

К вопросу о ринопластике *).

Врача П. Ф. Гусева.

5/VI 1926 г. в Хирургическое отделение Ветлужской больницы поступила больная А. Л., 40 л., с отсутствием кончика носа. Оказалось, что кончик откушен ее мужем полгода тому назад. Отсутствуют как самый кончик, так и часть крыльев носа. За исключением этого никаких болезней у пациентки нет. 7/VI под новокаином сделана операция. Для образования кончика носа взята часть ушной раковины больной, величиною больше одного сантиметра в ширину и около одного сантиметра в длину, во всю толщину, и свободно перенесена на предварительно подготовленную, освеженную удалением рубцовой ткани поверхность носа. Трансплантат хорошо прижился. Нос, к неудовольствию мужа больной, получился довольно красивый. Заживление прошло без каких-либо осложнений. 12/VI сняты швы, а 3/VII больная выписалась. Температура все время была нормальна. Больная на некоторое время задержана была в больнице, чтобы понаблюдать, не будет ли каких изменений во вновь образованном кончике носа, но таковых не наблюдалось.

Примененный мною способ был предложен русским хирургом Галиным и применялся, хотя и нечасто, другими русскими хирургами. Мне известны, напр., два случая проф. Н. Н. Петрова¹⁾, который образовал носдрию с помощью свободно пересаженного кусочка ушной раковины, затем случаи С. В. Гольберга²⁾, К. Д. Есипова³⁾, И. А. Полиевктова⁴⁾ и 13 случаев проф. С. И. Спасокукотского⁵⁾— все с удачными результатами, кроме одного случая Спасокукотского, где была неудача, но относительная, которую впоследствии можно было исправить. Спасокукотский отмечает, что в некоторых его случаях кончик носа чернел, но омертвление было поверхностное.

Способ этот удобен тем, что подходящий для пластики материал можно взять у самого больного без особенного ущерба для его здоровья. Хорошие практические его стороны заключаются и в том, что кончик носа получается плотный, не сокращается, и цвет его одинаков с цветом кожи носа (Полиевктон), научный же интерес данного способа—в том, что он доказывает возможность существования для тканей, в течение известного времени, без кровообращения (Герцен).

Из других способов при седловидном носе мною применялся способ Gersuny—14 раз и способ Mangoldt'a—5 раз.

Способ Gersuny, со впрыскиванием парафина, пользуется большим распространением, но имеет крупные недостатки: при нем получают

*) Сообщено 30/XI 1927 г. в Научном кружке при Ветлужском бюро врачебной секции союза Медсантруд.

1) Вестник Хир. и Погр. Обл., кн. XIV, стр. 164.

2) Там же.

3) Новая Хирургия, 1927 г., т. 5, кн. 7.

4) Там же.

5) Новая Хирургия, 1927, т. V, кн. 7.

эмболии, даже угрожающие жизни, и внезапная слепота, как это было в случае Минца и других. Если эти осложнения можно предупредить употреблением более тугоплавких сортов парафина, то все же остаются еще другие, — правда, не такие серьезные. Во-первых, при нем трудно бывает распределить под кожей впрыскиваемую массу так, как бы хотелось, и форма носа получается не всегда желательная, а известно, что больные с дефектами носа, хотя и проявляют готовность переносить различные неудобства и боль, равно соглашаются охотно на повторные операции, но, в то же время, являются очень требовательными относительно результатов и не удовлетворяются лишь частичным исправлением их недостатка. В моей практике был курьезный случай, когда молодая больная, не оперированная, с очень приличным, на мой взгляд, носом, просила сделать ей другой — такой же, как у фельдшерицы Хирургического отделения (больная эта не была истеричка). Во-вторых, в последующее за операцией время, ближайшее и отдаленное, впрыснутая масса может смещаться и изменять свою форму, а иногда частично рассасывается, кожа после операции иногда изменяет свой цвет, и на ней появляются сосудистые расширения. В-третьих, наконец, в случае занесения инфекции трудно с нею бороться, и остаются долго не заживающие свищи.

Все эти неудобства данного способа отмечены в литературе (Вечтомов, Минц, Meyer и др.), причем Stein¹⁾ не видит в опасности эмболии противопоказания для применения подкожных впрыскиваний парафина, так как он считает ее минимальной; лучшим материалом он считает парафин, плавящийся при 42—43°, который он стерилизует при 200° в течение 1/2 часа. За последнее время в литературе отмечены опасные поздние осложнения после впрыскивания парафина²⁾; в одном случае, напр., после впрыскивания его в грудные железы с косметическими целями, через 12 лет в грудной железе появились настолько сильные боли, что пришлось прибегнуть к удалению железы; у другой больной после параффинопластики обеих грудей, через 18 лет, развились флегмоны обеих грудных желез с септическими явлениями, и выздоровление наступило только после ампутации обеих грудей; наконец в третьем случае, после такой же операции, развилась аденокарцинома, причем исследование в этом случае обнаружило, что парафин лежал среди раковых клеток, т. е., повидимому, играл роль хронического раздражителя. Кутепов³⁾ исследовал парафиновую опухоль 2-летней давности. При этом оказалось, что впрыснутый в ткани парафин вызывает клеточную инфильтрацию; клетки дробят парафин на все более мелкие участки и постепенно рассасывают его; в итоге на месте парафина развивается соединительная ткань, постепенно склерозирующаяся и гиалинизирующаяся.

Все эти данные дают право сделать заключение, что на параффинопластику нельзя смотреть, как на безвредный прием, при том всегда дающий желательные результаты.

