

# МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОЖЕ СВОБОДНОГО ЛОСКУТА, ПЕРЕСАЖЕННОГО НА ЛИЦО

К. Е. Шерпутовская

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  
(зав. — проф. Е. А. Домрачева) и кафедра гистологии (зав. — проф. Г. И. Забусов)  
Казанского медицинского института

Исследования специально по морфологическим изменениям свободных кожных лоскутов, пересаженных на лицо, в литературе крайне недостаточно.

Исследования Е. А. Домрачевой (1951 г.) эластической ткани в коже филатовского стебля, пересаженного на лицо, показали большие изменения в ней, которые не восстанавливаются даже через много лет после пересадки. Это дало теоретическое обоснование неблагоприятным клиническим результатам при пересадке стебля на лицо (кожа стебля оставалась бледной и малоэластичной).

В нашем морфологическом исследовании основное внимание было обращено на судьбу эластической ткани пересаженного лоскута. Это объясняется тем, что кожа лица по гистологическому строению отлична от кожи других участков тела именно за счет специфической сильно развитой сети эластических волокон под эпидермисом, обеспечивающей подвижность кожи лица (эластика — мимика), что доказано работами А. В. Ильиной (1938), Г. В. Орловской (1949), Е. А. Домрачевой (1951), Л. Д. Жеребцова (1960) и др. Поэтому нам представилось интересным выяснить, как идет приспособление к новым условиям элементов кожи лоскута, пересаженного на лицо из области с относительно слабой эластической тканью.

Исследовалась эластическая ткань в коже полнослойных и расщепленных свободных лоскутов, пересаженных на лицо, в зависимости от различных условий приживления и на разных сроках после операции. Контролем служила кожа материнской почвы.

При микроскопическом исследовании полнослойных свободных кожных лоскутов, при условии хорошего клинического приживления на различных сроках после пересадки на лицо, можно было видеть, что эластическая ткань лоскутов довольно стойка к операционной травме. Наблюдаемые нами нарушения эластической ткани на ранних сроках в виде разрывов отдельных волокон, уменьшения общего числа волокон в поверхностной сети не нарушали общей архитектоники эластической ткани, присутствующей в коже материнской почвы. В отношении приспособления эластической ткани лоскута к новым условиям на лице можно сказать, что процесс приспособления протекает очень медленно и зависит от места взятия трансплантата. Эластическая ткань в коже лоскута, взятого в области, близкой по развитию эластической ткани к коже челюстно-лицевой, быстро восстанавливается уже к 25—30 дням (рис. 1).

Характерна для этих сроков клеточная инфильтрация, которая наблюдалась длительно и не исчезала через 1,5 г.

В тех случаях, когда кожа была взята вдали от лица, к 25—30 дням ликвидировались разрывы эластических волокон в поверхностной и глубокой сетях и появлялись новые эластические волокна в подэпидермальном сосочковом слое, что делало картину кожи лоскута отличной от таковой на материнской почве. Новообразованные эластические волокна отличались меньшим диаметром и менее интенсивной окраской растворами орсеена.

Эти новые эластические волокна отходили от волокон глубокой сети, поднимались вверх, перпендикулярно к эпидермису, входили в сосочки, разветвляясь, образовывали подобие кустиков.

Наблюдаемые нами новые эластические волокна по виду и расположению далеки от эластических волокон поверхностной сети кожи лица. Однако они давали начало приспособительной перестройке в лоскуте, применительно к новым условиям.

В дальнейшем число новообразованных эластических волокон поверхностной сети увеличивалось, расположение их становилось беспорядочным, и к 4,5—5 мес. можно было видеть довольно развитую сеть эластических волокон в подэпидермальном сосочковом слое (рис. 2). Но даже через полтора года она не принимала вида, характерного для эластической ткани лица. К этому времени строение эластической ткани в коже лоскута значительно отличалось от таковой в коже материнской почвы. Следовательно,



Рис. 1.

можно было уже говорить о том, что эластическая ткань лоскута реагирует на требования, предъявляемые ей в новых условиях.

Клинически при пересадке на лицо полнослойных свободных кожных лоскутов, приживление которых протекало без осложнений, через полтора года после операции наблюдался хороший косметический и функциональный эффект. Лоскут имел окраску, близкую к нормальной окраске кожи лица, был подвижен, рубцы мало заметны.

