

ФРАНТИШЕК БУРИАН

АТЛАС
ПЛАСТИЧЕСКОЙ
ХИРУРГИИ

2

1967

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ • ПРАГА
МЕДИЦИНА • МОСКВА

ТОМ 2: ГОЛОВА

ГОЛОВА

Анатомия	
Врожденные дефекты черепа	
Врожденные мозговые грыжи	
Травматические дефекты мягких частей черепа	
Скальпирование	
Травмы черепа	
Посттравматические дефекты черепа	

ЛИЦО

Гемиатрофия лица	
Раны лица	
Предоперационная подготовка раны	
Восстановительные операции на лице с целью ликвидации последствий травм	
Паралич лицевого нерва	
Специфические воспаления на лице	
Опухоли	
Рак лица	
Косметические операции	
Птоз лица	

РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ И НЕБА (ТИПИЧНЫЕ)

Классификация расщелин	
Анатомия и патология расщелин	
План лечения	
Оперативные методы	
Расщелина губы	
Расщелина неба	
Устранение поздних деформаций	

РЕДКИЕ ВРОЖДЕННЫЕ УРОДСТВА, БЛИЗКИЕ ПО СВОЕМУ ХАРАКТЕРУ К РАСЩЕЛИНАМ НЕБА	
-------------------------------------------------------------------------------------	--

ГУБЫ И РОТ

Врожденные деформации	233
Травмы губы и посттравматические дефекты	233
Опухоли	234
Приобретенные дефекты неба	235

ПОДБОРОДОК И НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ 276

ВЕКИ И ГЛАЗНИЦА

Глаз и его придатки	289
Пластические операции на глазнице и придатках глаза	290
Врожденные аномалии век и глазницы	290
Птоз век (орбитопальпебральный синдром)	290
Врожденная аплазия глаза и глазницы	291
Колобомы века	291
Дефекты век травматического и воспалительного происхождения	319
Опухоли век	321
Жировые нависания и морщины век	322

НОС

Анатомия носа	353
Врожденные аномалии носа	354
Травмы носа	372
Посттравматические дефекты носа	373
Оперативные методы	394
Седловидный нос	412
Техника имплантации при седловидной форме носа	413
Ринофима	418
Волчанка носа	418
Люэтические дефекты	418
Рак носа	419

УШНЫЕ РАКОВИНЫ

Нормальное строение ушной раковины	446
Врожденные аномалии ушной раковины	446
Ранения	448

ЛИТЕРАТУРА

495

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

497

ТОМ 1: ОБЩАЯ ЧАСТЬ

ОБЩАЯ ЧАСТЬ — ПЕРВЫЙ РАЗДЕЛ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ И ЗАДАЧИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Общие принципы
Анализ дефекта или деформации

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Хирург, производящий операцию, и его помощники
Планирование операции
Обезболивание
Подготовка операционного поля
Характер операционной травмы
Разрез кожи
Кровотечение
Закрытие раны

ВИДЫ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ КОЖИ

Местная кожная пластика
Перемещение пластического материала к дефекту в форме лоскутов на ножке
Трубчатый лоскут (стебель), предложенный В. П. Филатовым и Джиллисом (Gillis)
Лоскуты, созданные из слизистой оболочки

СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА ТКАНЕЙ ТКАНИ КАК МАТЕРИАЛ — ЗАМЕНИТЕЛЬ

Кожа
Некоторые особые виды кожных трансплантатов
Пересадка слизистой оболочки
Пересадка жировой ткани
Пересадка фасции
Пересадка сухожилий
Пересадка хряща
Пересадка костей
Гомопластика
Гетеропластика
Аллоластика

ОБЩАЯ ЧАСТЬ — ВТОРОЙ РАЗДЕЛ

Введение к специальной части

ГРАНУЛИРУЮЩИЕ РАНЫ И ЯЗВЫ

Рентгеновские язвы

РУБЦЫ

Профилактика образования порочных рубцов
Лечение порочных рубцов
Иссечение рубцовых тяжей и метод перестановки встречных
треугольных лоскутов
Татуировка

ОПУХОЛИ

Гемангиомы
Лимфангиомы
Нейрофибромы
Пигментные родимые пятна
Злокачественные меланомы

ТОМ 3: ТУЛОВИЩЕ И КОНЕЧНОСТИ

ШЕЯ

Врожденные аномалии
Посттравматические и послеоперационные дефекты

ТУЛОВИЩЕ

Врожденные пороки развития
Гинекомастия
Ожоги и последствия облучения
Послеоперационные и другие деформации
Косметическая и восстановительная хирургия молочной железы

ЖИВОТ

Пупочные грыжи и грыжи на животе
Отвислый живот
Пластика пупка

МОЧЕПОЛОВОЙ ТРАКТ

Врожденные аномалии
Фимоз
Гипоспадия
Псевдогермафродитизм и гермафродитизм
Другие врожденные аномалии
Ранения

ВЕРХНИЕ КОНЕЧНОСТИ

Врожденные пороки развития
Свежие травмы
Посттравматические дефекты и состояния после облучения
Дюпюитреновская контрактура

НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ

Врожденные аномалии
Ранения
Элефантиаз
Стеатопигия

АНАТОМИЯ

Внешний вид головы и лица отличается индивидуальным разнообразием. Существуют родовые, племенные и видовые различия. Форма и пропорции головы, лица и тела в общем обусловлены типом скелета (р и с. 1). На голове выделяют три области, сильно отличающиеся друг от друга в зависимости от конфигурации скелета.

Верхняя часть — черепная коробка и лобная область. Ее очертания зависят от развития мозга. Форма сложного по своему строению скелета среднего сегмента — верхней челюсти и примыкающих участков — обусловлена развитием органов чувств и относящихся к ним образований. Внешний вид нижнего сегмента целиком зависит от развития жевательного аппарата. В костях черепа и лица имеются места утолщения — тяжи уплотненной ткани, которые должны оказывать сопротивление воздействию наиболее сильных тяг и давлений (р и с. 2).

На скелете располагаются мягкие ткани — мышцы, жировая ткань и слюнные железы. Межмышечные пространства центральной части области щек заполняет особое жировое тело Биша.

Лицо покрыто кожей и подкожной клетчаткой, которые отличаются от покровов других частей тела. Апоневроз имеется только над жевательными мышцами в околоушно-жевательной и височной областях; лобная мышца расположена между двумя листками черепного апоневроза. В других областях лица мимические мышцы прикрепляются прямо к кориюму.

Толщина подкожножирового слоя в различных областях лица неодинакова: меньше всего жира на передней поверхности ушных раковин и на веках, больше всего на щеках. На кончике и крыльях носа подкожная клетчатка образована за счет толстого слоя сальных желез; жировая ткань в этой области сдавлена в пространстве между железами и образует плотные соединительнотканно-жировые перегородки.

На лице ребенка толстый слой жира выравнивает все неровности скелета; он густо пронизан эластическими волокнами. Поэтому щеки детей плотны и упруги.

Мимическая мускулатура обладает сложной конфигурацией, отображающей сложность выполняемых ею функций. Связь мимической мускулатуры с кожными покровами обуславливает возникновение типичных естественных складок лица (р и с. 6).

На внешний вид лица решающее влияние оказывает возраст человека. С грудного возраста качество кожного покрова, подкожной клетчатки и мышечного слоя сильно меняется. Большое значение в этом отношении приобретает развитие жевательных мышц; под их воздействием происходит перестройка скелета головы и лица. В возрасте 15 лет центр лица находится на уровне бровей, у взрослого человека он располагается в области горизонтальной плоскости, проходящей на уровне глаз.

Развитие жевательных мышц и, таким образом, развитие скелета лица, заканчивается в возрасте 20—23 лет. В старческом возрасте происходит постепенная атрофия тканей и образований лица, обусловленная потерей зубов и возникающей из-за этого атрофией челюстей. Средний и нижний отделы лица становятся ниже; центр лица вновь смещается кверху.

Для хирурга имеют важное значение различия в структурах упомянутых трех зон головы и лица. Скелет верхней зоны составляет толстая кость черепной коробки, которая в лобной области раздваивается и образует две тонкие хрупкие костные пластинки, образующие лобные пазухи, форма и объем которых отличаются индивидуальными различиями. В средней части расположены полости для органов чувств: глазницы, носовые полости, придаточные пазухи носа и сложные костные конструкции, предназначенные для органа слуха. Скелет верхней челюсти образован тонкими пластинками хрупкой кости, прочность которой повышается за счет тяжелой утолщения костной ткани.

К нижней зоне относится альвеолярная дуга верхней челюсти, при раздробленном переломе которой процесс заживления протекает очень плохо. Кроме того эти переломы осложняются повреждением зубов. Нижняя челюсть, главный компонент нижней зоны, состоит из компактной кости. К ней прикрепляются мощные жевательные мышцы, язык и некоторые мышцы шеи.

Глубокие и поверхностные сосуды лица снабжаются кровью из наружной сонной артерии; в периорбитальной области концевые сосуды снабжаются кровью из некоторых крупных ветвей внутренней сонной артерии (р и с. 4).

Моторная иннервация жевательных мышц осуществляется тройничным нервом, мимические мышцы иннервирует лицевой нерв (р и с. 9).

Тургор лица в детском возрасте бывает хорошо выражен благодаря мощному кровоснабжению и густой сети эластических волокон в подкожной клетчатке. Об этом следует помнить при заживлении ран; основное натяжение должно приходиться на подкожные швы. В случае наложения облегчающих матрацных швов или непрерывного шва их нельзя снимать слишком рано. В противном случае глубокие слои тканей могут разойтись, и в результате образуются широкие или гипертрофические рубцы.

С возрастом, после достижения возмужалости, ситуация меняется: сосудистая сеть становится более редкой, количество эластических волокон уменьшается, тургор тканей ослабевает. В старости кожа вообще становится дряблой и образует складки, разделяемые глубокими бороздами (р и с. 10—11). В конце концов кожа приобретает вид смятой бумаги.

ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ ЧЕРЕПА

Врожденные дефекты кожи чаще всего встречаются на темени. Размеры таких дефектов весьма различны. Кровотокающий дефект можно наблюдать у ребенка сразу же при рождении (рис. 12). Одновременно дефект различной глубины имеется и в кости. Почти всегда поражается наружная костная пластинка, очень часто и внутренняя, так что может быть обнаружена и твердая мозговая оболочка.

Случается, что ребенок рождается с круглой лысиной на темени, образованной анемическим рубцом. Под рубцом в таких случаях имеется дефект кости с признаками ее регенерации. Нет сомнения, что в этих случаях приходится иметь дело с внутриутробно зажившим дефектом. С врожденными дефектами черепа сочетаются и некоторые другие врожденные аномалии (рис. 13).

Дефект следует как можно раньше закрыть дермо-эпидермальным трансплантатом. Выгоднее всего было бы оперировать ребенка сразу же после рождения. Пожалуй ни одному хирургу, занимающемуся пластической хирургией, не приходилось производить оперативное вмешательство в таком раннем возрасте ребенка. Хирурга приглашают на консультацию только по прошествии нескольких недель, когда из-за развившейся инфекции не наступает заживление раны. В таком случае еще до трансплантации следует произвести санацию раны. Операцию по поводу костного дефекта мы рекомендуем отложить и производить только в дошкольном возрасте, так как в первые годы приходится наблюдать уменьшение дефекта. Что касается лысины, то ее можно иссечь или по крайней мере в значительной степени уменьшить путем перестановки лоскутов облысевшей кожи.

ВРОЖДЕННЫЕ МОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ

Только в исключительно редких случаях приходится сталкиваться с передними (синципитальными) грыжами, возникновение которых связано с недостаточным закрытием переднего отверстия нервной трубки. Выпадение мозговой ткани происходит или по средней линии ниже надпереносья, или по сторонам носа в месте соединения лобных отростков верхней челюсти с носовыми и лобными костями (рис. 14, 15). Другим возможным местом образования мозговой грыжи является решетчатая пластинка и лобные кости. В случае нарушения образования мембранозной кости, некоторые места на протяжении длительного времени бывают закрыты только перепонками, через которые выпадает мозг.

Причиной, по всей вероятности, является нарушение обонятельного отдела мозга, обуславливающее как повышение внутричерепного давления, так и расстройства окостенения. В случае излечения патологического процесса в ранней стадии внутриутробного развития наступает закрытие дефекта кости, выпавшие части мозговой ткани оказываются изолированными и в дальнейшем рассасываются или превращаются в глиоматозные образования. Если

ребенок рождается с истинной мозговой грыжей, то это означает, что основная причина, обусловившая ее возникновение, еще не ликвидирована. В таком случае, так же как и при затылочной менингоцеле мало благоприятными являются и перспективы дальнейшего излечения мозговой грыжи путем радикального оперативного вмешательства.

Наличие мозговой грыжи связано с опасностью возникновения хронической прогрессирующей гидроцефалии.

Лобно-носовые грыжи отличаются относительно благоприятным прогнозом. Обычно при их наличии удается закрыть отверстие в твердой мозговой оболочке при помощи периостального лоскута, выкроенного из прилежащей надкостницы, или при помощи дермального трансплантата, выкроенного из лишней кожи в месте дефекта. Последствия основного нарушения, например, вторичные деформации, расхождение середины лица, гипертелоризм, расстройства функции внутренних прямых мышц глаза, удается восстановить только частично. Оперативное лечение бывает нетипичным: при выборе оперативного метода следует в каждом отдельном случае учитывать индивидуальные особенности больного.

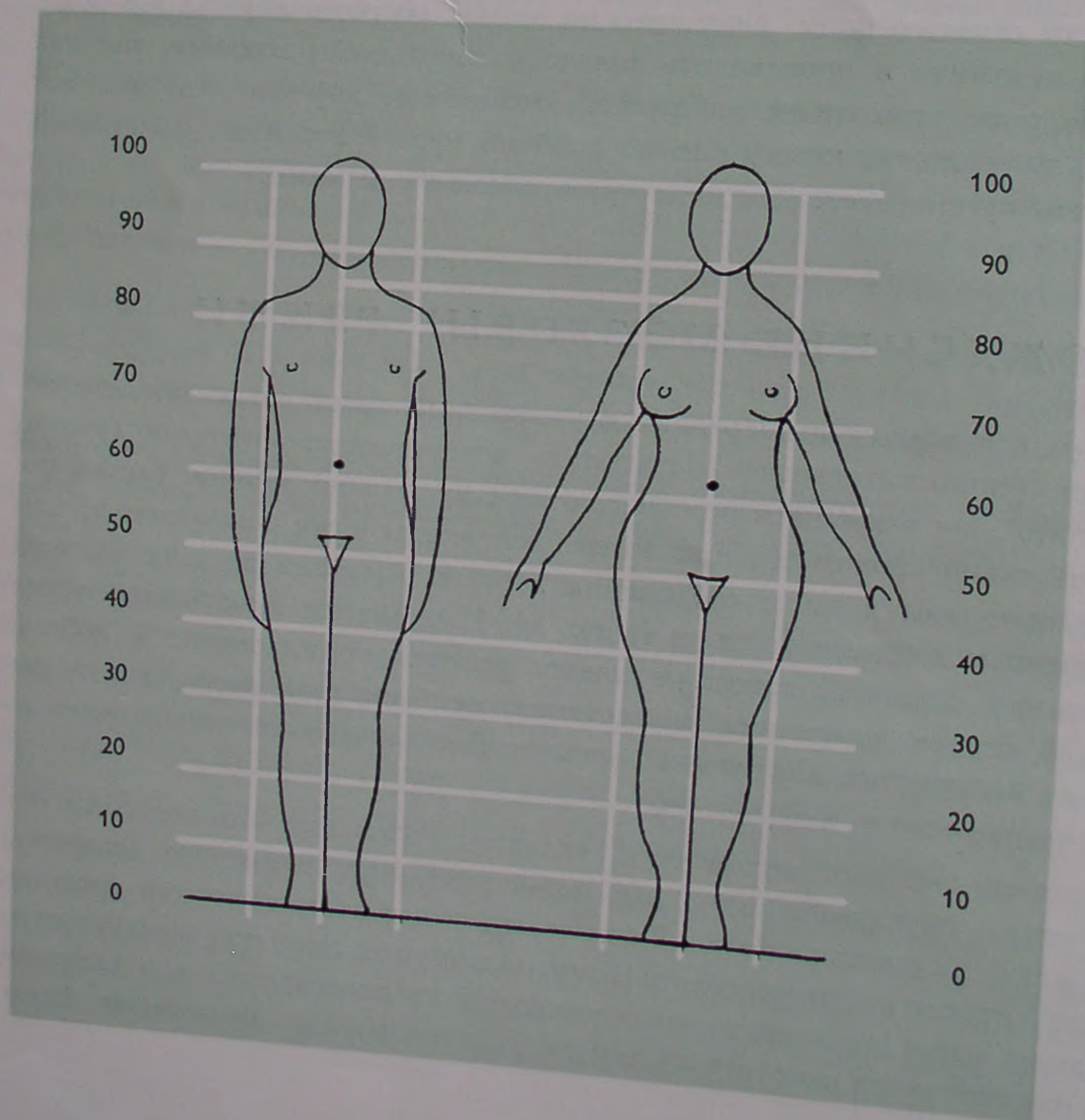
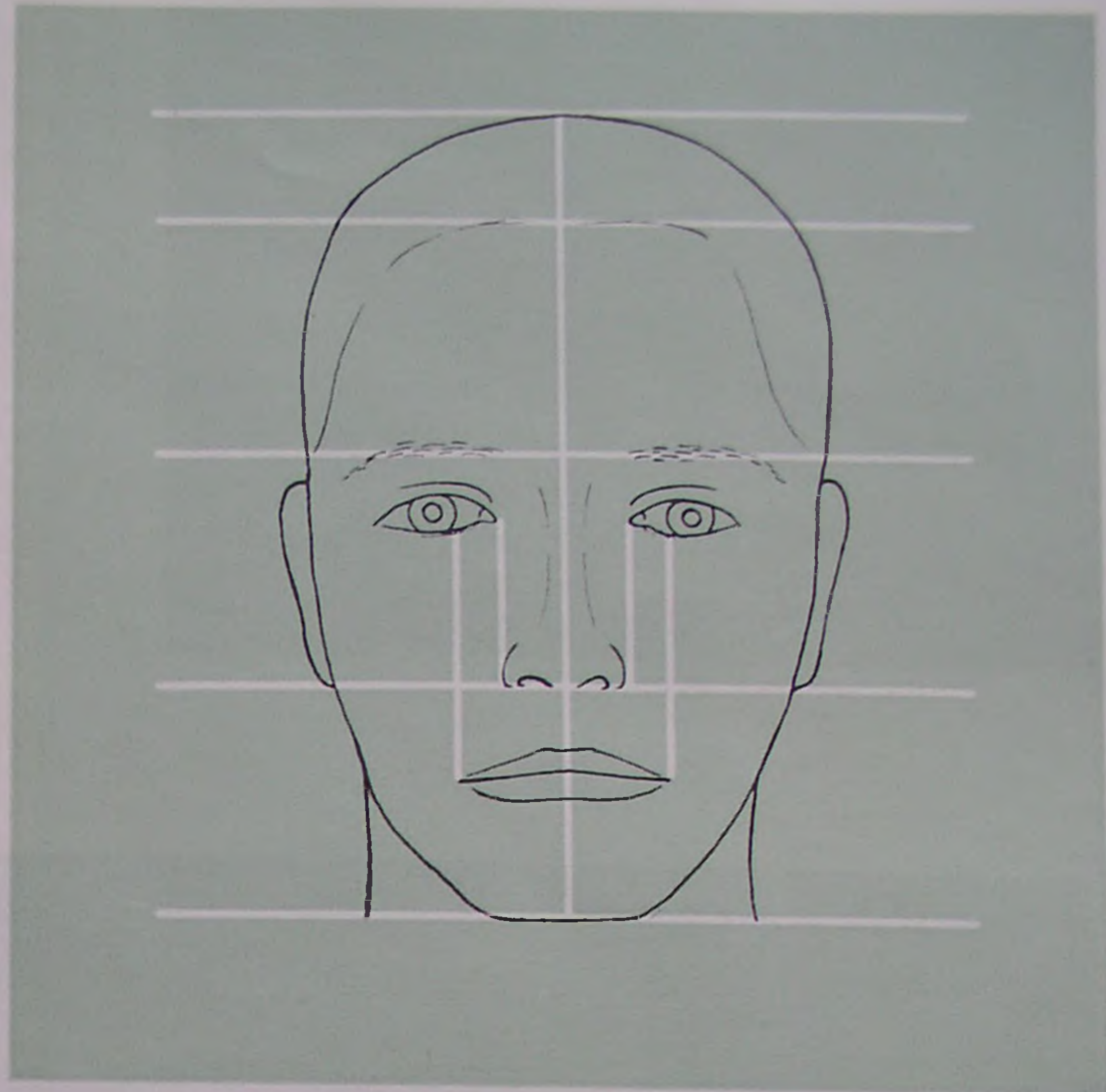


РИС. 1.

