растительность. Кроме того, мы отметили, что в результате неминуемо следующих за пересадкой кое-каких деструктивных изменений в лоскуте (отечность, отслойка и смущивание эпидермиса, геморрагические фликтены, поверхностные некрозы и т. д.) происходит как-будто гибель таких кожных дериватов, как волосы. К сожалению, срок наблюдения за нашими больными мужчинами слишком мал, и мы не смогли проследить на более или менее отдаленном сроке правильность подмеченного за трансплантатом свойства; но если бы наше наблюдение и оказалось ошибочным, то современная косметика знает достаточное количество способов борьбы с растительностью на необычных и ненужных местах.

В результате оперативного вмешательства на губе остается линейный мало заметный рубчик, который не несет с собой больших косметических неудобств и не может служить предметом забот со стороны хирурга.

В этом отношении предлагаемая нами оперативная методика выгодным образом отличается от других ринопластических приемов и способов, в результате которых чаще всего остаются некрасивые рубцы или дефекты, а иногда даже небольшие уродства (на ушной, например, раковине), с которыми приходится мириться или которые не требуют присоединения к основной операции дополнительных корригирующих или даже восстановительных операций.

В одном из наших случаев (4-м) мы имели частичную неудачу, сводившуюся к тому, что небольшой участок лоскута, наиболее истонченный и помещенный к тому же в силу технической необходимости на перегородку носа, некротизировался. Хотя после отторжения омертвевших участков лоскута не получилось даже сквозного дефекта в оперированном крыле, а конечный результат пластики и в этом случае получился вполне удовлетворительным, мы тем не менее обязаны были отметить этот единственный темный момент на фоне безукоризненного течения послеоперационного и последующих периодов во всех остальных случаях.

В результате тщательного анализа всех причин, повлекших за собой этот осложнивший одну из наших операций момент, мы пришли к следующему выводу. Намеченный к пересадке лоскут должен, во-первых, иметь округлую форму и не обладать острыми углами и выступами, что обязывает хирурга придавать и дефекту в крыле носа, по возможности, такую же упрощенную форму; во-вторых, „берегам“ дефекта в крыле носа надо придавать, повидимому, обрывистый или слегка скошенный вид, так как при резко пологих краях дефекта придется придавать и краям пересаживаемого лоскута такой же резко скошенный вид, следствием чего может явиться нарушение питания и краевой некроз истонченных участков лоскута; в третьих, во избежание образования пролежней на лоскуте, надо всячески избегать расположения его на неподатливой и грубой ткани носовой перегородки и в 4-х, лучшие пластические результаты, повидимому, будут получаться в случаях небольших или средней величины дефектов крыльев носа.

Предлагаемый нами оперативный метод содержит в себе то новое, что для пластических целей здесь применен материал, почти не испытанный на практике для свободной пластики и имеющий к тому

же анатомо-гистологическую структуру, существенно отличную от той „почвы“, куда он предназначен к пересадке. Отсюда совершенно понятны и вполне естественны те опасения и неуверенность за благополучный исход задуманного оперативного мероприятия, какие испытали мы перед и вслед за нашей первой операцией и какие могут возникнуть у каждого практического хирурга. Но реальная действительность скоро убедила нас в том, что все возражения против нашего способа с анатомо-гистологической точки зрения и все опасения за исход операции грешили излишней теоретичностью. Последующая проверка нашей оперативной методики на материале факульт. хирургической кл-ки позволила исключить всякий элемент случайности и послужила основанием для сообщения в печати о способе, очень простом и легко выполняемом технически и весьма эффективном в смысле исхода и косметики.

К тому времени, как наше сообщение было уже подготовлено к печати, через операционную фак. хирургич. кл-ки прошел еще один случай, прооперированный и любезно предоставленный в наше распоряжение И. Ф. Харитоновым.

Случай относится к мальчику, 14 лет, Ур-ву Н. (история болезни № 92), который с 8-летнего возраста (мальчика укусила лошадь) имел во всю толщу левого крыла носа дефект, размером, приблизительно в  $1\frac{1}{2}$  см в диаметре. Оперативное вмешательство, предпринятое 22.II. 40 г., сохраняло в принципе нашу методику (лоскут для замещения дефекта был выкроен во всю толщу нижней губы из участка близ левого угла рта), но имело и некоторое отличие: хирург при приложении лоскута к краям дефекта убедился в том, что осуществить сшивание слизистых лоскута и крыла носа, вследствие несоответствия в толщине, не удалось, и ограничился тем, что скрепил швами только наружные покровы трансплантата и крыла носа. В течение послеоперационного периода произошла некротизация и отторжение той части лоскута, которая выступала в просвет ноздри. После эпителизации пересаженный лоскут приобрел одинаковую с крылом носа толщину и совершенно удовлетворительную упругость, вследствие сохранности большей части мышечного пласта лоскута. Косметический результат операции вполне удовлетворил хирурга и больного.

Мы с особым удовлетворением сообщаем об этом больном, т. к. он прошел через руки другого хирурга.

Поступила 13. V. 1940.

---

*Доц. Ц. А. ЛЕВИНА и С. Е. ГРАНОВСКАЯ*

### **Изучение хрупкости кровеносных капилляров при сердечно-сосудистой недостаточности и при других патологических состояниях**

Из терапевтической клиники Одесского мед. института (директор клиники проф. Л. Ф. Дмитренко)

Наше исследование направлено к выяснению влияния сердечно-сосудистой недостаточности на стенку кровеносных капилляров. Последние мы рассматриваем, с одной стороны, как часть кровеносного русла, а с другой, — как периферическую ткань, жизнедеятельность клеток которой несомненно должна подвергнуться ряду значительных изменений под влиянием нарушенной гемодинамики.