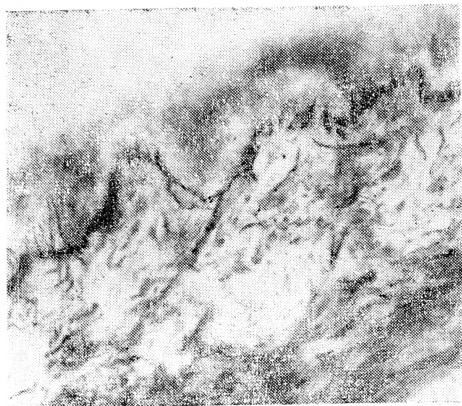


Рис. 2.

При осложненном послеоперационном течении (влажная отслойка эпителия, краевой или частичный некроз) морфологическая картина резко менялась (рис. 3). Количество эластических волокон поверхностной сети значительно уменьшалось, часто вплоть до полного их исчезновения.

Наблюдалось множество разрывов отдельных волокон. Иногда от поверхностной сети оставались только обрывки отдельных волокон. В глубокой сети эластических волокон можно было отметить те же изменения, только несколько в меньшей степени. Оставшиеся волокна принимали более продольное направление, параллельное поверхности кожи. Значительно была выражена инфильтрация тканей клетками. Место эластической ткани занимала грануляционная ткань, которая впоследствии замещалась рубцовой. В последней эластическая ткань на ранних сроках совершенно отсутствовала. На более поздних сроках в рубцах можно было обнаружить эластические волокна, располагавшиеся параллельно по-

верхности кожи и не доходившие до эпидермиса. Мы наблюдали их, начиная с 4—5 месяцев после пересадки.

В случаях келоидного перерождения лоскута мы не обнаружили эластической ткани и на более поздних сроках. Отсутствие эластической ткани характерно для келоида. Восстановление нарушений эластической ткани в лоскутах, приживших с осложнениями, никогда не бывает полным, несмотря на длительный срок пребывания на лице.

Клеточная инфильтрация сохраняется длительно. Клинически в этих случаях лоскуты отличались гиперпигментацией, малой подвижностью.

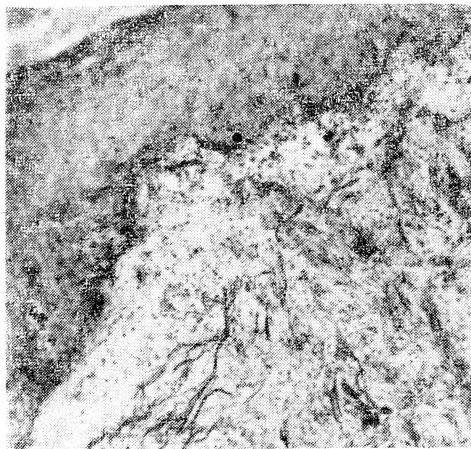


Рис. 3.

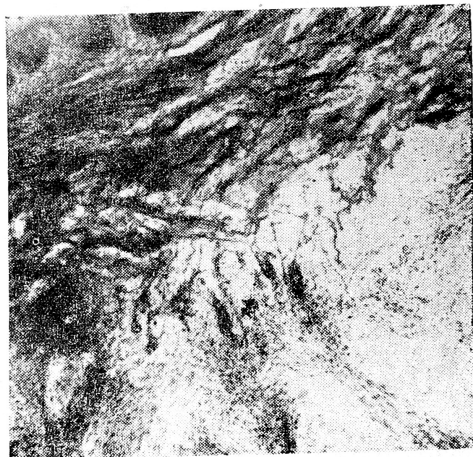


Рис. 4.

При пересадке расщепленных лоскутов ( $\frac{2}{3}$  или  $\frac{1}{2}$  толщи кожи) большая или меньшая часть эластической ткани, попавшая в разрез, оставалась на материнской почве. Нижние же слои глубокой сети эластических волокон, входящей в лоскут, замещались тканью рубца под лоскутом. Так что в расщепленном лоскуте, уже в момент пересадки, общее количество эластической ткани было меньше, чем в полнослойном лоскуте.

Большие изменения наблюдались и в поверхностной сети эластических волокон. Восстановление эластической ткани расщепленного свободного лоскута, из-за значи-

тельного развития рубцовой ткани, проходит так же, как и в коже полнослойных свободных лоскутов при осложненном послеоперационном течении (рис. 4).

