

К вопросу о регенерации тканей при проникающих дефектах лица.

Д-ра Г. С. Топровера.

(С 2 рис.).

„Регенерация—самый могущественный союзник хирургии“.
Проф. С. С. Гирголав.

Прекрасные регенеративные свойства лицевых тканей при свежих повреждениях общеизвестны. Обилие анастомозирующих сосудов, значительная рыхлость и подвижность кожи лица при соблюдении асептики и гемостаза обуславливают хорошее и скорое заживление ран, как равно и приращение совершенно отделенных частей лица, пришитых своевременно и аккуратно. Форма лицевой раны и свойства ее краев часто представляют крайне невыгодные условия для заживления, и тем не менее последнее обыкновенно происходит первичным натяжением, которого никак невозможно было-бы ожидать в другом месте тела.

При ранах, проникающих в одну из полостей лица (ротовую, челюстную), еще очень важно чистое содержание полости, что достигается применением некоторых антисептических растворов в виде полосканий или промываний.

Для замещения больших дефектов на лице предпочтительнее прибегать к пластическим операциям, чем к простому натяжению подвижной кожи, в виду дальнейшего сморщивания рубца, ведущего к обезображиванию. Результаты операций в свежих случаях всегда бывают хороши.

Далеко не так блестяще обстоит дело, когда приходится замещать застарелые дефекты лица, окруженные большими рубцами, особенно же когда эти дефекты проникают в полость рта (напр., дефект щеки после номы), или в одну из придаточных полостей. Успех в таких случаях обуславливается еще двумя весьма важными обстоятельствами: 1) высокой пластической техникой хирурга, 2) долготерпением и социальным положением больного, так как лечение часто длится здесь много месяцев, складываясь из нескольких оперативных этапов, причем отдельные этапы могут не удаваться и требовать повторения. Такое оперативное лечение часто бывает непод силу рабочему, попадающему за длительностью лечения в инвалиды, и крестьянину, которому рабочий день дома особенно ценен.

По этим-то социальным показаниям хирург порой вынужден против своей воли оперировать проникающие дефекты лица наспех, применяя минимум оперативного творчества и стараясь консервативно „зашить дыру“, дабы, пренебрегая косметическим эффектом, достичь функционального результата. Натяжение рубцовой ткани при этом редко сулит успех,—операция чаще не удается, и наступает status quo ante. Однако вызванные к жизни

небольшим вмешательством хирурга, находившиеся в потенциальном состоянии регенеративные процессы лицевых тканей могут успешно сделать то, чего не удалось оператору.

Приведу вкратце две истории болезни, из которых первая относится ко времени моей работы в Должанской хирургической больнице и потому приводится мной по памяти и согласно записи в журнале личных операций.

I. X. В-ко, 12 лет, крестьянка, поступила 12/III 1925 г. с жалобами на имеющуюся «дыру» на правой стороне лица, оставшуюся после бывшего 3 года назад воспалительного заболевания. Правая половина лица запавшая. В правой подглазничной и скуловой областях слабо подвижная рубцовая кожа покрывает кость. У основания правого нижнего века имеется обрубцованный по краям дефект, величиной $2,5 \times 1,5$ см., проникающий в челюстную полость. Через указанный дефект при надлежащем освещении легко осмотреть Гайморову полость, выстланную бледно-красной слизистой, местами с гнойными налетами. Рот больная раскрывает свободно. До 17/III ежедневные промывания 3% борным раствором. 17/III под местной анестезией 1/2% новокаином края окружающей дефект кожи освещены, отсепарованы кругом и стянуты швами до соприкосновения. Нижнее веко осталось невывернутым. На 6-ой день края раны разошлись; дефект несколько больше бывшего до операции. Больная по домашним обстоятельствам настояла на выписке, обещав явиться для вторичной, более сложной операции месяца через два. Через указанный срок она показалась со вполне заросшим дефектом. Рубец в области последнего был несколько нежнее окружающей рубцовой ткани, но достаточно плотен и слабо-подвижен. Под ним прощупывалось «окно» в Гайморову полость. По словам пациентки, по выписке из больницы рана припухла, а затем постепенно зажила. В настоящий момент больная чувствует себя хорошо. Случай этот явился для нас приятной неожиданностью. Жалко лишь было, что заживление здесь произошло не под наблюдением.