Среднее расстояние между головами — 10 см. Длины головок приблизительно равны. Расстояние проходящей линии равно длине примерно дв...

2.

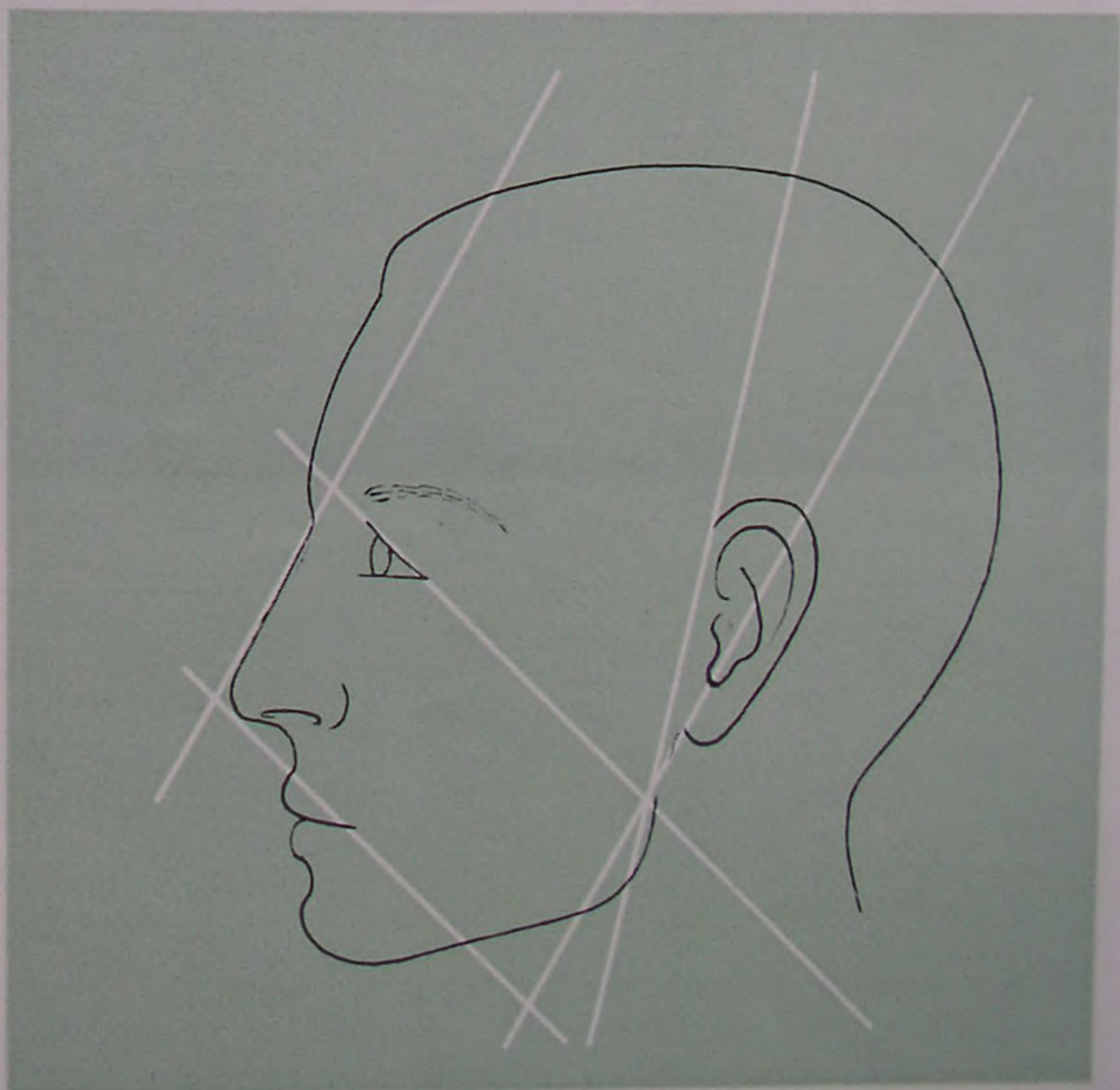
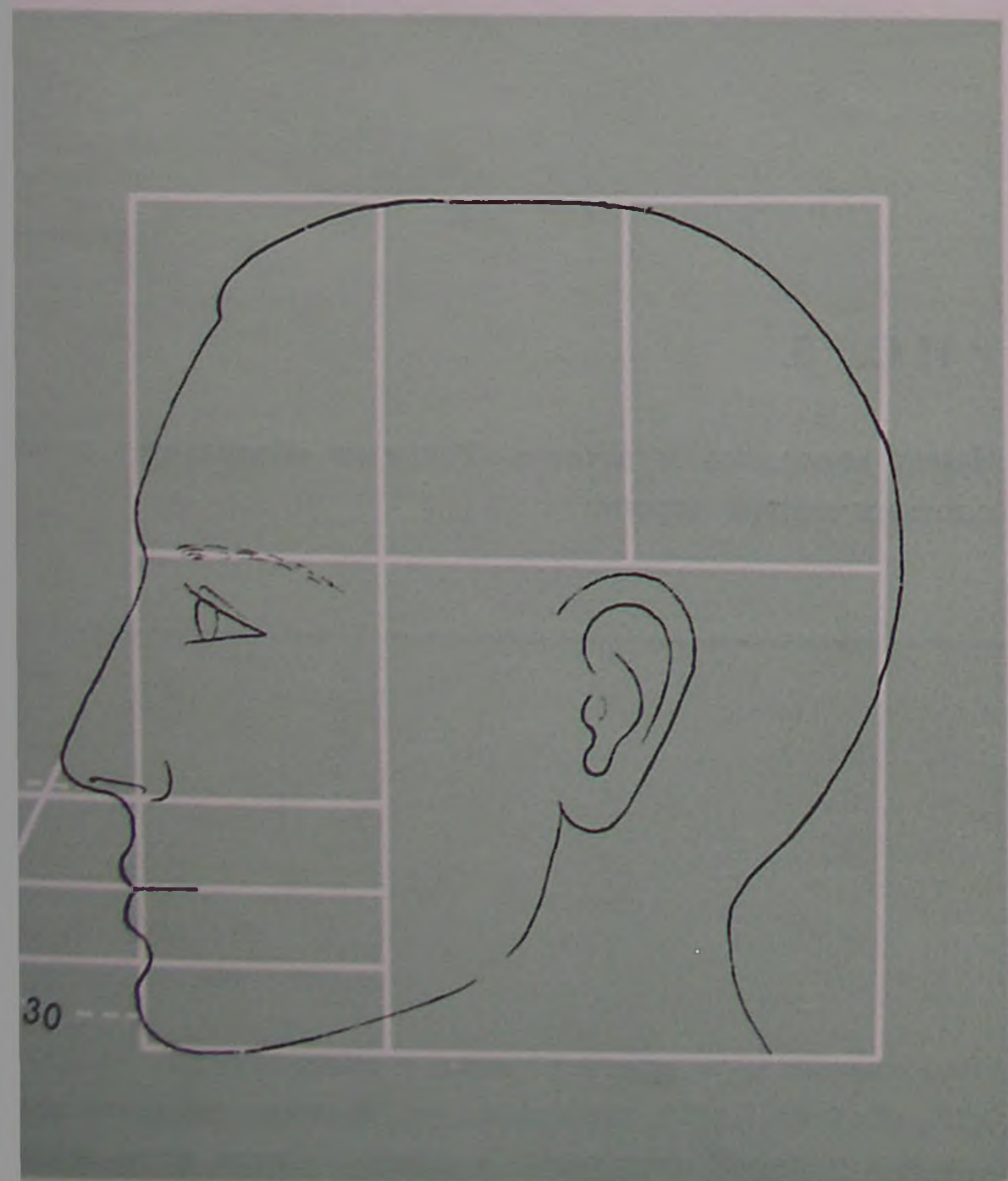
и лица. Лицо в пределах от границы волосяного по-
chion) до линии, проходящей на уровне нижней точки
a (gonion), делят на три зоны одинаковой ширины:
asion (плоскость надпереносья), nasion-subnasale
граница носа), subnasale-gonion. Верхняя треть по-
ны расположена на уровне верхней губы.

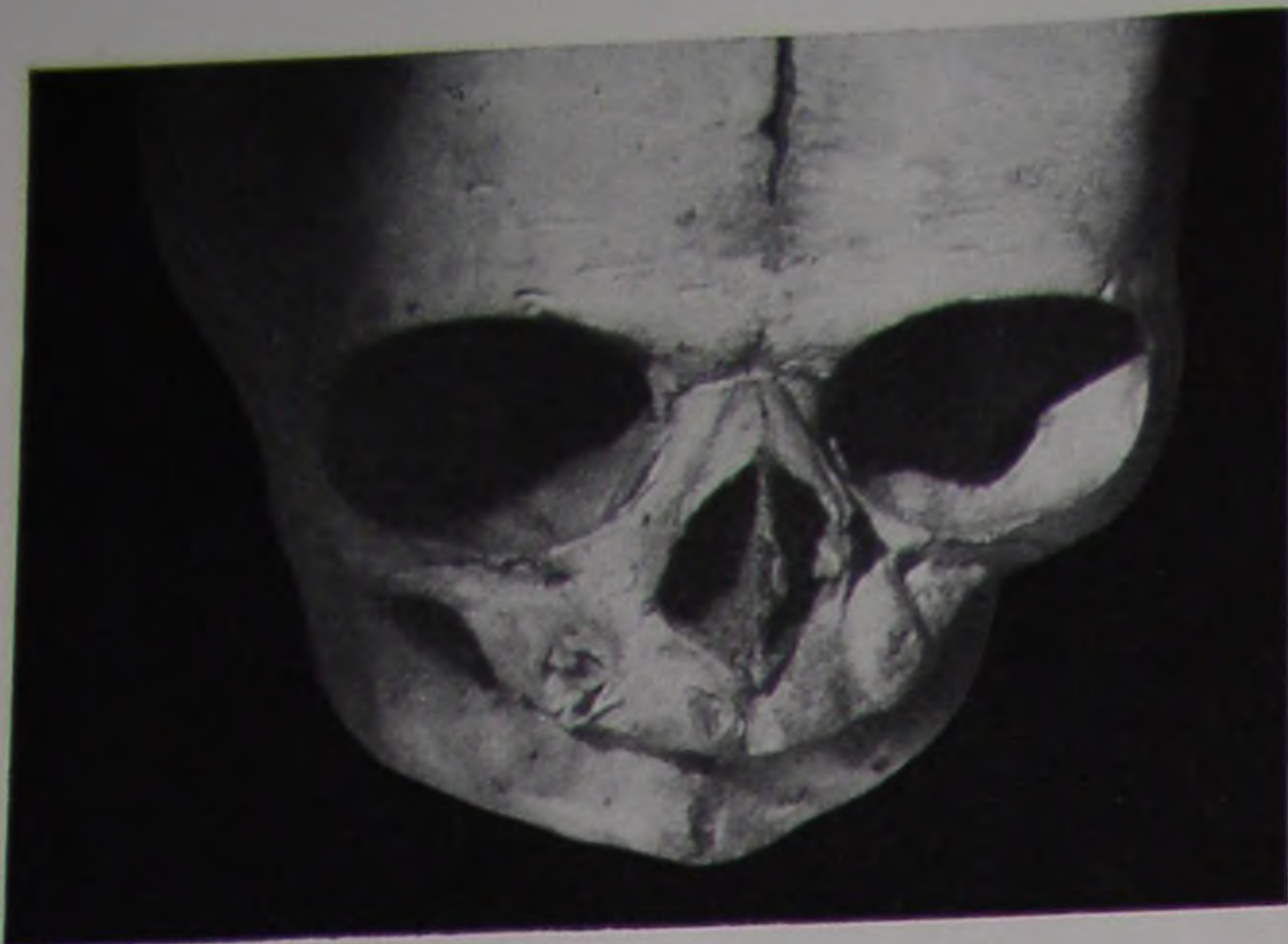


пропорции лица. 1. Расстояние между вертикальной
оходящей через наиболее удаленную точку затылка
м слуховым проходом равно расстоянию между на-
уховым проходом и границей передней поверхности
ой является вертикальная линия, проходящая через
рай глазницы. Ушная раковина такой же длины, как

и нос, угол носа в профиль равен 30° , угол, образуемый пере-
городкой носа и верхней губой — 90° . — 2. Длинная ось ушной
раковины параллельна линии спинки носа. Линия заднего края
выступа верхней челюсти совпадает с передним краем завитка.
Линия, являющаяся границей верхней губы, в профиль парал-
лельна линии нижнего края верхнего века.

(2)





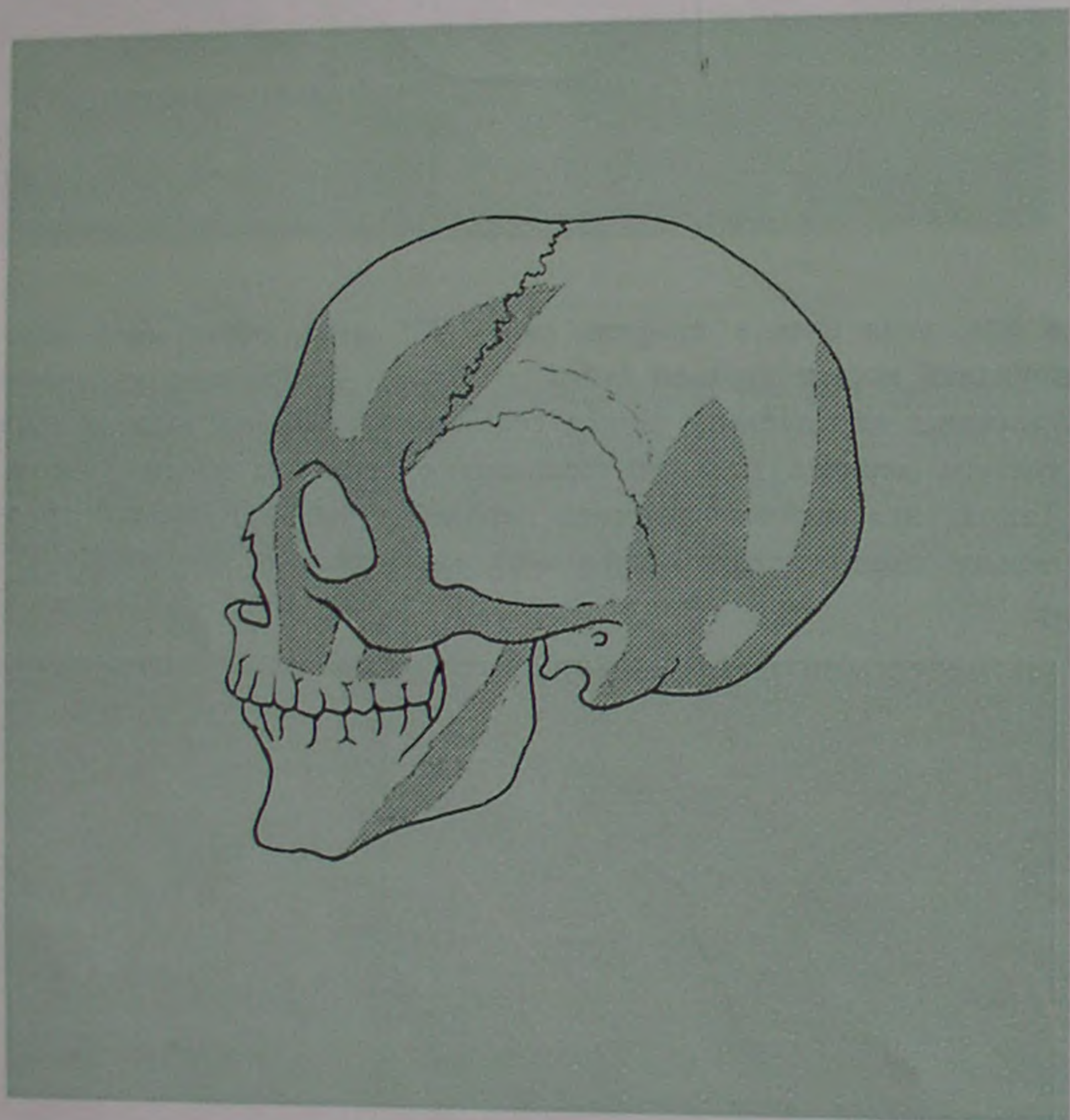
(1)



(2)

Р И С. 4.

Череп грудного ребенка. 1. Выраженное преобладание коробки над лицевой частью, большие широкие глазницы, низкие челюсти. — 2. Череп взрослого мужчины. Обе высокие.



Р И С. 5.

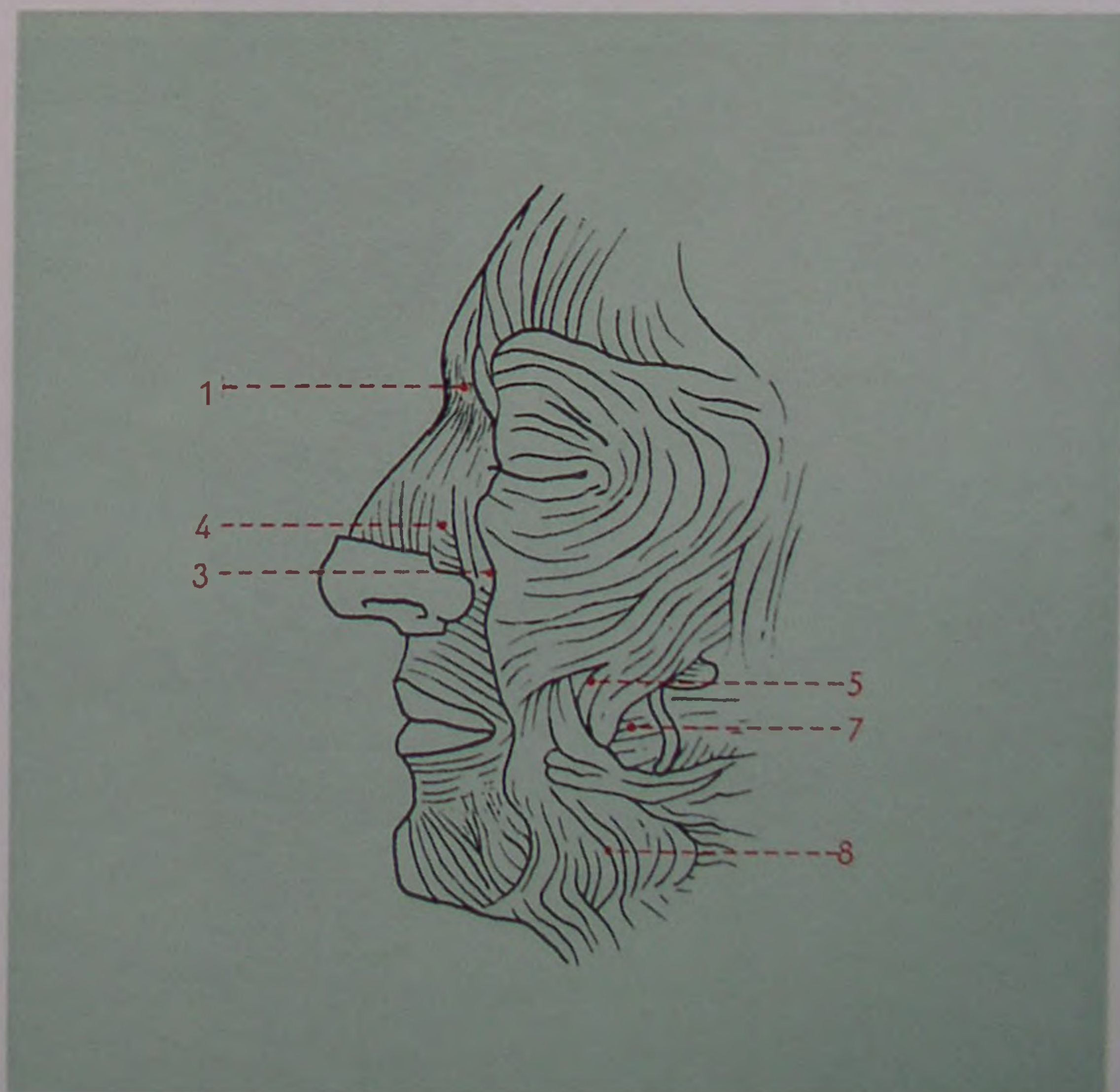
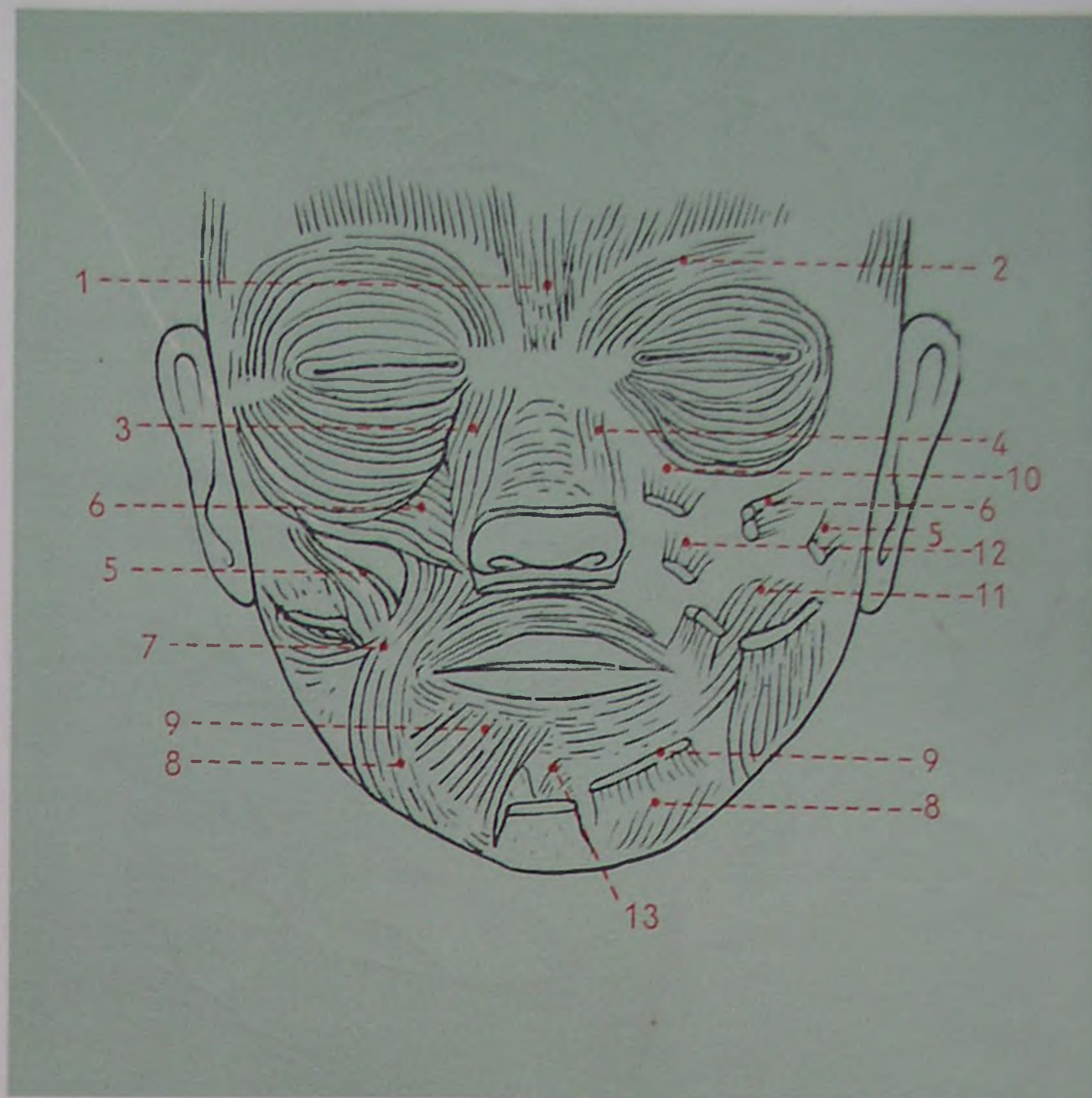
Череп взрослого мужчины. Точками обозначены зоны плоских костей черепа.