Клинически пересаженный расщепленный свободный лоскут давал худший косметический и функциональный эффекты — был более долго гиперпигментирован, более сократим и менее подвижен. Эти морфологические данные подтверждают соображения Н. И. Бутиковой (1952), М. В. Мухина (1961) и др., высказанные на основании анализа клинического материала, о том, что пересадка расщепленного кожного лоскута на лице приводит к худшему косметическому и функциональному эффектам.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белоглядова Н. И. Материалы к изучению свободной пересадки кожи. Канд. дисс., Курск, 1956. — 2. Берлин Л. Б. Докл. Академии наук СССР, т. 122, № 2, 1958. — 3. Бутикова Н. И. В кн.: *Вопр. восстановит. хирургии, травматологии и ортопедии*, 3, Свердловск, 1951. — 4. Вайнштейн В. Г. *Пластика травматических дефектов*. Медгиз, 1946. — 5. Домрачева Е. А. *Ранняя пластика при огнестрельных ранениях лица с максимальным использованием местных тканей*. Докт. дисс., 1951. — 6. Жеребцов Л. Д. *Арх. патол.*, 1960, 7. — 7. Ильина А. В. *Вестн. венерол. и дерматол.*, 1938, 2. — 8. Киров А. А. *Сб. тр. теоретических кафедр Архангельского мединститута*, вып. 9, 1949. — 9. Мухин М. В. *Лечение ожогов головы, лица, шеи и их последствий*, 1961. — 10. Орловская Г. В. *Арх. патол.*, 1949, 6. — 11. Покотило В. Л. *Общие методы пластической хирургии*, 1908.

Поступила 11 июня 1962 г.

## КОМПЛЕКСНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЕТОМ ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ДРУГИХ ЗВЕНЬЕВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ<sup>1</sup>

*Проф. А. Я. Губергриц*  
(Донецк)

Факультетская терапевтическая клиника Донецкого медицинского института  
и госпитальная терапевтическая клиника Ижевского медицинского института

Общеизвестен прогрессивный взгляд отечественных клиницистов на язвенную болезнь не как на местный процесс в желудке или в двенадцатиперстной кишке, а как на общее заболевание организма (М. М. Губергриц, М. П. Кончаловский, Р. А. Лурия, Н. Д. Стражеско, М. В. Черноруцкий и др.). Однако, несмотря на большой труд, вложенный в изучение язвенной болезни, еще многое в этой проблеме остается не ясным и не уточненным. В частности, не удовлетворяют запросы практики здравоохранения и результаты существующих методов лечения язвенной болезни.

Разделяя основные положения кортико-висцеральной теории патогенеза язвенной болезни, мы, как и наш покойный учитель М. М. Губергриц, придаем немалое значение и внутренним факторам, в том числе воспалительным и функциональным нарушениям со стороны желудка и других звеньев пищеварительного аппарата, ненормальным условиям питания, эндокринным расстройствам, частично наследственной предрасположенности. К сожалению, многие сторонники кортико-висцеральной теории патогенеза язвенной болезни впадали в крайность, которая привела к ошибочному увлечению в применении терапии сном больных язвенной болезнью.

Опыт руководимых нами клиник Донецкого и Ижевского медицинских институтов показал, что наиболее рационально проведение у больных язвенной болезнью терапии систематической атропинизацией путем ежедневного подкожного введения 1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина в сочетании с внутривенным введением 10 мл 10% раствора бромистого натрия.

Как показали наблюдения нашего сотрудника доц. Я. С. Циммермана, лечение таким методом 200 больных язвенной болезнью привело к весьма положительным результатам. Спустя 5 дней после начала лечения у 88% больных прекратились самопроизвольные рвоты, у 74% — изжога, у 82% — отрыжки и т. д. Наиболее трудно поддавались терапевтическому воздействию боли: после 15-дневного лечения они прекратились у 65% и после 25-дневного — у 94% больных.

В дальнейшем мы несколько модифицировали этот метод лечения и проводим его таким образом, что внутривенные введения 10 мл 10% бромистого натрия чередуем с внутривенными вливаниями 5 мл 0,5% раствора новокаина, а наряду с под-

<sup>1</sup> Доложено на конференции ИЭМ АМН СССР по профилактике и терапии язвенной болезни в Ленинграде 23 ноября 1961 г.