II. А. Г-ва, 12 лет, поступила в Кадиевскую больницу 23/VI 1926 г. с жалобами на «отверстие» в левой щеке. В 1925 г. перенесла тиф (не знает точно,

какой), после которого образовался на левой щеке «нарыв», закончившийся образованием сквозной дыры. При осмотре оказалось, что у Г-вой имеется сквозной дефект левой щеки в 4×3 см. величиною, обрубцованный по краям (см. рис. № 1). Через отверстие видны были коренные зубы обеих десен. Открывание рта ограничено, но говорит больная внятно. Ест преимущественно правой стороной рта, причем жидкая пища вытекает через дефект левой щеки. Больная еще жалуется, что ей не дают покою на улице подружки и товарищи. В данном случае сначала была задумана пластика непосредственно Филатовским стеблем (а не лоскутом на стебле), взятым с левой передней локтевой области, в виду ее преимуществ перед другими способами (стебель не сморщивается, как лоскут, взятый по I s r a e l'ю, ибо при этом сразу подводится пластический материал, имеющий эпителий на внутренней и наружной поверхности, — материал притом хорошо питающийся; по сравнению с достойным внимания способом Милостанова этот способ кажется нам более простым). Такая пластика и была выполнена 30/VI 1926 г. под местной анестезией. Кожный мост для стебля был взят широкий (6—7 см.) — в виду



Рис. 1.

соб кажется нам более простым). Такая пластика и была выполнена 30/VI 1926 г. под местной анестезией. Кожный мост для стебля был взят широкий (6—7 см.) — в виду

значительной ширины подлежавшего закрытию дефекта. Под стеблем рана оставлена для заживления вторичным натяжением. Стебель получился удачный, но рана под ним заживала долго. В виду этого 6/XI, по настойчивому требованию больной и, по нашему, несколько преждевременно, операция была повторена, именно, сделана пластика сквозного дефекта Филатовским стеблем, для чего края дефекта освежены, стебель перерезан у верхнего основания и несколько освежен по краям, левая рука подведена к голове, как в старинном итальянском способе *Tagliacozzi*, и фиксирована в этом положении 8-образной повязкой по Петрову. Пластика не удалась, — по снятии на 7-й день швов стебель отошел, и дефект щеки зиял еще больше. Можно было опасаться, что в дальнейшем последует инфекция со стороны еще гранулировавшей и близкой раны руки, или из ротовой полости. Намереваясь в дальнейшем повторить пластику по этому же способу, мы назначили больной перевязки стебля и раны 1—2 раза в неделю, а также полоскание рта слабым раствором марганцовокислого калия и местные промывания кольцевой раны дефекта 3% раствором перекиси водорода. При таком лечении дефект на наших глазах стал быстро закрываться, причем нарастающий рубец имел нежно-розовый цвет, и на нем весьма ясно выделялись капиллярные сосуды. К 29/IX весь дефект закрылся (см. рис. № 2). К 1/XI мы полностью ликвидировали Филатовский стебель. Рана на руке зажила. Подвижность в левом локтевом суставе сохранилась полная. Несмотря на недостаточный косметический эффект, больная была настолько довольна результатом в сущности неудавшейся операции, что заметно повеселела. Функция рта значительно исправилась, — Г-ва получила возможность свободно есть жидкую пищу.



Рис. 2.

Таким образом в обоих этих случаях мы имели самопроизвольное закрытие проникающих дефектов лица после освежения

их краев, причем в первом случае для лечения образовавшейся кольцевой раны местно не применялось никаких антисептических средств, а во втором применялись лишь весьма слабый раствор марганцовокислого калия (полоскание) и 3% раствор перекиси водорода (промывание раны).

Чему же в этих случаях следует приписать факт регенерации? В чем стимул вызванных к жизни регенеративных процессов? Уместно-ли будет после второго наблюдения свалить оба случая в отдел казуистики? Мы находим, что эти два наших случая подтверждают высказанный проф. Гирголавом на XVIII Съезде Хирургов взгляд по вопросу о причинных моментах, играющих роль в регенеративных процессах: „Факторы регенерации устанавливаются в наличии тех раздражителей, которые получают от гибели клеток и влекут за собой физико-химические изменения в тканях, проявляющиеся в склонности к размножению“ (Гирголав). Практически же нам кажется допустимым в случаях с социальными показаниями испытать закрытие сквозных дефектов щеки освежением краев дефекта и местным применением указанных antiseptica.