Р И С. 6.

Мышцы лица (по Борованскому). [1] *m. depressor glabellae* — связан с волокнами лобной мышцы. — [2] *m. corrugator supercilii* — берет свое начало в периосте внутренней поверхности

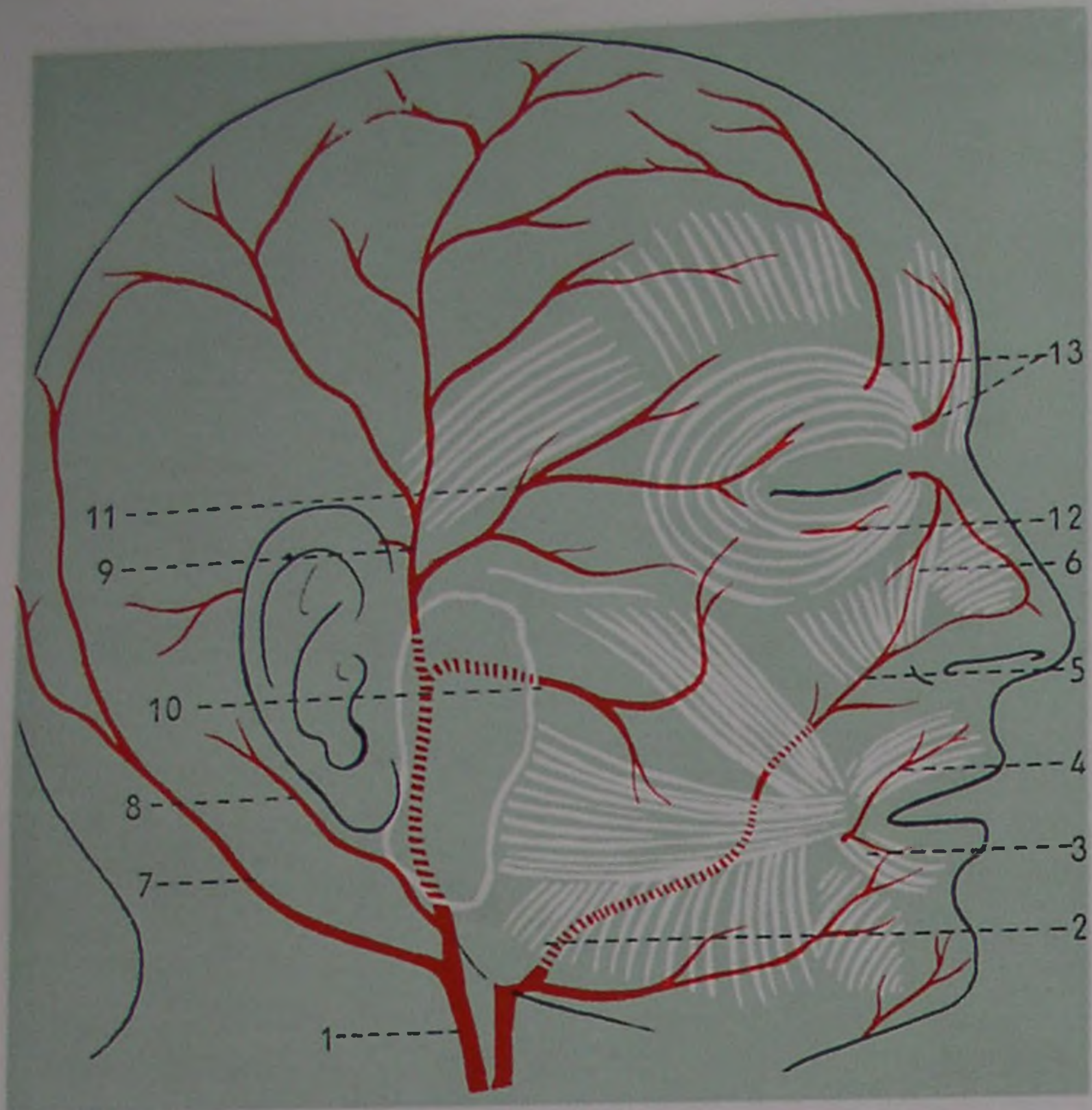
края глазницы и прикрепляется к коже бровей. — [3] *m. nasi et maxillaris medialis* — мышца поверхностной волокна которой переходят в кожу заднего края носового

кожу верхней губы. — [4] *m. nasalis* — берет свое начало в альвеолярном возвышении клыка и второго резца. Прикрепляется в области спинки носа (*pars transversa*) и носового крыла (*alaris*). — [5] *m. zygomaticus minor* — теряется в коже верхней губы. — [6] *m. zygomaticus maior* — прикрепляется к коже и слизистой оболочке коммиссуры губы. — [7] *m. risorius* — прикрепляется в коммиссуре губы. — [8] *m. triangularis* — берет начало у каудального края нижней челюсти; одна часть прикрепляется к коммиссуре губы, другая — входит в уголок губы. — [9] *m. quadratus labii mandibularis*. Часть является непосредственным продолжением платизмы, вторая часть берет свое начало у края нижней челюсти и прикрепляется к мышечным волокнам нижней губы. — [10] *m. levatoris et labii maxillaris lateralis* — берет свое начало на внутренней поверхности верхней челюсти и прикрепляется к коже верхней губы. — [11] *m. buccinator* расположен между *gange mandibularis* и наружной коммиссурой, где волокна мышечные разделяются: верхние волокна входят у наружной трети нижней губы в круговую мышцу рта, а нижние волокна — в уголок губы. — [12] *m. caninus* — глубоко расположенная мышца, волокна которой теряются в коммиссуре и нижней губе. — [13] *m. mentalis* — берет свое начало в центре передней поверхности нижней челюсти и прикрепляется к коже подбородка.



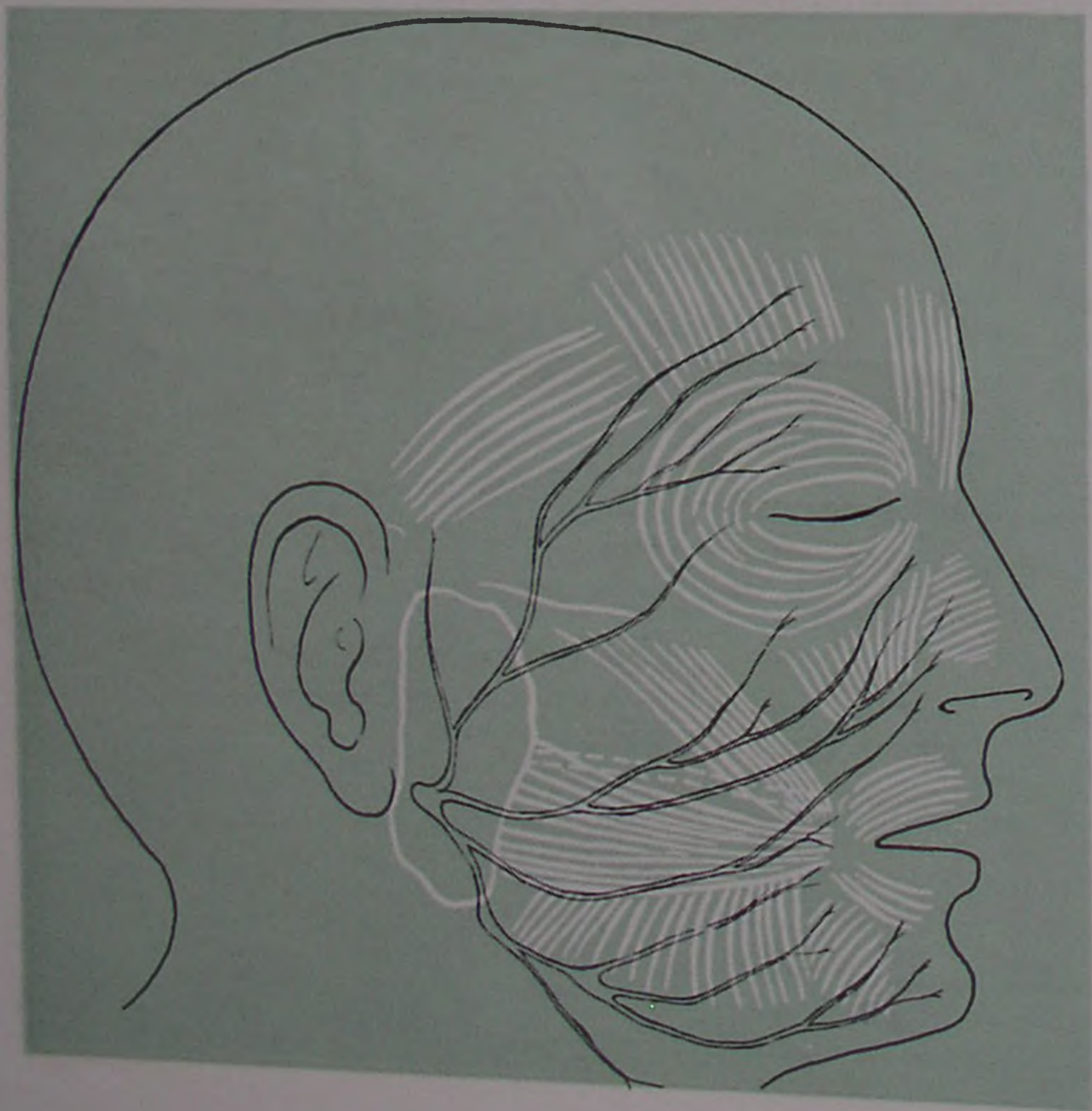
С. 7.

Мышцы лица в профиль по Вэрдеману. Обозначения те же, что на рис. 6.



Р И С. 8.

Артерии лица. [1] Отходят от наружной сонной артерии. [2] *a. facialis (maxillaris externa)*, [3] *a. labialis mandibularis*, [4] *a. labialis maxillaris*, [5] *a. nasalis lateralis*, [6] *a. angularis*, [7] *a. occipitalis*, [8] *a. retroauricularis*, [9] *a. temporalis superficialis*, [10] *a. transversa faciei*, [11] *a. zygomatico-orbitalis*, [12] *a. infraorbitalis* (получает питание от *a. maxillaris*), [13] *aa. frontales* (получают питание от *a. ophthalmica*).



Р И С. 9.

Разветвление лицевого нерва. В области, расположенной перед ушной раковиной, пунктиром обозначен периметр околоушной железы и ее выводной проток, который на уровне ротовой щели открывается в ротовую полость. Лицевой нерв выходит из шиловосцеvidного отверстия, внедряется в околоушную железу, проходит и разветвляется в соединительно-тканном слое, разделяющем околоушную железу на две части — глубокую и поверхностную. Во время операций, производимых на нижней части лица, наибольшая опасность грозит нижней ветви, расположенной под краем нижней челюсти, с которой она перекрещивается, причем довольно поверхностно, на границе передней и средней трети.

РИС. 10.

Естественные складки кожи на лице. [1] Горизонтальные складки. — [2] Вертикальные складки. — [3] Поперечная складка в области переносицы. — [4] Нижняя глазная складка. — [5] Глазнично-лицевая складка. — [6] Носо-губная складка. — [7] Подбородочно-лицевая складка. — [8] Складка угла рта. — [9] Ямка подбородка. — Перечисленные складки являются теми естественными линиями, по ходу которых должны производиться на лице разрезы.

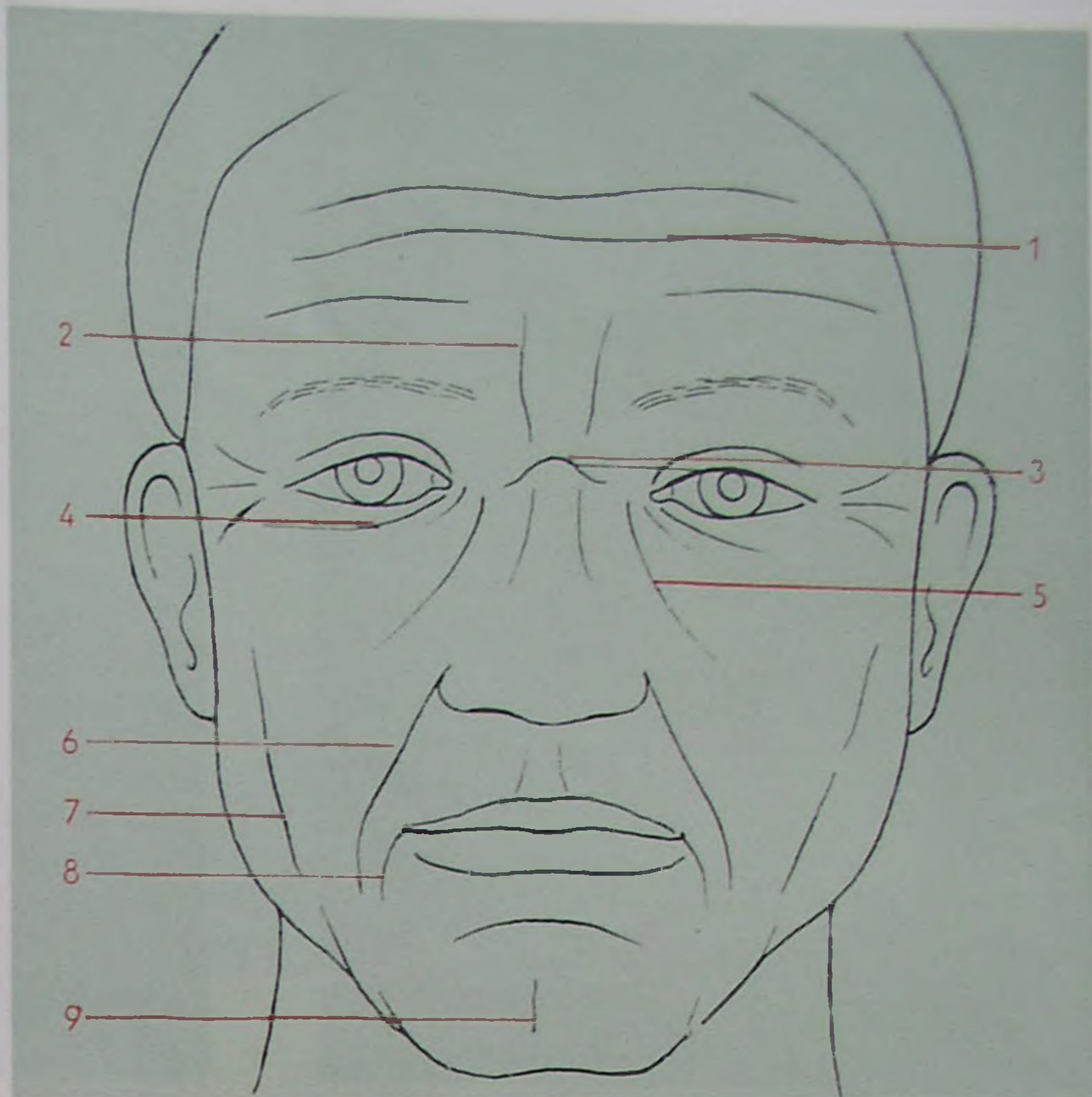


РИС. 11.

Старческие морщины. 1. Морщины и складки кожи располагаются по ходу естественных складок. — 2. В глубокой старости, в ре-

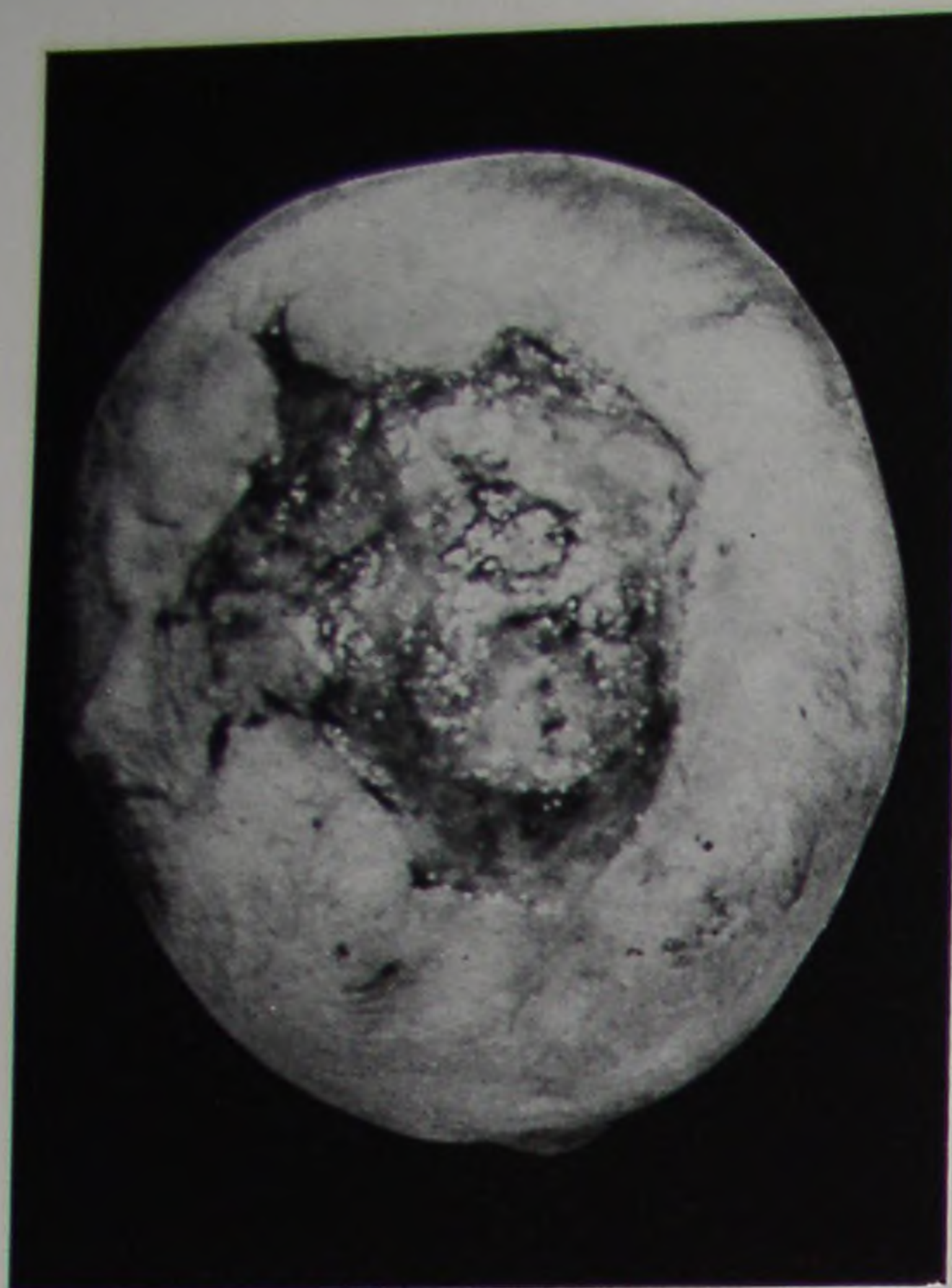
зультате дегидратации ткани и потери её эластичности, на коже образуется множество скрещивающихся, неравномерно расположенных складок, придающих ей вид помятой тонкой бумаги.