Из моих 14 случаев ринопластики по способу Gersuny в двух получилось омертвление кожи, чему, быть может, способствовали высокая температура, впрыскиваемого парафина и излишне-большое количество

¹⁾ Deutsche med. Woch., 1901, № 39—40; реф. Вестн. Хир., 1901, № 19.

²⁾ Rose. Zeit. f. klin. Chir., 1925; по реф. Нов. Хир. Арх., 1925, № 49.

³⁾ Журн. ушн., носов. и горл. бол., 1926, № 8; по реф. в Каз. Мед. Журн., 1927, № 9.

его. Форма носа не всегда получалась желательной, — наряду с красивыми носами с горбинкой были и другие, совсем красивые. Вообще очень трудно распределять желательным образом впрыскиваемую массу, — она идет зачастую не туда, куда нужно.

Для впрыскиваний мною употреблялся параффин, какой имелся в аптеке. Параффин этот, особенно в послевоенное время, когда трудно было доставать медикаменты, не всегда был с желательной точкой плавления, что, несомненно, влияло на результаты. Из инструментов мною употреблялись шприц Stein'a для твердого параффина и шприц Pflugg'e. Последний шприц более сложен и неудобен тем, что проходящая через трубки вода остывает, а это отражается на температуре впрыскиваемого параффина, — последний остывает и сгущается в самом шприце. Можно впрочем пользоваться и этим шприцем для впрыскивания параффина, хотя, по моему мнению, более подходящим является здесь шприц Stein'a, — шприц этот, если бы даже параффин в нем и застыл, всегда можно подогреть на спиртовой лампочке или опустить в горячую воду, как то советует Stein.

За последние годы, в виду указанных выше неудобств, связанных с впрыскиванием параффина, я перестал применять способ Gersuny, а стал для ринопластики практиковать пересадку хряща. Последний был впервые предложен для пластических целей Lesser'ом в 1884 году и с тех пор широко применяется для данной цели. Наблюдения показывают, что хрящ отличается жизнеспособностью, не рассасывается, противостоит больше, чем другие ткани, действию пиогенных микробов, врастает даже при нагноении раны, ему, наконец, можно легко придать любую форму. Все эти свойства делают его очень ценным пластическим материалом. Для ринопластики употребление хряща предложено Mangoldt'ом уже двадцать лет тому назад; этот способ не получил у нас такого широкого распространения, какого он заслуживает. Из русских авторов им широко пользовался Вечтомов¹⁾. При способе Mangoldt'a под местной анестезией берется реберный хрящ и через небольшой разрез у корня носа, между бровями, вводится под кожу носа. Хрящ берется с правой стороны, от VI или VII ребра, нужной величины, смотря по надобности. Чтобы придать ему необходимую форму, его обрезают скальпелем. После вставления хряща на раны накладываются швы.

В двух случаях ринопластика была мною сделана не типично по Mangoldt'y, именно, разрез был сделан не у корня носа, а по спинке его, по длине ее. Хотя в этих случаях и произошло гладкое заживление раны, и результат получился хороший, но вдоль всего носа остался заметный рубчик, что уже являлось недостатком. В трех других случаях, где операция была сделана типично по Mangoldt'y, результат получился хороший. Правда, в одном из них кожа на спинке носа на уровне хряща омертвела, и хрящ обнажился (в этом случае уже при операции заметно было побледнение кожи носа, вызванное давлением кусочка хряща, — дело в том, что, дабы придать лучшую форму носу, я взял кусочек хряща в этом случае потолще и вставил с некоторым усилием; это и послужило причиной омертвления кожи), но в дальнейшем рана зарубцевалась, хрящ не выделился, и получился приличный нос. Только заживление раны

¹⁾ Труды XVII Съезда Русских Хирургов.

здесь несколько затянулось, и больной пробыл в больнице дольше, чем обычно бывает после данной операции. Во всяком разе этот случай показал мне, как важно хорошо подогнать кусочек хряща и вставить его без особенного натяжения кожи.

Хотя у меня случаев ринопластики по способу Mangoldt'a и немного, и я не могу на основании их делать выводов, но о впечатлениях говорить можно, и они—в пользу этого способа. Если трансплантат соответствует по своей величине сделанному ложу,—омертвения кожи быть не должно. Клиника и экспериментальные исследования показывают, затем, что аутопластически пересаженные хрящи могут служить хорошим материалом и в ринопластике, как и для других целей (Lesser, Rehn, Davis, Mangoldt, Мангейм, Зворыкин, Вечтомов и др.). Удобство этого способа, как уже отмечено в литературе, заключается в том, что материал для пересадки здесь легко получить от самого больного,—что хрящ легко режется, и ему можно придать любую форму, пригодную для пластики носа. Во всяком случае в сравнении со способом Gersuny способ Mangoldt'a имеет, несомненно, большие преимущества.

Образование носовой перегородки по способу Liston'a было сделано мною четыре раза—во всех случаях с удовлетворительным результатом. Образованный из верхней губы лоскут у всех больных хорошо прижился. Неудобством данного способа является то, что нижняя поверхность новой перегородки состоит из слизистой оболочки и имеет поэтому красный цвет, который, хотя со временем и бледнеет, но все-таки остается красноватым, отличающимся от цвета кожи. Чтобы избежать этого, предложено делать разрезы на верхней губе так, чтобы явилась возможность повернуть лоскут на 180°,—тогда слизистая оболочка окажется обращенною в полость носа, а кожная поверхность лоскута—книзу. В виду того, однако, что при этом видоизменении получается неодинаковая величина ноздрей (П. И. Дьяконов), я его не применял, предпочитая оставлять своих больных с красноватою нижней частью носовой перегородки, чем с неодинаковой величины ноздрями.