(1)



(2)



(1)

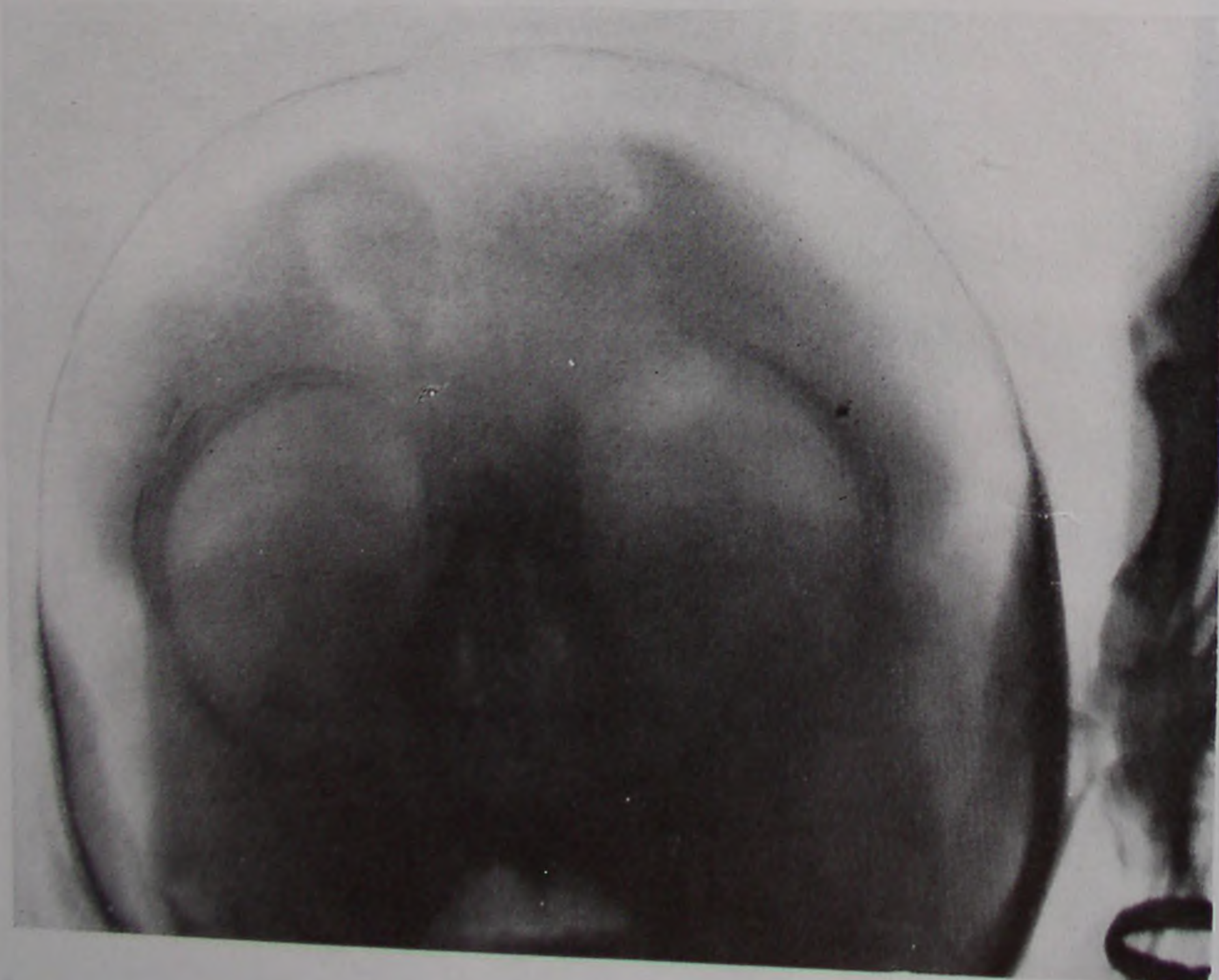


(2)

Р И С. 12.

Врожденный дефект костей черепа. Больной З. Д., 6 недель, ист. болезни № 45 723. 1. После рождения больной лечился в родильном доме, затем амбулаторно различными мазями. В возрасте 6 недель у больного образовались изъязвления, захватывающие почти все темя, присохшие корки, покрывающие грануляции. В качестве лечения применялись примочки и распыление растворов хлорамина и эритромицина. После недельного лечения в дефект были

пересажены дермо-эпидермальные трансплантаты. — 2. Состояние после излечения. — 3. Данные рентгенографического исследования: дефект свода черепа длиной 4 см, шириной 4,5 см, неправильной формы; от периферии в дефект проникают острые костные зубцы и мелкие костные островки, являющиеся проявлением репаративных процессов.



(3)



(1)



(3)

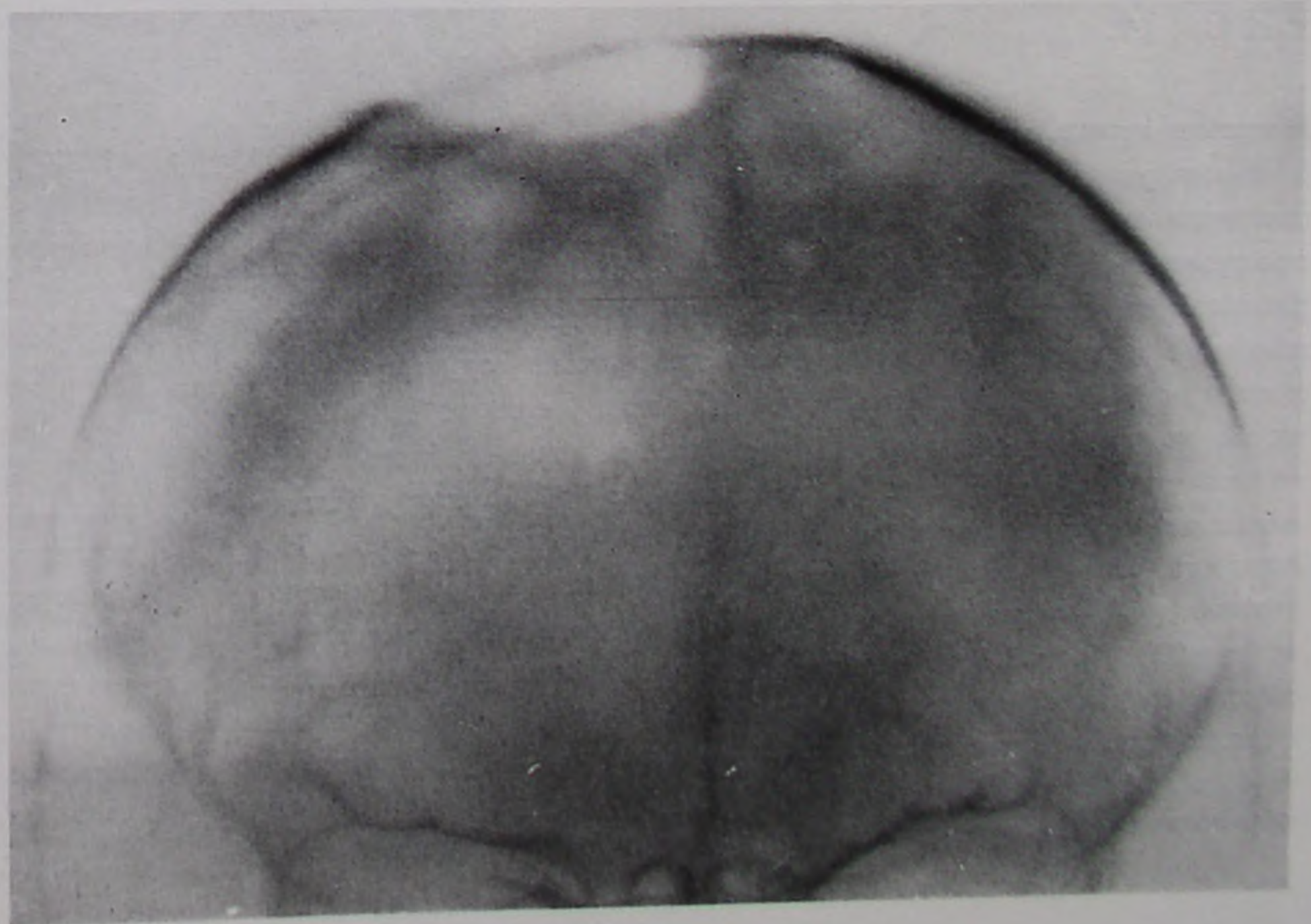
Р И С. 13

Врожденный дефект черепа. Больной Ф. Г., 9 лет, ист. болезни № 11866. 1. После рождения на темени у ребенка была обнаружена большая кровавая рана. На протяжении первых 8 недель жизни ребенка лечили консервативным путем в родильном доме. В дальнейшем ребенок подвергался консервативному лечению мазями. В возрасте 6 месяцев наступило излечение. В первое время прощупывался дефект черепа величиной с мужскую ладонь, который постепенно уменьшался. — 2. Покров над дефектом, первое время представлявший из себя тонкую перепонку,

постепенно становился толще. Вплоть до 6-летнего возраста у ребенка с периферии по направлению к центру выростали волосы; в дальнейшем рубец не менялся. — 3. У мальчика имеется врожденный дефект пальцев на обеих руках. На правой руке, на большом и среднем пальцах имеются только первые рудиментарные фаланги; на левой руке на III—V пальцах имеется по две рудиментарных фаланги. — 4. Данные рентгенограммы: в правой теменной области имеется ограниченный, довольно большой дефект; нерезко выраженные признаки турицефалуса.



(2)



(4)



(1)



(2)



(3)

РИС. 14.

Мозговая грыжа. Больной И. Т., 3 лет, ист. болезни № 1196.
 1. В центре лица, между широко расставленными глазами, расположена опухоль. В краниальном направлении опухоль распространяется за пределы волосяного покрова, граница которого расположена очень низко, образуя острый треугольный выступ сбоку от опухоли. В каудальном направлении опухоль почти достигает кончика носа. У внутренних углов верхних век имеется по колобому. У наружного угла левого глаза субконъюнктивально выявляется небольшая, величиной с боб опухоль, отделяющая веко книзу. Парез левой внутренней прямой мышцы. Нос короткий, носовая ось расположена высоко, рот все время открыт, верхняя губа приподнята, ушные мочки недоразвиты и сращены со щекой. Произведено веретенообразное иссечение части кожи между границей волосяного покрова и кончиком носа; вместе с кожей удалена опухолевая масса, имеющая на срезе желтозатый, салыный вид. Опухоль прорастает из глубины, через щель, образовавшуюся между левой носовой костью и смещенным в лате-

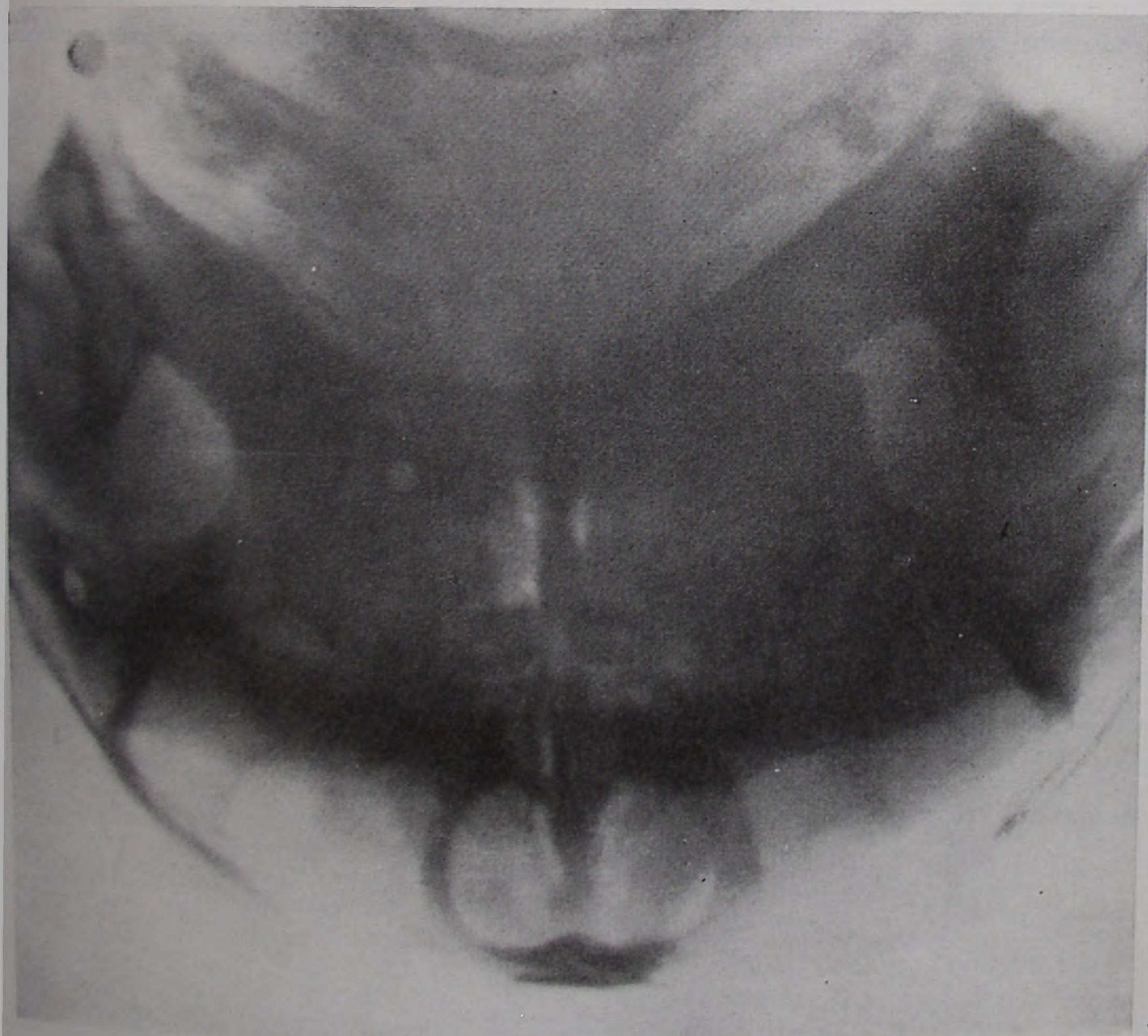
ральном направлении краем лобного отростка верхней челюсти. После рассечения ножки опухоли начинает вытекать спинномозговая жидкость. Ниже надпереносья выявляется дефект лобной кости, покрытый перепонкой, на которой не наблюдается пульсации. После того как большая часть спинномозговой жидкости была выпущена, появилась отчетливая пульсация. — 2. При втором оперативном вмешательстве была произведена экстирпация опухоли в наружном углу левого глаза и произведена восстановительная операция по поводу колобом века. При гистологическом исследовании удаленные массы напоминают глиоматозную ткань претерпевшую желатинозную дегенерацию; опухоль, удаленная из угла глаза, пронизана канальцами, выстланными многослойным переходным эпителием. — 3. Внешний вид лица мальчика в возрасте 10 лет. Ненормальная конфигурация середины лица, дугообразный горб спинки носа. Гипоплазия и выворот левого нижнего века, обусловленные давлением опухоли.



(1)

(2)

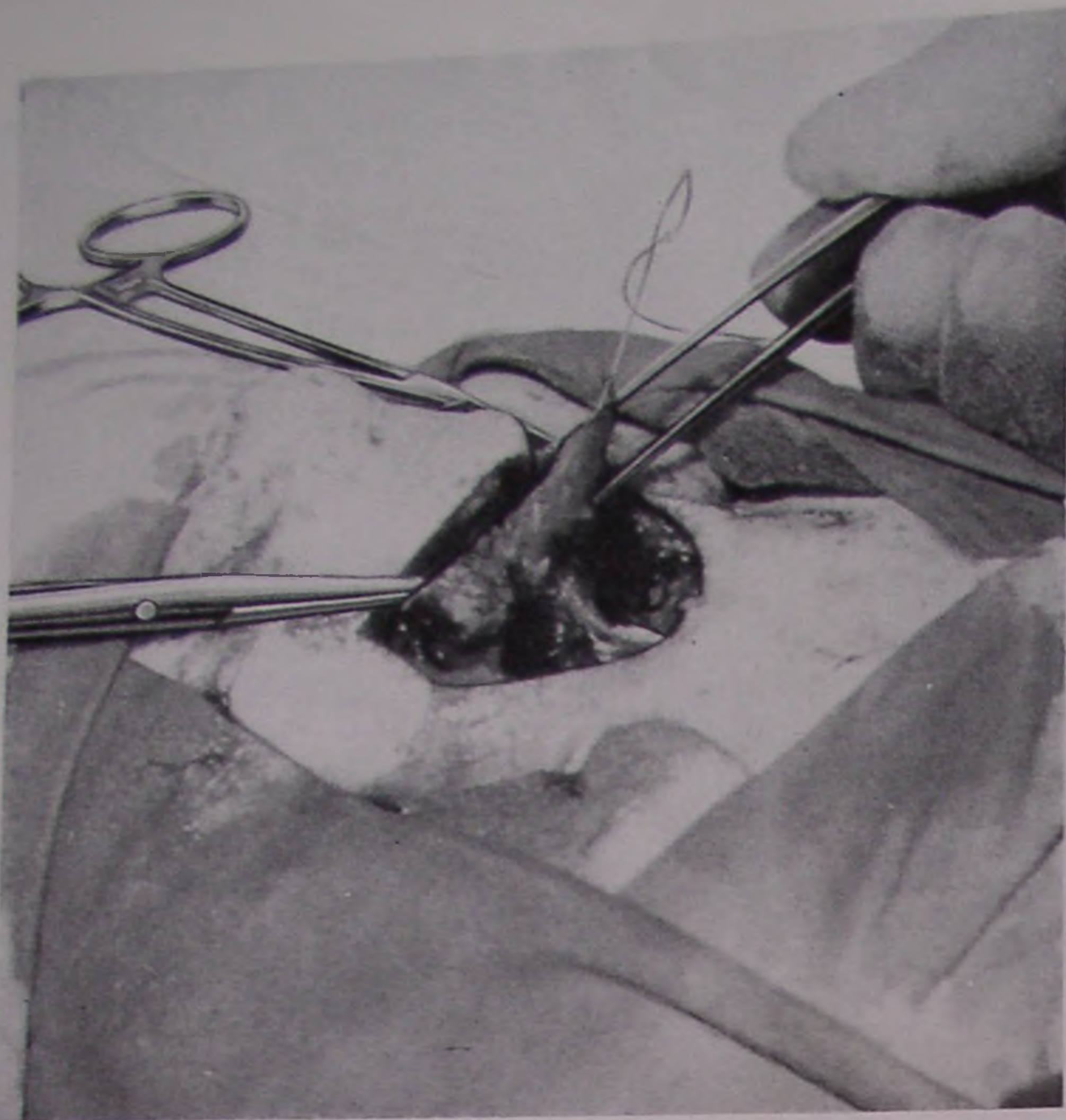
(3)



(4)

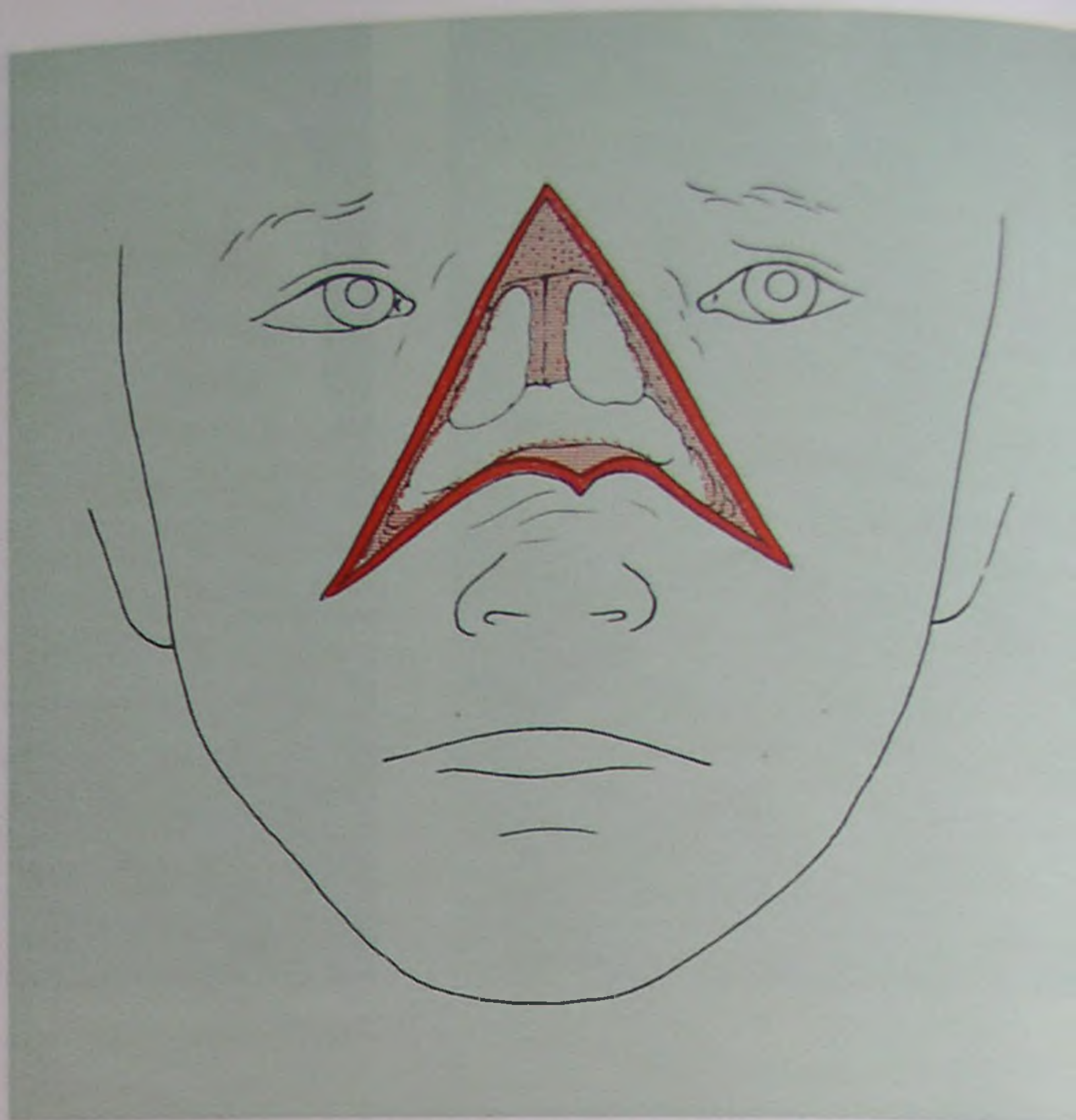
Р И С. 15.

Мозговая грыжа. Больной Д. И., 4 лет, ист. болезни № 20 319. 1, 2. Средняя зона лица сильно возвышена. Поверхность лба расположена в одной плоскости с выступающей наподобие вала опухолью, распространяющейся книзу до кончика носа, а в стороны до век и области щек. — 3. На ретинограмме лобная кость переходит в расположенную выше надпереносья короткую костную пластинку. Под ней находится широкое отверстие, ведущее в черепную коробку. — 4. В вертикальной проекции это отверстие ограничено крышеобразной структурой, в области боковых столбиков отверстие напоминает сечение толстостенной трубы, разделенной в нижней части перегородкой. — 5, 6. При операции была произведена экстирпация фиброзно-жирового образования, проникающего из-под выступа лобной кости через широкие отверстия, образовавшиеся между выемкой в лобном отростке верхней челюсти и средней костной пластинкой, соответствующей по своей структуре носовой перегородке. — 7. Боковые столбики



(5)

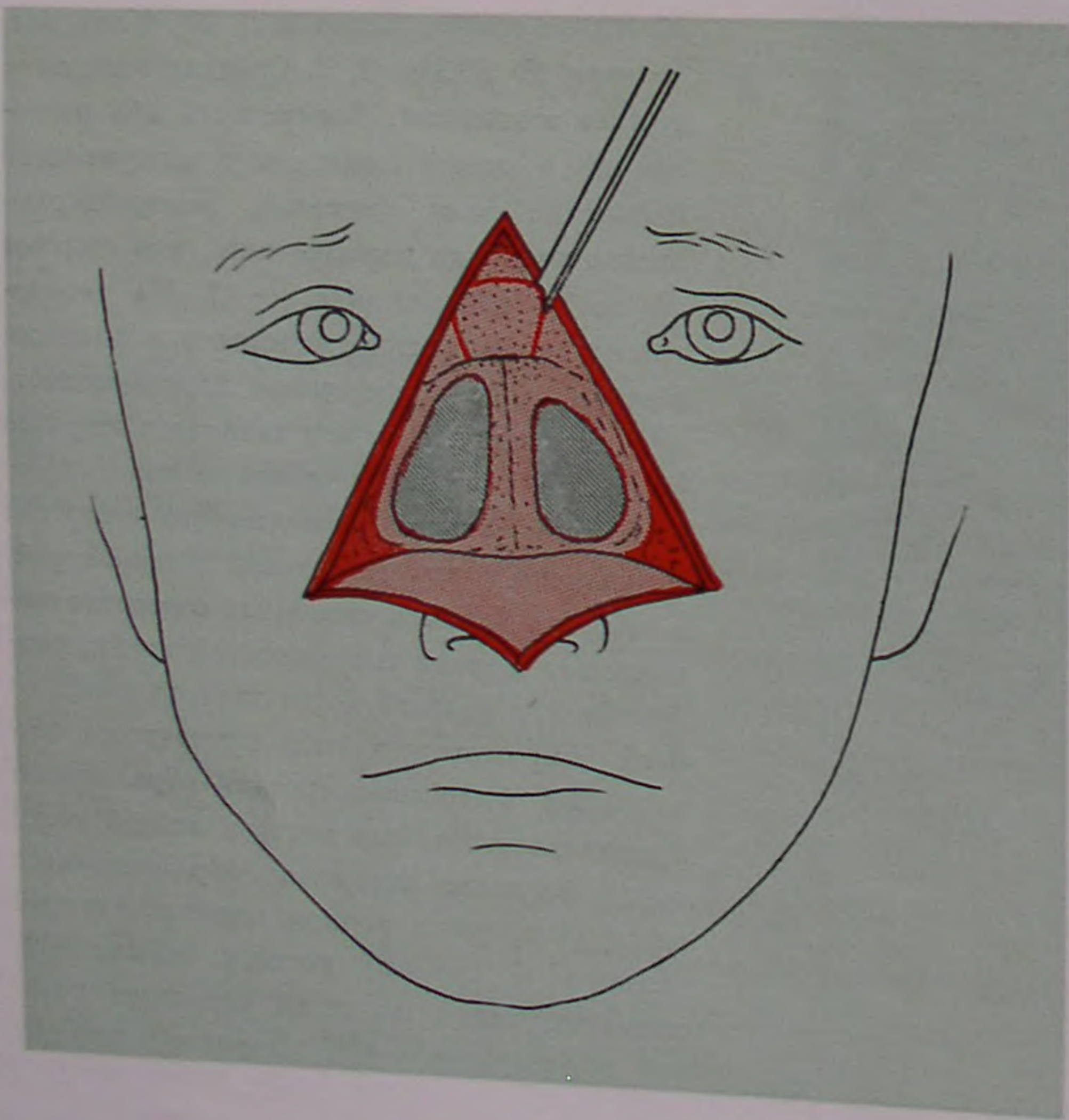
костного отверстия опираются на края глазниц. Эти стенки отверстия удалены долотом субпериостально. — 8. Созданы три



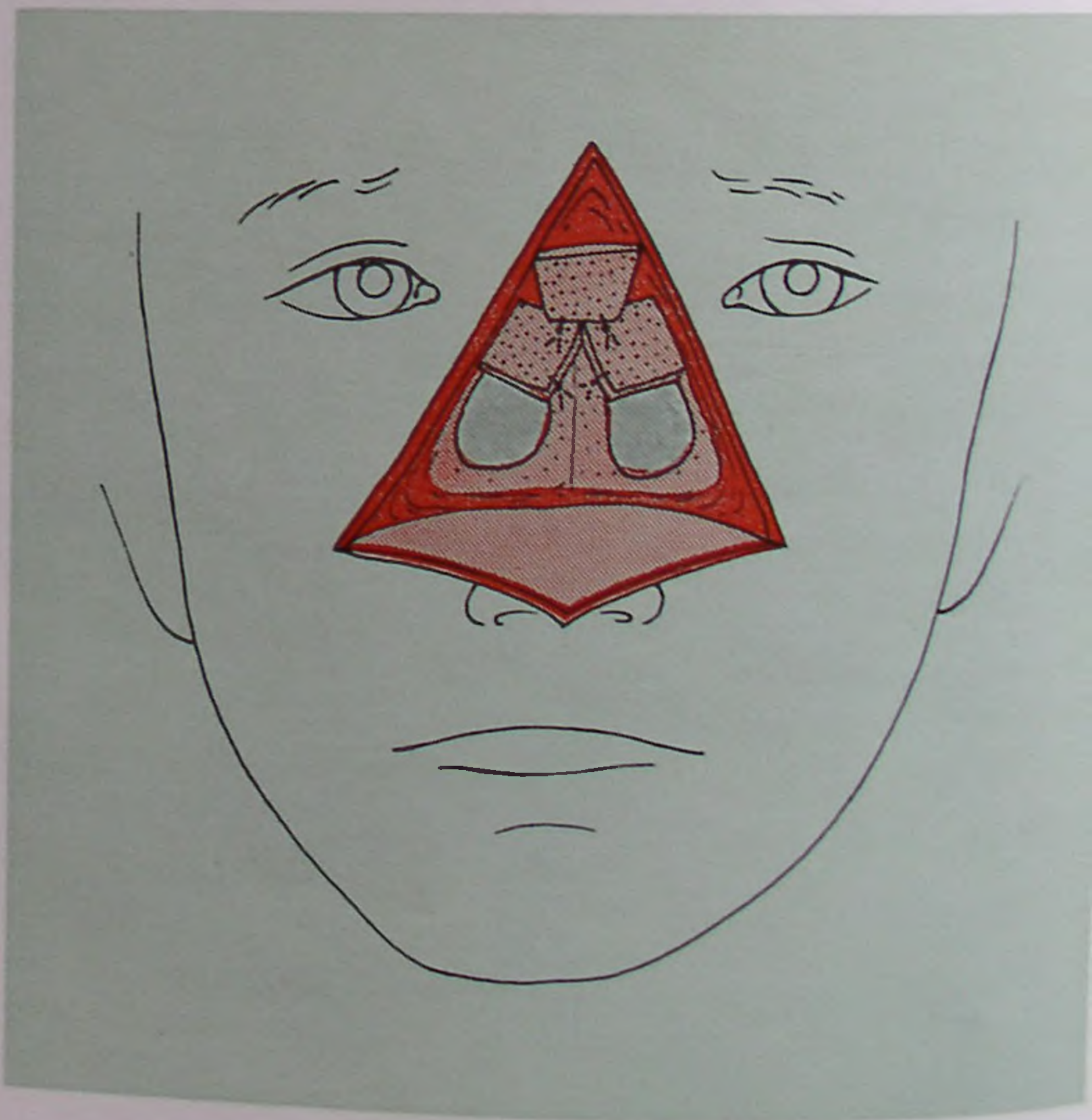
(6)

пластинки, верхняя из которых опрокинута вниз, боковые в медиальном направлении. Фиксация кетгутowymi швами. Эт

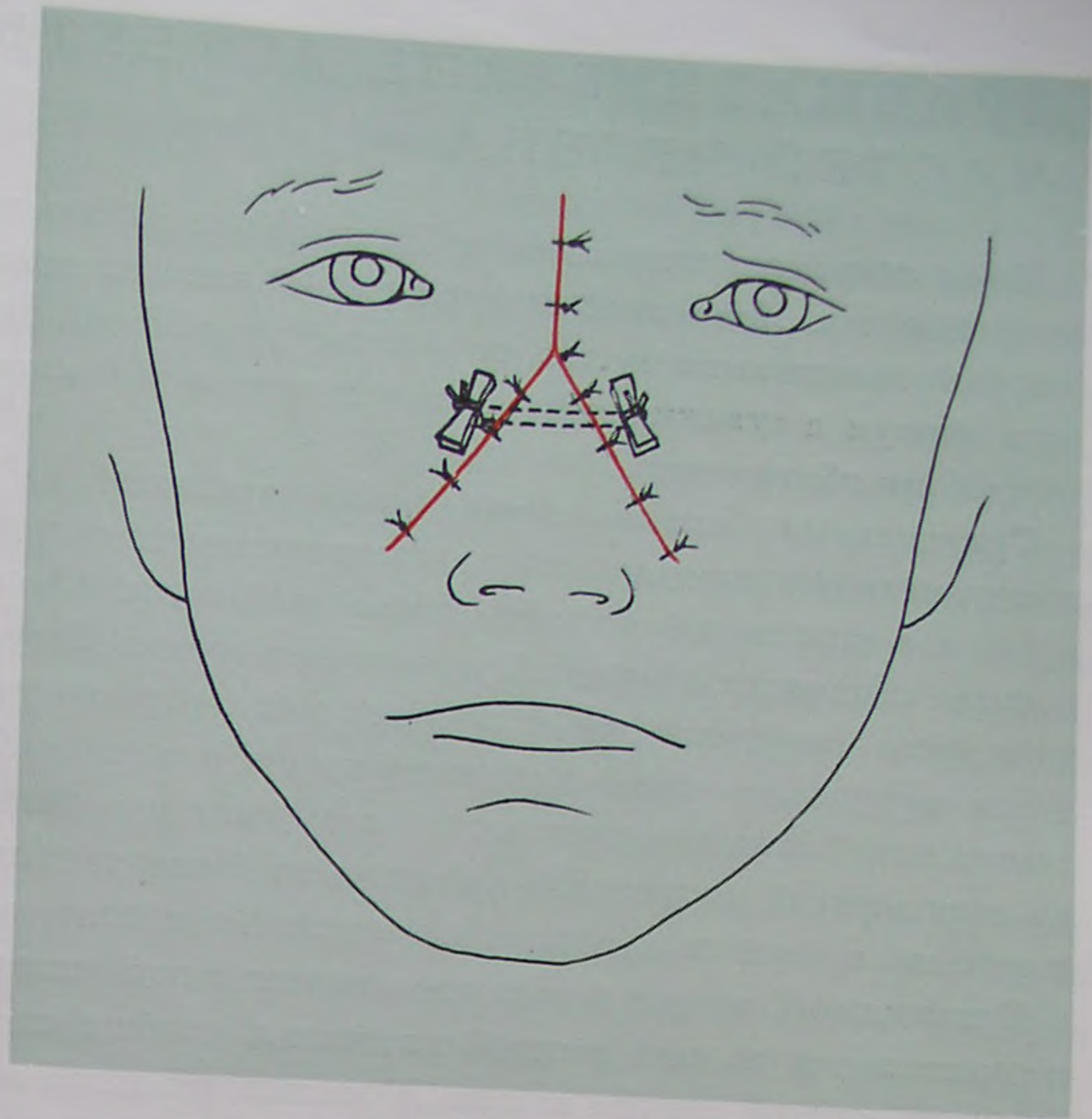
(7)



(8)

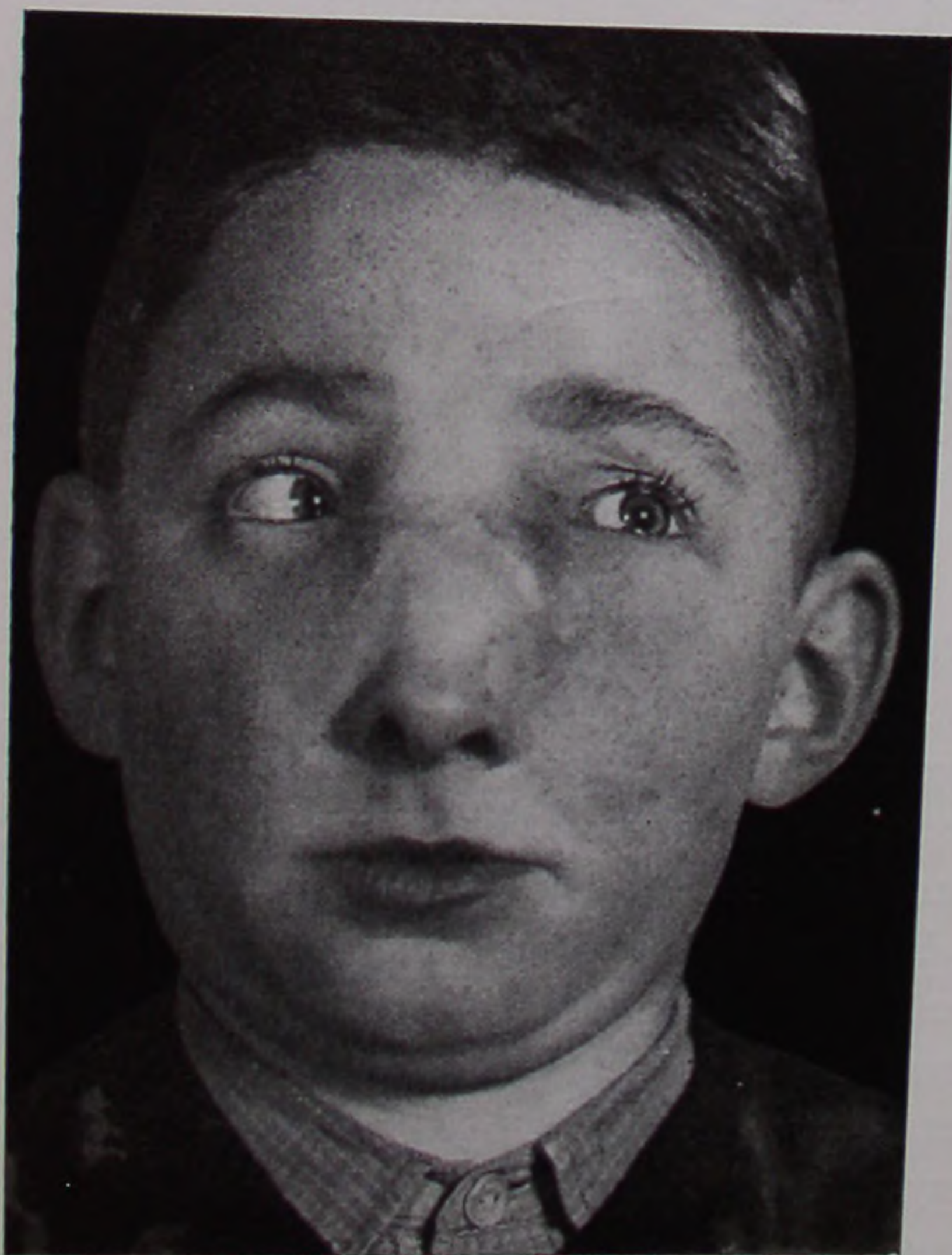


путем удалось закрыть отверстие, ведущее в полость черепа. —
9. Произведена мобилизации кожи щек, сближение краев раны
и их фиксация при помощи матрацных швов, между которыми
введены в рану полоски дренажа. При гистологическом исследо-
вании обнаружена ткань неврофиброзного характера. — 10, 11.
В семилетнем возрасте нос у мальчика продолжает оставаться
слишком длинным и широким в области переносья. В связи
с этим в дальнейшем потребуются произвести пластическую опе-
рацию. — Психическое развитие мальчика протекает нормально.

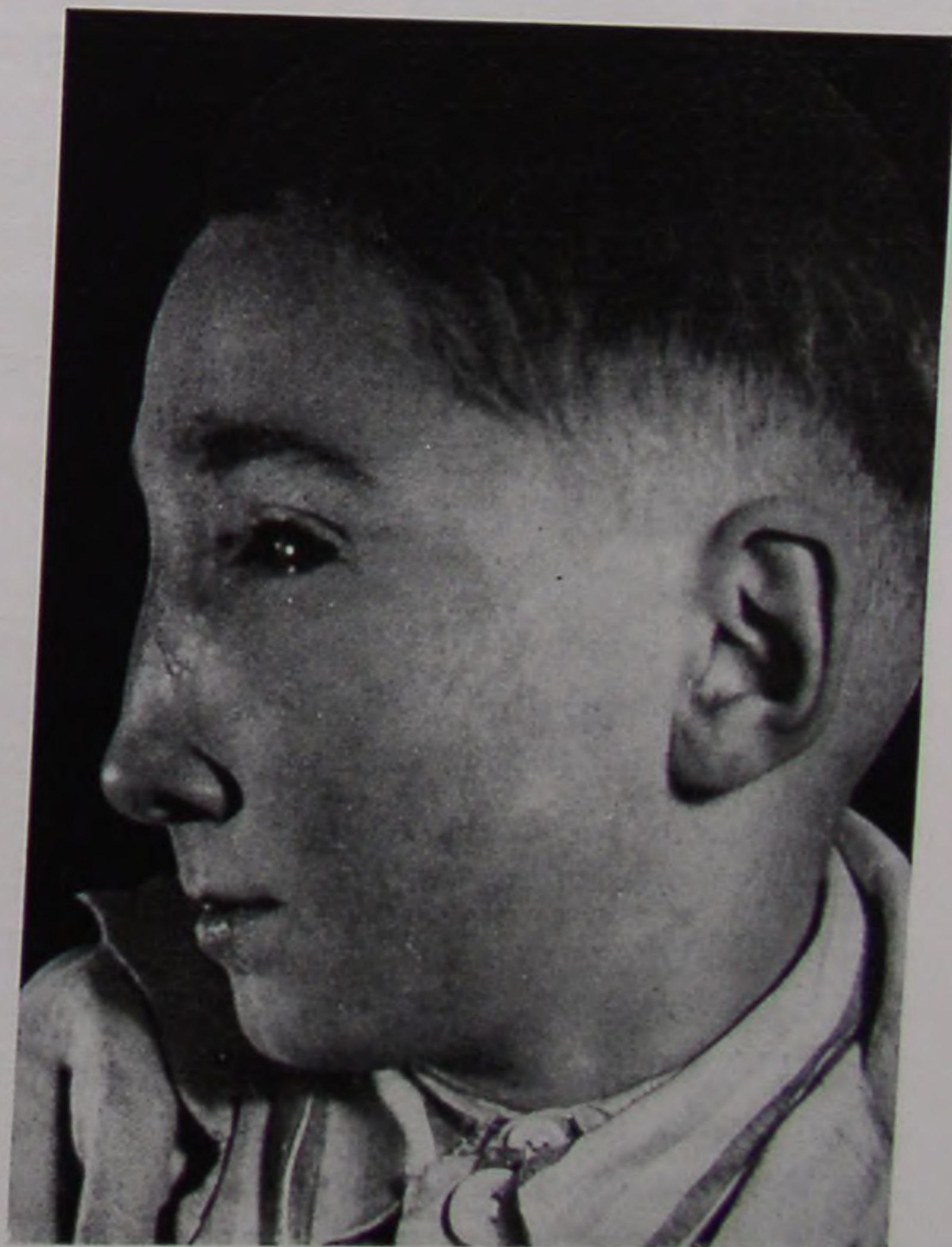


(9)

(10)



(11)



ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТИ ЧАСТЕЙ ЧЕРЕПА

Череп покрывает толстая кожа. По направлению к затылку толщина кожи увеличивается. Под кожей имеется тонкий слой плотного, зернистого жира, который пронизывает густая сеть соединительнотканых пучков, соединяющих кориум с сухожильным покровом черепа в единое в функциональном отношении образование.

Сухожильный покров черепа (*galea aponeurotica*) представляет собой соединительнотканную перепонку, соединяющуюся спереди с лобной мышцей, а сзади с затылочной мышцей; после раздвоения оба листка сухожильного покрова становятся оболочкой упомянутых мышц. Спереди глубокий листок апоневроза прикрепляется к надкостнице верхнего края глазницы, в то время как поверхностный листок переходит в кожу в области бровей. Сзади сухожильный покров черепа вместе с мышцей прикрепляется к надкостнице по ходу верхней затылочной линии, а по бокам в области височных линий переходит в периост и спускается отдельными полосами до скуловой дуги.

Сухожильный покров черепа соединяется с надкостницей рыхло. Эта связь осуществляется за счет рыхлой клетчатки, сообщающей значительную подвижность мягким тканям черепа. У маленьких детей надкостница соединена с костью очень неплотно. В более старшем возрасте это соединение становится более прочным в области швов. В пожилом возрасте плотное соединение надкостницы с костью имеет место по всей поверхности черепа. В коже черепа большое количество кровеносных сосудов; артериальные сплетения расположены в подкожной клетчатке. Под сухожильным покровом черепа находятся лишь мелкие сосуды и анастомозы к пазухам твердой мозговой оболочки. В области волосистой части головы имеется большое количество сальных желез. После выпадения волос кожа атрофируется и истончается.

Края кожных ран, если рассечен и сухожильный покров черепа, широко расходятся, за исключением ран, расположенных в саггитальном направлении. Раны проникающие только через кожу, хорошо заживают, причем это касается даже крупных рваных кожных лоскутов, соединяющихся с окружающей кожей при помощи довольно узких мостиков.

СКАЛЬПИРОВАНИЕ

Типичным ранением является скальпирование — отрыв покрытой волосяным покровом части кожи. Результаты и размеры повреждения зависят от скорости и величины приложенной силы, а также от того, в сколь короткий срок удалось приостановить воздействие этой силы. Если захватывается небольшой участок волосяного покрова, то наступает разрыв кожи вдоль корешков захваченного клокa волос. Оторванной может быть только кожа, в то время как сухожильный покров черепа остается нетронутым. Однако при большинстве травм, причиненных машинами, отрывается и сухожильный покров черепа на всем его протяжении между лобной и затылочной мышцами. В наиболее тяжелых случаях отрываются в различном объеме и обе упомянутые мышцы, кожа в области лба вместе с бровями,

кожа височной области в некоторых случаях вместе с веком или частью щеки; нередко отрывается одновременно и ушная раковина.

Ранение мягких покровов головы сопровождается значительным кровотечением, которое, однако, легко останавливается путем наложения давящей повязки. Шок, в столь выраженной форме, как при других тяжелых травмах, приходится наблюдать довольно редко, зато психическое потрясение и ужас от случившегося бывают выражены весьма сильно.

При оказании помощи раненому требуется прежде всего позаботиться о предупреждении развития шока. Если при поступлении в больницу еще кровоточат некоторые сосуды, то их следует сразу же захватить зажимами и перевязать. Для того, чтобы больного успокоить, в большинстве случаев бывает достаточным ласковое слово, тепло, черный кофе, инъекция Долсина. В более тяжелых случаях следует произвести инфузию плазмы, а в некоторых случаях и переливание крови. По прошествии 2—3 часов можно произвести окончательную хирургическую обработку раны.

Если скальп поврежден не слишком сильно, то после соответствующей обработки он может быть использован (р и с. 17). Для этого следует сбрить с него волосы, поверхность тщательно вымыть водой с мылом, повторно ополоснуть скальп в физиологическом растворе, высушить и разрезать на ленты шириной примерно в 6 см. Выкроенные ленты кожи последовательно приклеивают к дерматому, при помощи которого с них срезается самый нижний слой кориума с жировой клетчаткой и волосяными сумками. Дермо-эпидермальные ленты складываются окровавленными поверхностями внутрь, заворачиваются в марлю, пропитанную физиологическим раствором с добавлением антибиотиков (1 г стрептомицина и 500 000 Е пенициллина на 100 г физиологического раствора) и укладываются в хорошо закрытых сосудах в холодильник, где их хранят вплоть до использования.

Операция должна производиться с большой осторожностью и соблюдением щадящих принципов. Из раны должны быть удалены все инородные тела путем повторного промывания физиологическим раствором, а боковые разрывы кожи зашиты. Надорванные лоскуты кожи следует уложить на свое место, у оторванных лоскутов тщательно проверить их жизнеспособность.

Затем кожные края раны сближают и на всем протяжении дефекта сшивают при помощи матрацных швов (р и с. 16). Под нитями матрацных швов протягивают дермо-эпидермальные ленты, выкроенные из скальпа или взятые с какого-либо другого места поверхности тела. Между лентами должны оставаться зазоры шириной 2—3 мм. Из под трансплантата необходимо тщательно удалить скопившийся под ним воздух, кровь и плазму! На рану накладывают мазевую повязку, несколько слоев пропитанной физиологическим раствором марли, затем слой сухой марли и нарванной в клочья ваты, а поверх всего этого — эластическую давящую повязку.

Если травма сопряжена с потерей надкостницы, целесообразно уложить на рану в качестве временного покрова выкроенные из скальпа дермо-эпидермальные ленты, кожные лоскуты, взятые с других мест, или гомотрансплантаты из тканехранилищ. Под этим покровом на поверхности кости наступает процесс рассасывания пересаженной ткани. По прошествии нескольких недель грануляции насквозь прорастут этот слой и разделят его

на островки, которые могут быть без особого труда удалены. В конце концов на поверхности черепа образуется обширная гранулирующая рана, подлежащая дальнейшему лечению.

Если периост оторван на ограниченном участке поверхности черепа, то следует подумать, нельзя ли на этот лишенный периоста участок пересадить кожный лоскут, граничащий с дефектом, а на его место пересадить дермо-эпидермальный трансплантат. Такое мероприятие целесообразно при частичном скальпировании участков, расположенных непосредственно над лобной областью. При этом следует восстановить границу волосяного покрова, а затем уже без особого труда закрыть вторично образовавшийся дефект.

В случае отрыва надкостницы и обширного обнажения кости можно было бы в качестве первичного мероприятия удалить долотом наружный компактный слой кости, а на губчатую кость уложить дермо-эпидермальные трансплантаты. Естественно, что непосредственно после травмы такое мероприятие было бы для больного слишком тяжелым. Через 7—10 дней можно, однако, высверлить в наружном кортикальном слое немногочисленные отверстия и осторожно удалить кость, расположенную между отдельными отверстиями, производя отдельные вмешательства с перерывом в несколько дней. Этим путем в относительно короткий срок удастся вскрыть на всем протяжении дефекта губчатую кость, после чего можно бывает сразу же перейти к пересадке кожи. Позже, когда наружный кортикальный слой кости становится разделен на неодинаковые по величине островки, рекомендуется для ускорения процессов заживления удалить эти островки при помощи долота.

Следует считаться с тем, что покров, созданный путем пересадки дермо-эпидермальных лоскутов, со временем сморщится, обуславливая натяжение прилегающих к нему участков кожи; если в результате травмы была скальпирована и часть кожи области лба, то в некоторых случаях наступают серьезные деформации наружных углов глаз, бровей и век (рис. 18). Недостающая кожа лба должна быть замещена путем пересадки в дефект кожного лоскута.

Ранения типа скальпирования возникают и при автомобильных авариях. Пешеход, сбитый автомобилем, падает таким образом, что автомобильная шина захватывает у пострадавшего волосы и кожу, покрывающую череп, сдирая ее на определенном участке. Кожный лоскут свисает при этом с той стороны головы, которая касается земли, так как колесо, причинив травму, быстро перемещается вперед. При такой травме лоскут бывает сильно поврежден, так что в некоторых случаях его части должны быть удалены, а возникающий дефект кожного покрова замещен дермо-эпидермальным трансплантатом. Лица, путешествующие в автомобиле, при аварии могут получить ранения типа скальпирования в результате удара головой о разбитое стекло (рис. 19).

Электрический ток, особенно высокого напряжения, разрушает мягкие части черепа в различной степени. При электротравме наступает коагуляция мягких покровов, причем очень часто одновременно бывает повреждена и кость. Решить вопрос о степени повреждения кости сразу же после травмы бывает невозможно. Вся толща пораженной кости черепа может превра-

таться в зернистую, крошащуюся массу, которая в конце концов распадается. Образуются большие сквозные дефекты. После ожогов тоже могут в конце концов возникнуть такие же дефекты, какие приходится наблюдать при скальпировании.

При любом виде скальпирования необходимо заместить потерянные мягкие части методом свободной пересадки кожи. В случае застарелых, сильно инфицированных ран трансплантация часто оказывается безуспешной. Если же пересадку кожи удастся произвести, то достигается она наименее совершенным способом, а именно — путем применения метода Ольше Тирша или погружного способа Брауна. Возникающий в результате такой трансплантации кожный покров бывает мало резистентным, под париком наступает его мацерация, образуются трещины и язвы, персистирующие на протяжении многих лет и перерождающиеся в конце концов в карциному. Поэтому следует внимательно следить за всеми лицами, перенесшими травму, а в случае появления признаков недостаточности образовавшегося кожного покрова настаивать, чтобы была осуществлена пересадка кожи в форме стебельчатых лоскутов, которые берут с живота или туловища и переносят на дефект через промежуточного реципиента.

ТРАВМЫ ЧЕРЕПА

При травмах черепа следует учитывать возможность ранения мозга или развития внутричерепного кровотечения. При тяжелых, главным образом тупых травмах области черепа (удар головой о приборную доску автомобиля, удар головой о стол или капот машины при мотоциклетных авариях) возникают оскольчатые переломы стенок лобных и гайморовых пазух, распространяющиеся и на передние отделы основания черепа (лобно-базальные травмы). Чрезмерно быстрое сдавление воздуха, содержащегося в лобной пазухе, ведет к раздроблению ее задней стенки. Аналогично происходит и раздробление решетчатой пластинки. Резкий удар по глазному яблоку может обусловить возникновение оскольчатого перелома, наступающего в результате развития гидравлического давления (blow-out-fracture, Couverse). Жировая ткань и отломки стенки глазницы бывают в таких случаях вдавлены в гайморову полость, в результате чего возникает энофтальм. С другой стороны, при кровоизлиянии в глазницу развивается экзофтальм. Травма основания черепа может остаться нераспознанной, на рентгенограмме не удастся выявить перелома, вытекающую спинномозговую жидкость больной проглатывает, не отдавая себе в этом отчета. Диагноз можно поставить в том случае, если больного перевести в положение сидя и наклонить кпереди его голову; в таком случае спинномозговая жидкость начинает капать из носа.

Оказание помощи при травмах черепа входит в обязанности нейрохирургов. В том случае, если они сами не являются хорошими пластическими хирургами, следовало бы, чтобы они консультировались с ними. Имеется возможность производить непосредственно после травмы полную реконструкцию возникшего изъяна методом замещения кости черепа ауто трансплантата-

том, взятым или с внутренней поверхности подвздошной кости, или из ребра, или, наконец, из тканехранилища. Разрывы и дефекты твердой мозговой оболочки должны быть сразу же закрыты, в случае необходимости при использовании фасции. Дефекты мягких тканей можно закрыть путем перемещения выкроенных по соседству кожных лоскутов, а вторично возникшие дефекты закрыть путем свободной пересадки кожи.

Решая окончательно вопрос о первичном восстановлении поврежденного органа, следует тщательно взвесить все обстоятельства, сопровождавшие травму. Условием успеха являются безупречная хирургическая обработка раны.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ ЧЕРЕПА

Лечение дефектов черепа в настоящее время входит в компетенцию нейрохирургов. Показанием к операции являются не только тяжелые невротические состояния, эпилепсия и т. под., но и психические переживания, боязнь быть слишком заметным, опасение того, что человека с дефектами черепных костей считают психически больным.

Во время первой мировой войны и после нее операции при посттравматических дефектах черепа производились по истечении по крайней мере 6 месяцев после заживления раны. У больных без признаков раздражения коры мозга производилось иссечение рубца, края костного дефекта изолировались и освежались путем удаления долотом части наружного кортикального слоя, шириной приблизительно в 1 см, так что на краю кости возникала освеженная полоса костной ткани, на которую можно было пересаживать костный трансплантат. В качестве трансплантата применялась кость, взятая с внутренней поверхности подвздошной кости или из ребра, при дефектах небольших размеров пользовались иногда только реберным хрящом. Кожные дефекты небольших размеров закрывались взятыми по соседству лоскутами, вторично возникающие дефекты — методом свободной кожной пластики.

При выявлении признаков раздражения коры мозга, джексоновской эпилепсии и других нарушений, рубец иссекался не только на коже, но и на твердой мозговой оболочке и ткани мозга, одновременно удалялись и менингеальные кисты; обработка тканей производилась до тех пор, пока не появлялось хорошо выраженное пульсирование. На дефект пересаживали трансплантат из жировой ткани, затем трансплантат из кориума и жировой клетчатки. Сначала кориум вшивали в дефект твердой мозговой оболочки и только вторым этапом, спустя несколько месяцев после первой операции, производили пластику кости только что описанным способом (рис. 22); обязательным условием являлось отсутствие признаков раздражения мозга.

Небольшие дефекты черепа, в особенности круглой или овальной формы, можно с успехом закрыть взятыми по соседству с дефектом кожными лоскутами, содержащими удаленную долотом пластинку наружного кортикального слоя кости (метод Кэнига, рис. 21).

Большие кожные рубцы, расположенные прямо в месте дефекта, следует удалять в первый этап операции одновременно с перемещением прилегающей здоровой кожи. В таком случае вторичные дефекты костей черепа, покрытые свободными трансплантатами, окажутся во время производства главного оперативного вмешательства в стороне от операционного поля.

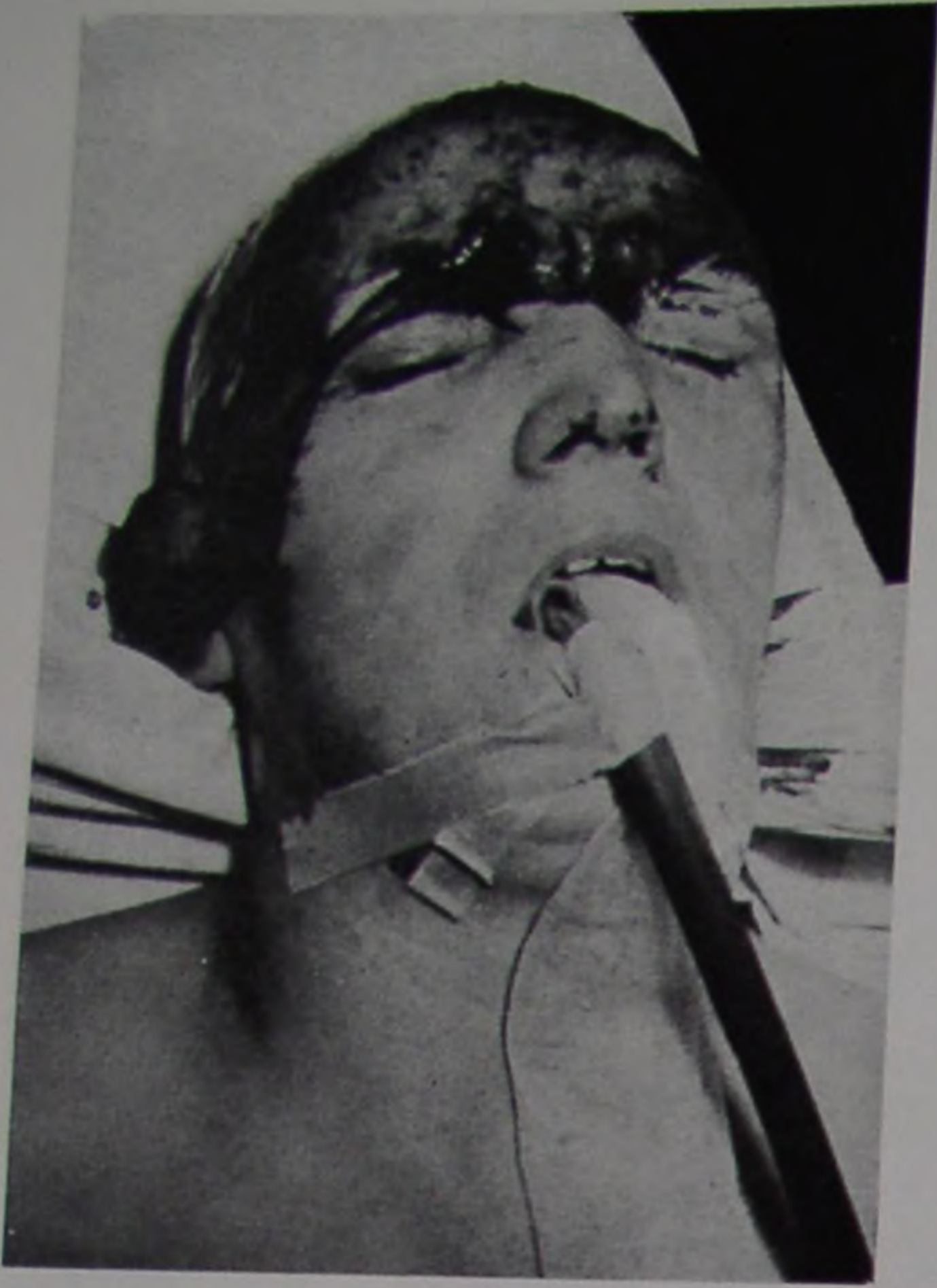


(2)

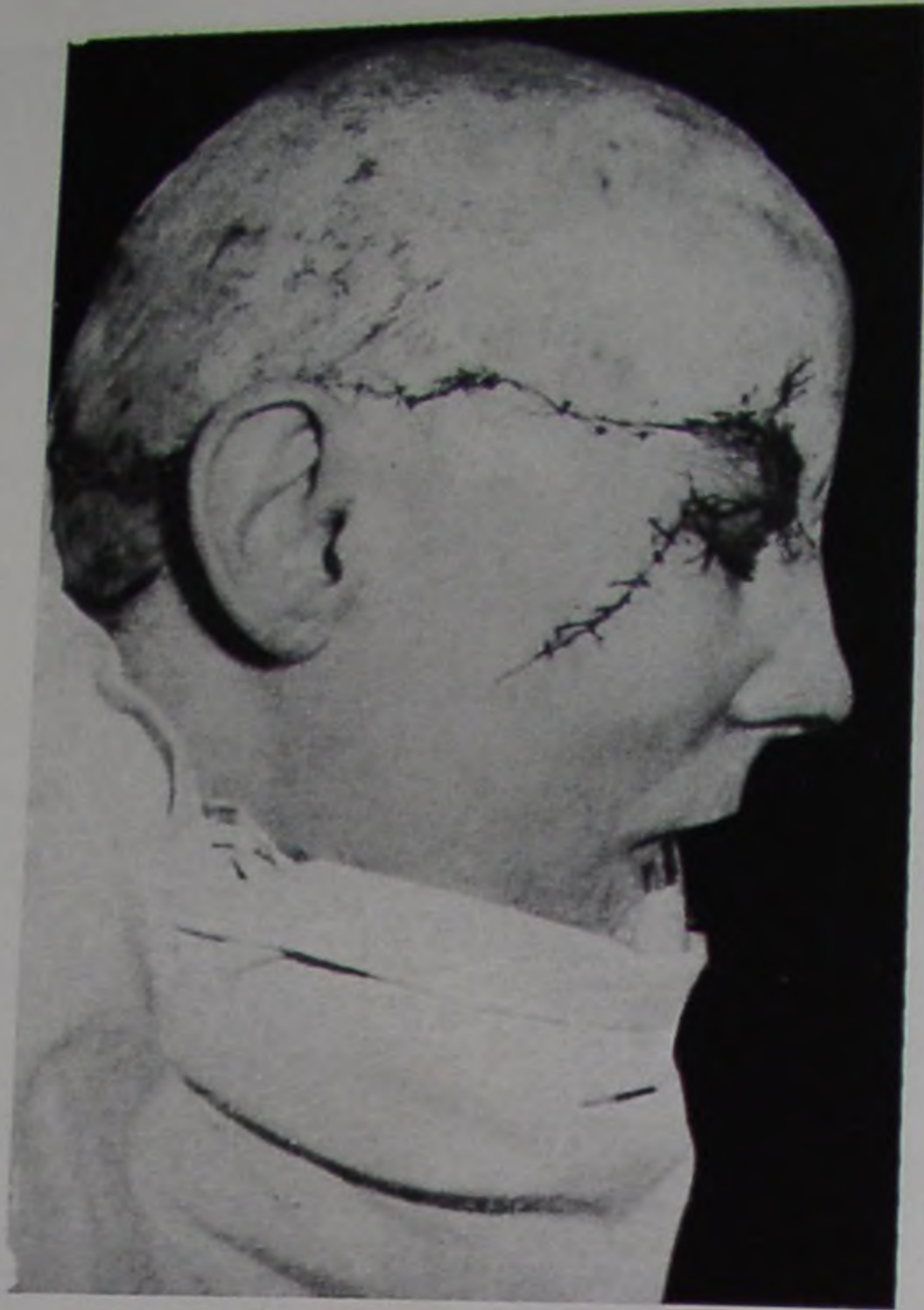
16.

вание половины теменной области головы. Больная лет, ист. болезни № 33 016. 1. Волосы больной были валом машины. Скальп не удалось спасти. В задней альпированной раны кожа разорвана по направлению исключения небольшого участка сохранилась вся ца. На этот участок перемещен периост, выкроенный из ежащего края кожи, так что в конце концов вся пораны оказалась покрытой надкостницей. Сильно

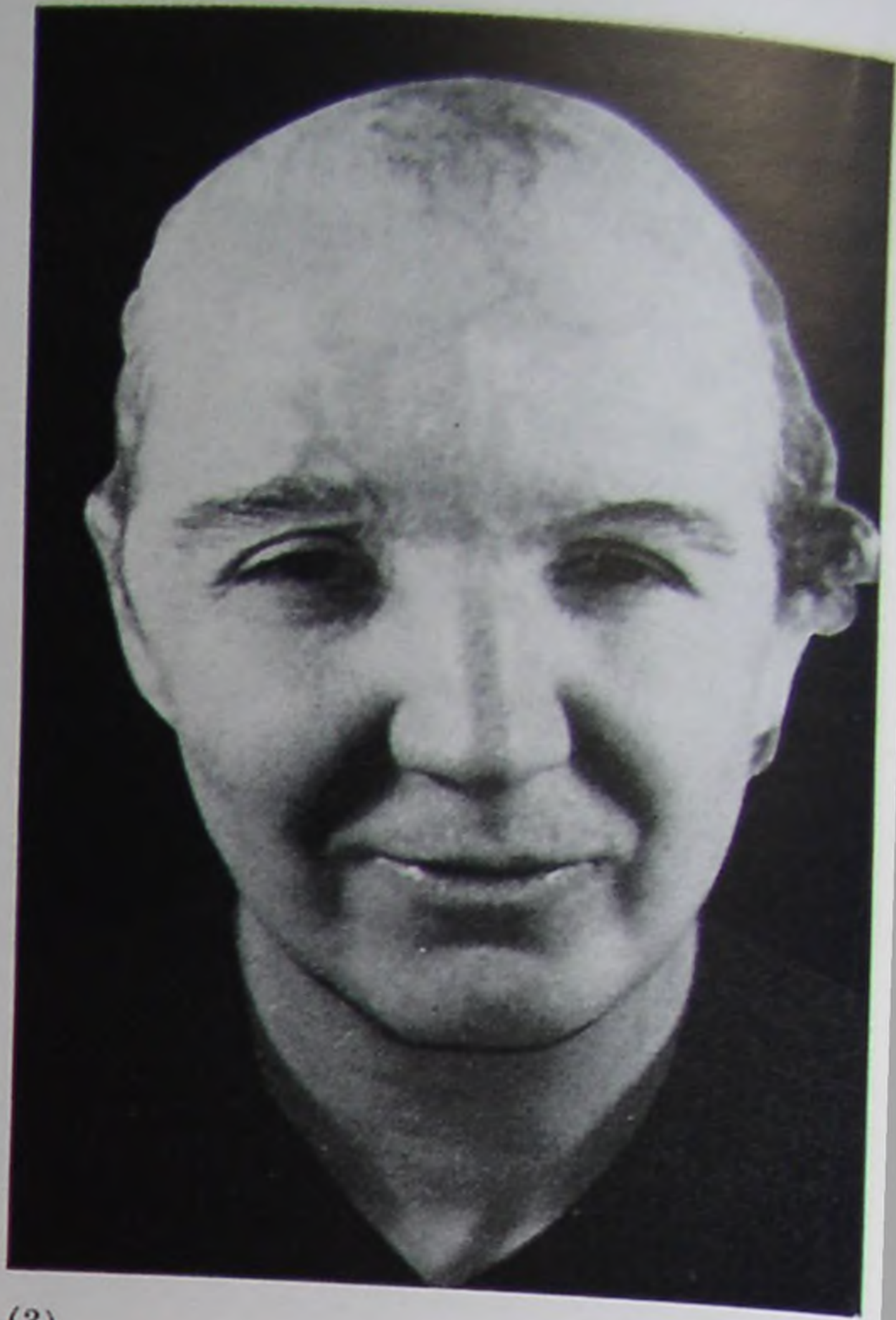
разошедшиеся края дефекта стянуты матрацными швами. Взятый с поверхности бедра дермо-эпидермальный трансплантат засунут под матрацные швы и пришит несколькими швами к краям дефекта (как на рис. 15). — 2. Состояние после излечения. Больная сможет прикрывать дефект густыми волосами другой половины головы. Планируется, что в дальнейшем покрытый волосами лоскут будет перенесен к границе лба. Операцию произвел Мирослав Фара.



(1)

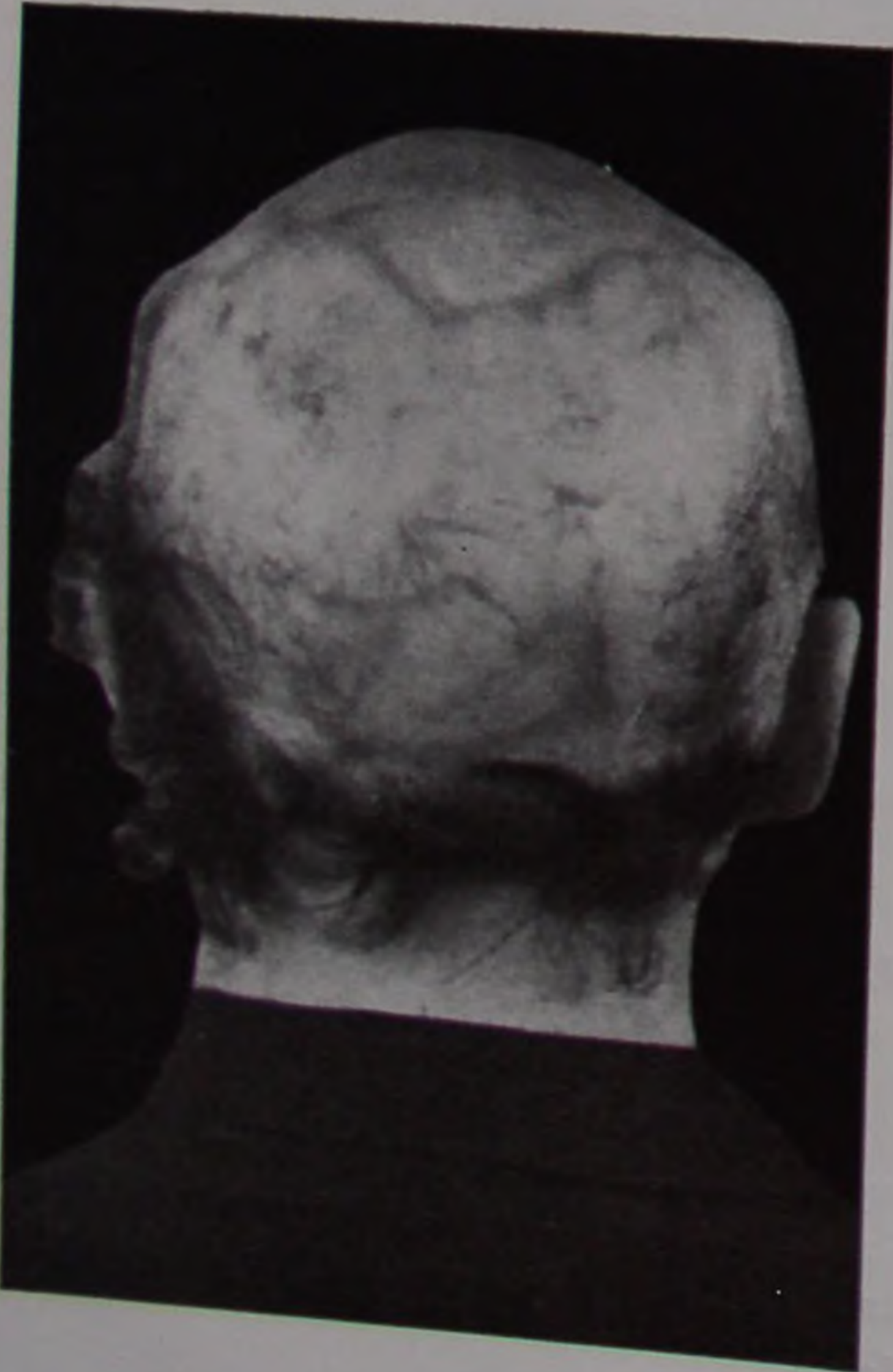


(2)



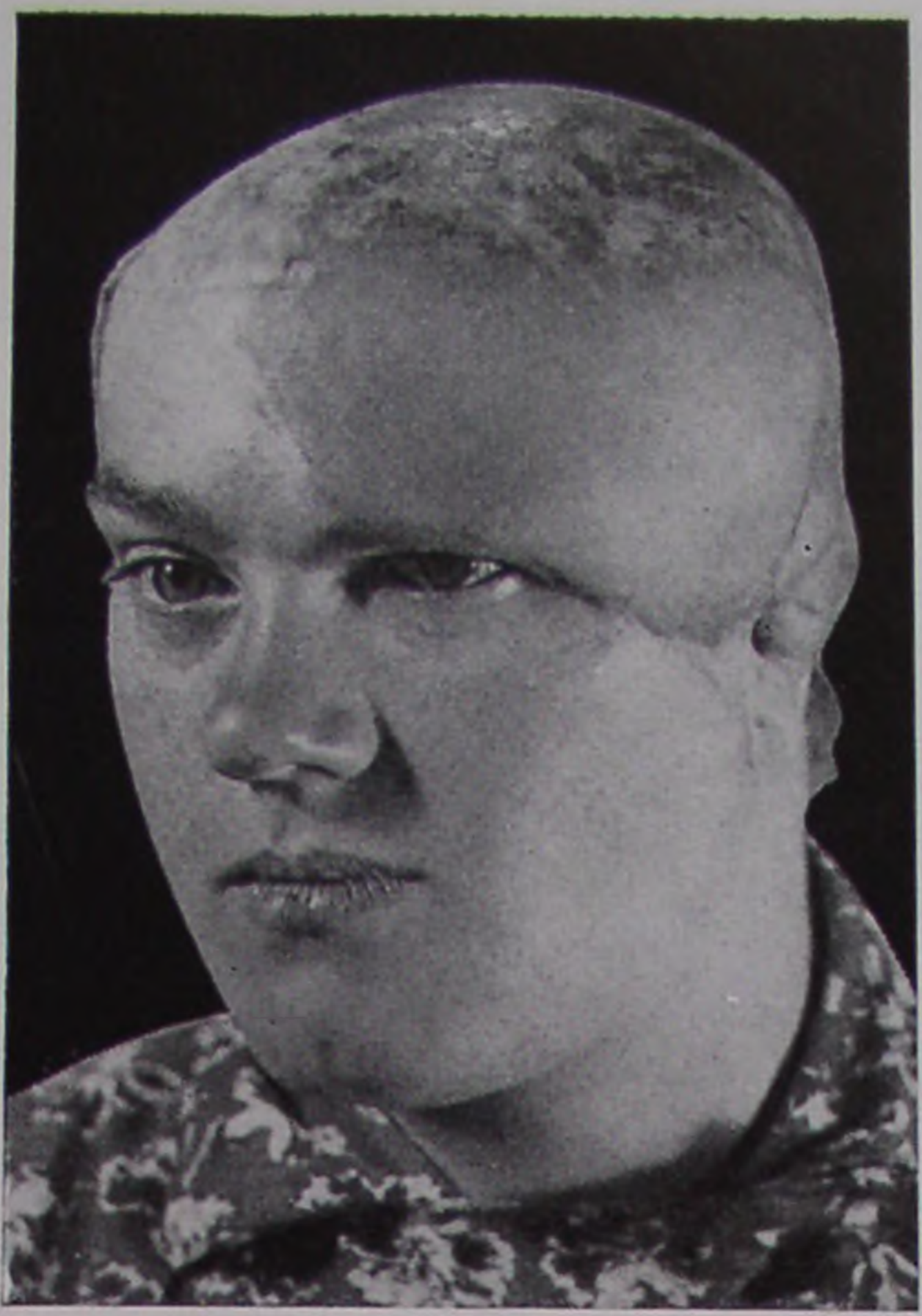
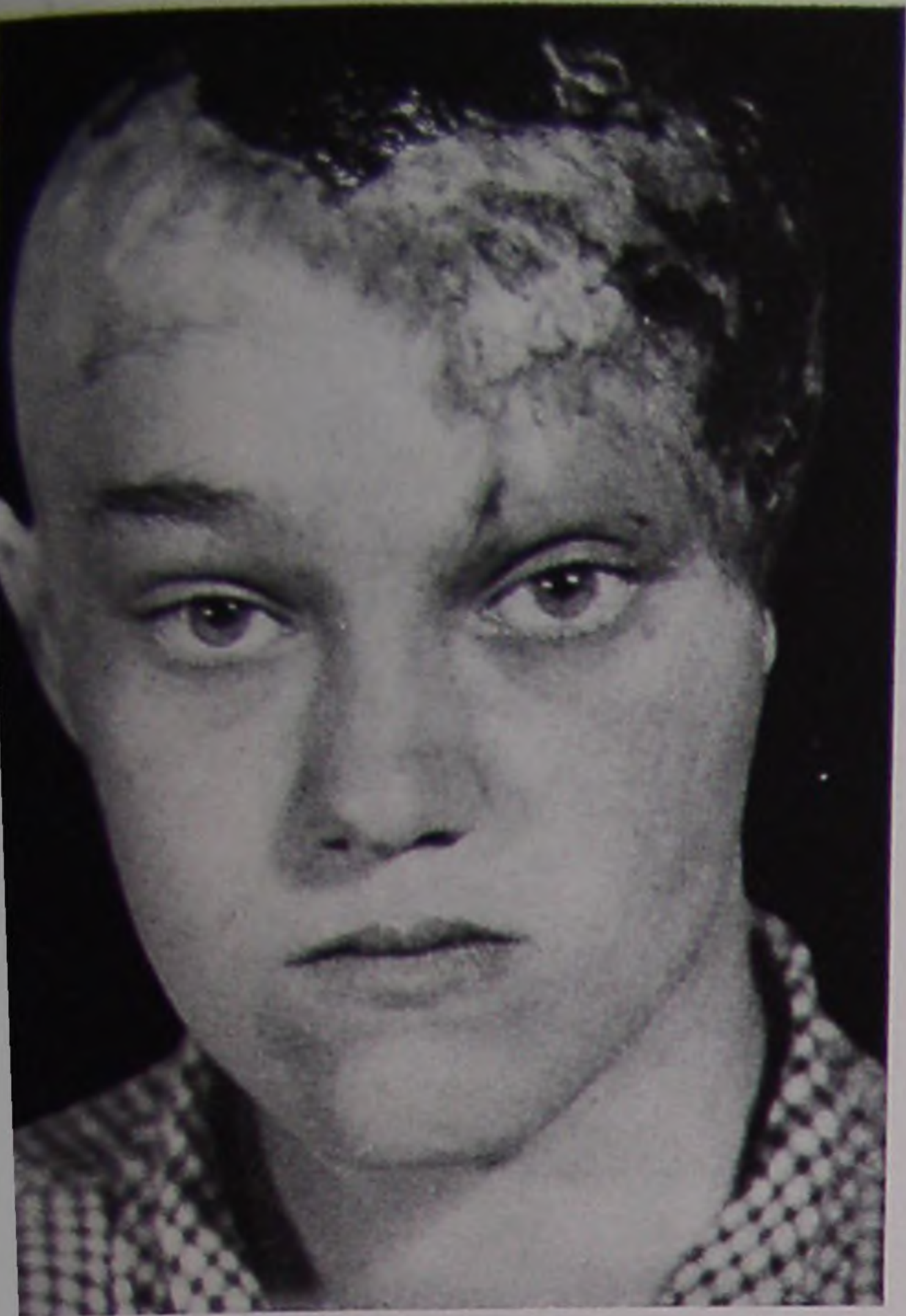
(3)

(4)



Р И С. 17.

Производственная травма; сорванная кожа лица с частью бровей. Больная М. С., 40 лет, ист. болезни № 43 898. 1. Перист, за исключением расположенной в сагитальном направлении полосы шириной 2—3 см, сохранился. Скальп был доставлен в клинику; после тщательной обработки из него был изготовлен дермо-эпидермальный трансплантат. — 2. У больного не наступило шока, так что уже через 5 часов после травмы можно было произвести операцию. Трансплантаты прижили, за исключением небольших некротических очагов и довольно широкой полосы на темени, лишенной при травме периста. — 3, 4. Там, где не наступило приживания, был удален долотом наружный кортикальный слой и произведена в три этапа пересадка небольших лоскутов. Все лечение длилось 5 месяцев.



(2)

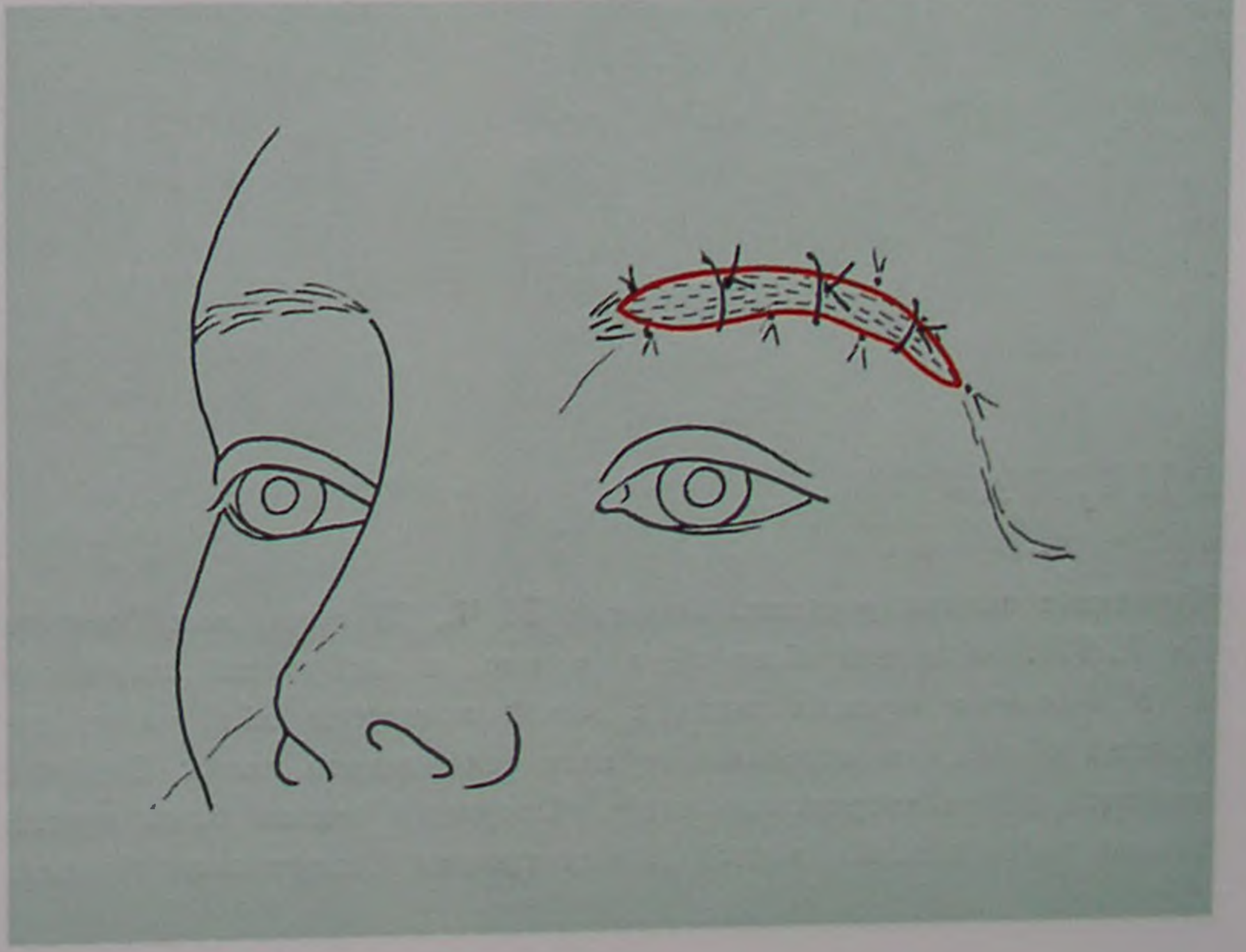
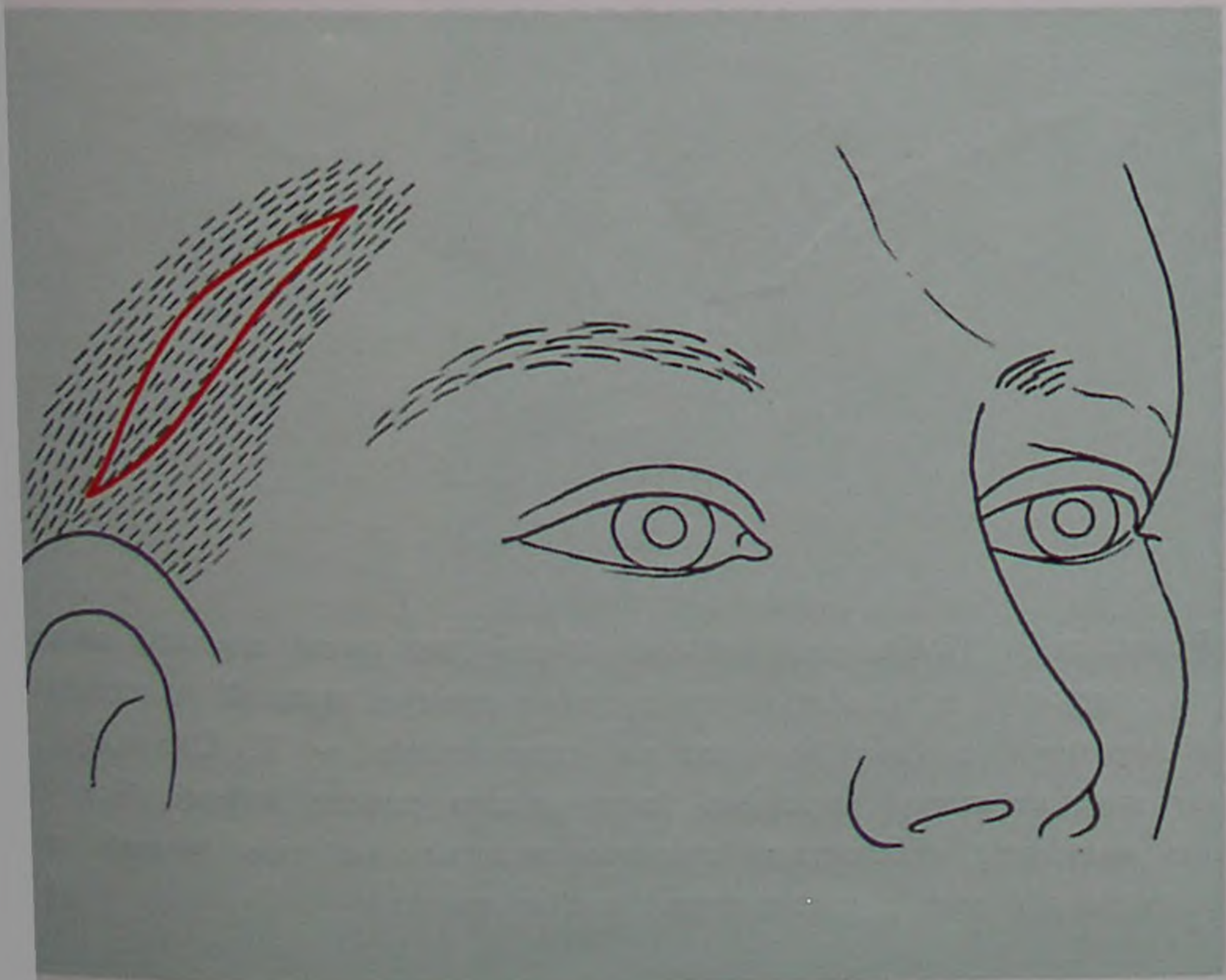
(5)

И С. 18.

льное скальпирование, наступившее при выполнении сельскохозяйственной работы. Больная М. К., 17 лет, ист. болезни 5798. 1. Потеря кожи всего черепа, кожи левой половины с бровью и левой ушной раковины. Ось молотилки захватила платье девушки и притянуло ее к машине, которую не удалось сразу остановить. Больная в течение 10 месяцев лечилась в провинциальной больнице, где были несколько раз сделаны

попытки произвести трансплантацию. На грануляциях все еще выявляется большое количество костных пластинок наружного кортикального слоя. Грануляции сильно инфицированы. — 2. Во время санации грануляций на животе был приготовлен стебельчатый лоскут, перенесенный в дальнейшем через правое предплечье на лоб и височную область. — 3. Для пластики брови подготовлена покрытая волосами кожная лента, взятая из правой височной области. — 4. Пересадка трансплантата окончена. — 5. Излечение наступило после 14-недельного пребывания больной в клинике. Операцию произвел Вацлав Карфик.

(4)





(1)



(2)

Р И С. 19.

Частичное скальпирование. Больной В. Ч., 51 года, ист. болезни № 25670. Больной был сбит с ног и отброшен машиной. 1. У больного сорвана кожа с левой половины лба, части теменной области и оторвано верхнее веко левого глаза. Больной перенес жёсткое сотрясение мозга. Операция могла быть произведена через несколько часов после травмы (оперировал Ярослав

Вейможа). После тщательной обработки раны скальп, высеженный на широкой ножке и спускавшийся поверх правой половины лба к переносице, был пришит на свое место. — 2. Оказалось, что не хватает кожи верхнего века левого глаза; дефект был сразу же замещен свободным трансплантатом во всю толщину кожи, взятым из левой позадишной области.

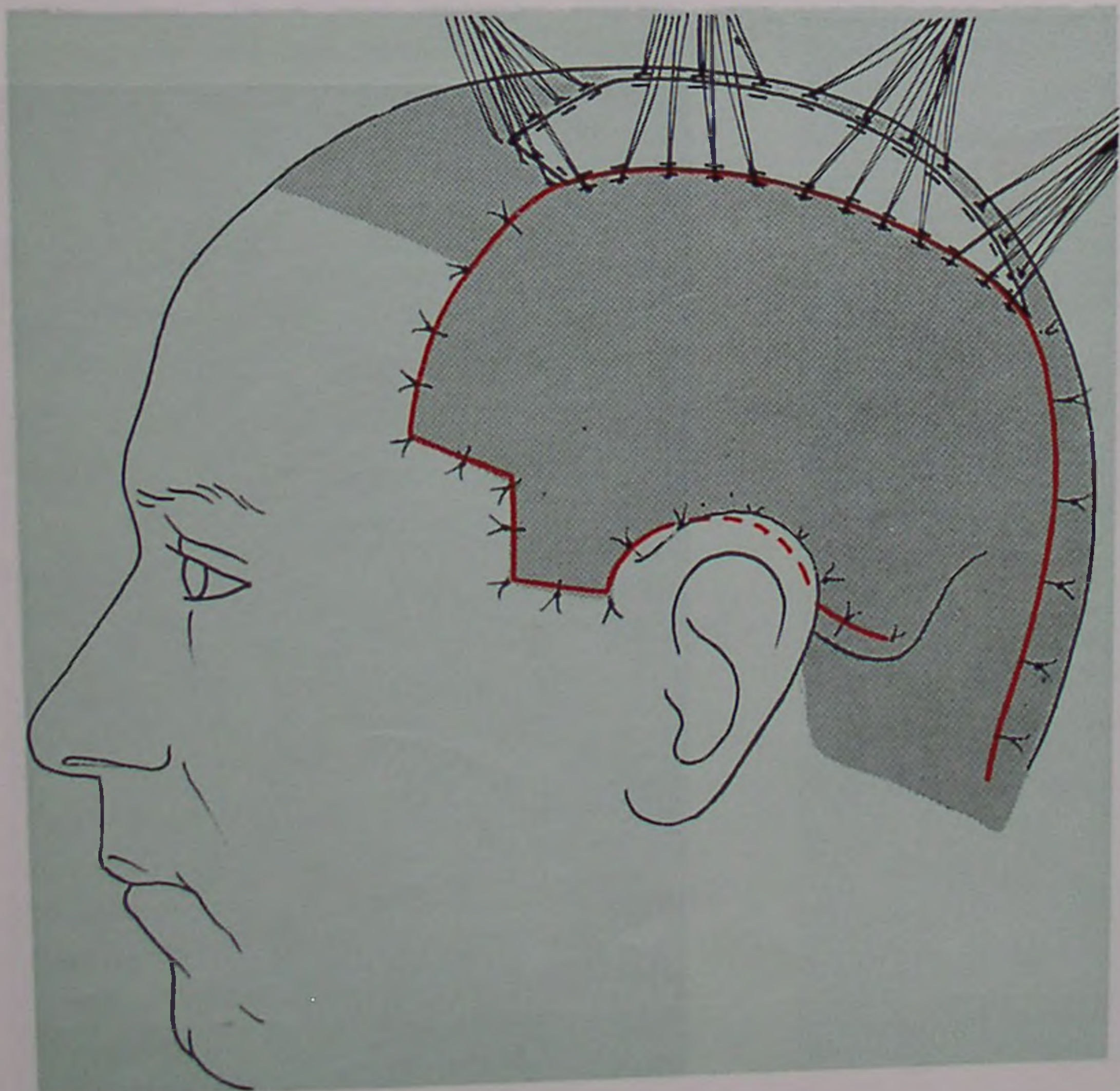


(1) (2)

И С. 20.

остояние после операции, произведенной в трехлетнем возрасте по поводу ожогов левой половины головы. Больной М. Г., 22 лет, г. болезни № 38 534. 1. После травмы наступило рубцевание левой височной области, лишенной волос. Рубцевые тяжи расположены на щеке вдоль верхней челюсти и переходят на подбородок и нижнюю губу. — 2. Схематическое изображение хода

операции. Большой лоскут, выкроенный из волосистой части покрова головы, с ножкой в левой затылочной области перемещен, повернут кпереди и пришит к дефекту, возникшему после экстирпации рубца в области левого виска. — 3, 4. Вторичный дефект на темени головы закрыт свободным дермо-эпидермальным трансплантатом; за ушной раковиной образовалась крупная склад-



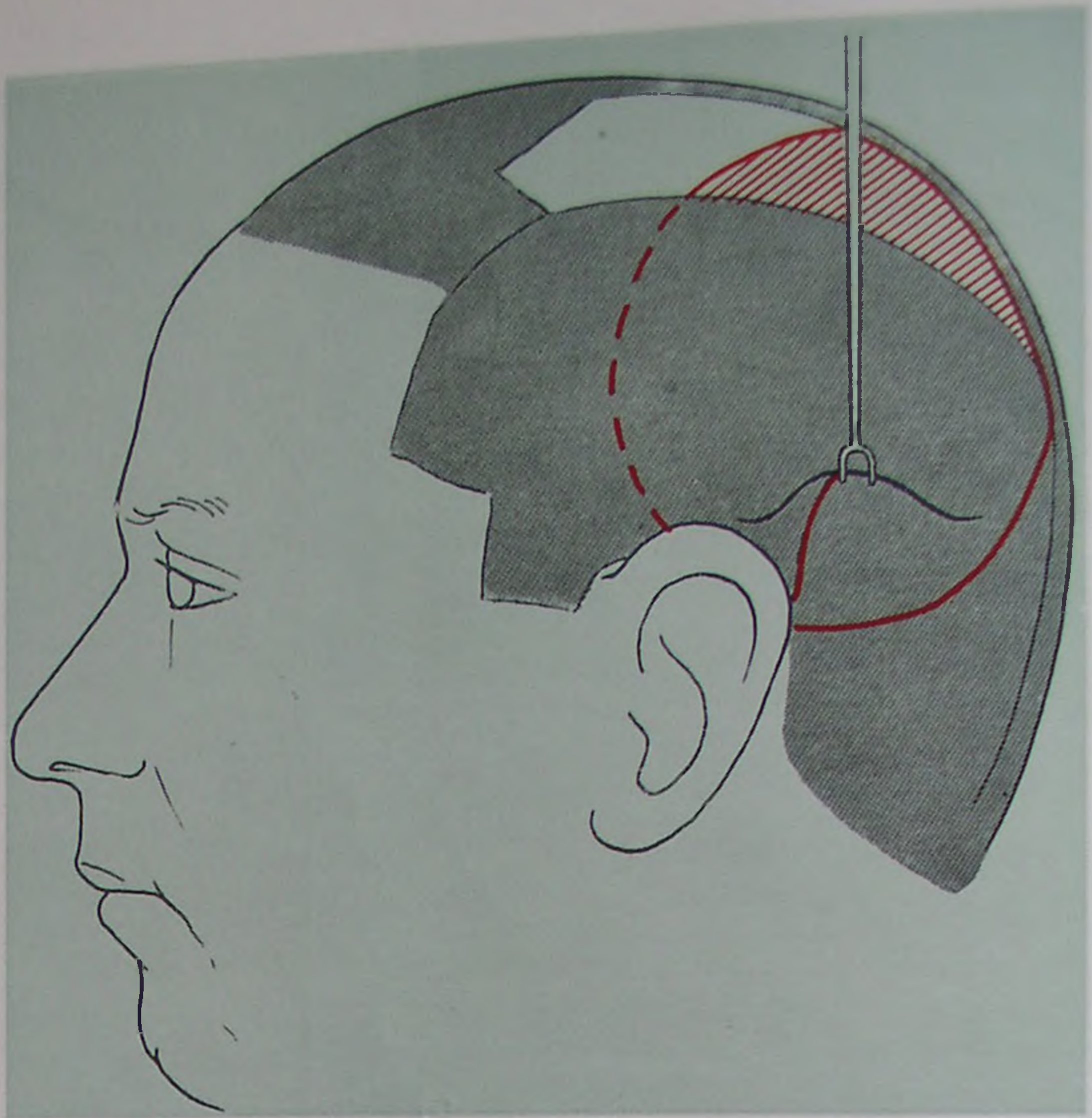
(3)



(4)



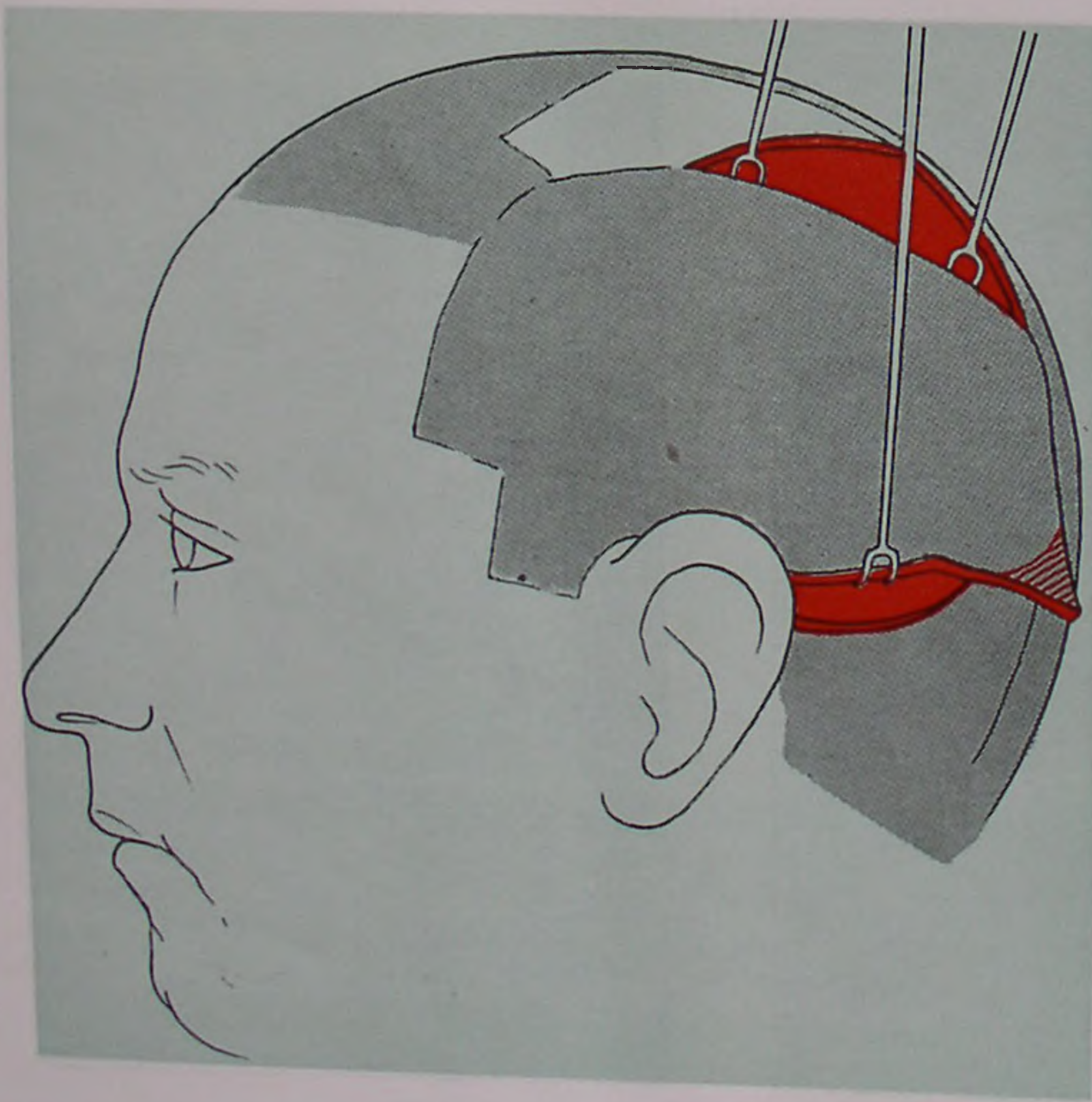
(5)



(6)

ка кожи (схема и фотография сделаны после окончания операции). — 5. Состояние непосредственно после заживления. — 6, 7. На следующем этапе произведено формирование пересаженного лоскута. Первоначальная ножка лоскута за ушной раковиной

рассечена, а его задняя часть приподнята и сме... Большая часть приживленного трансплантата могла... — 8. Состояние спустя полтора года после операции



(7)

(8)



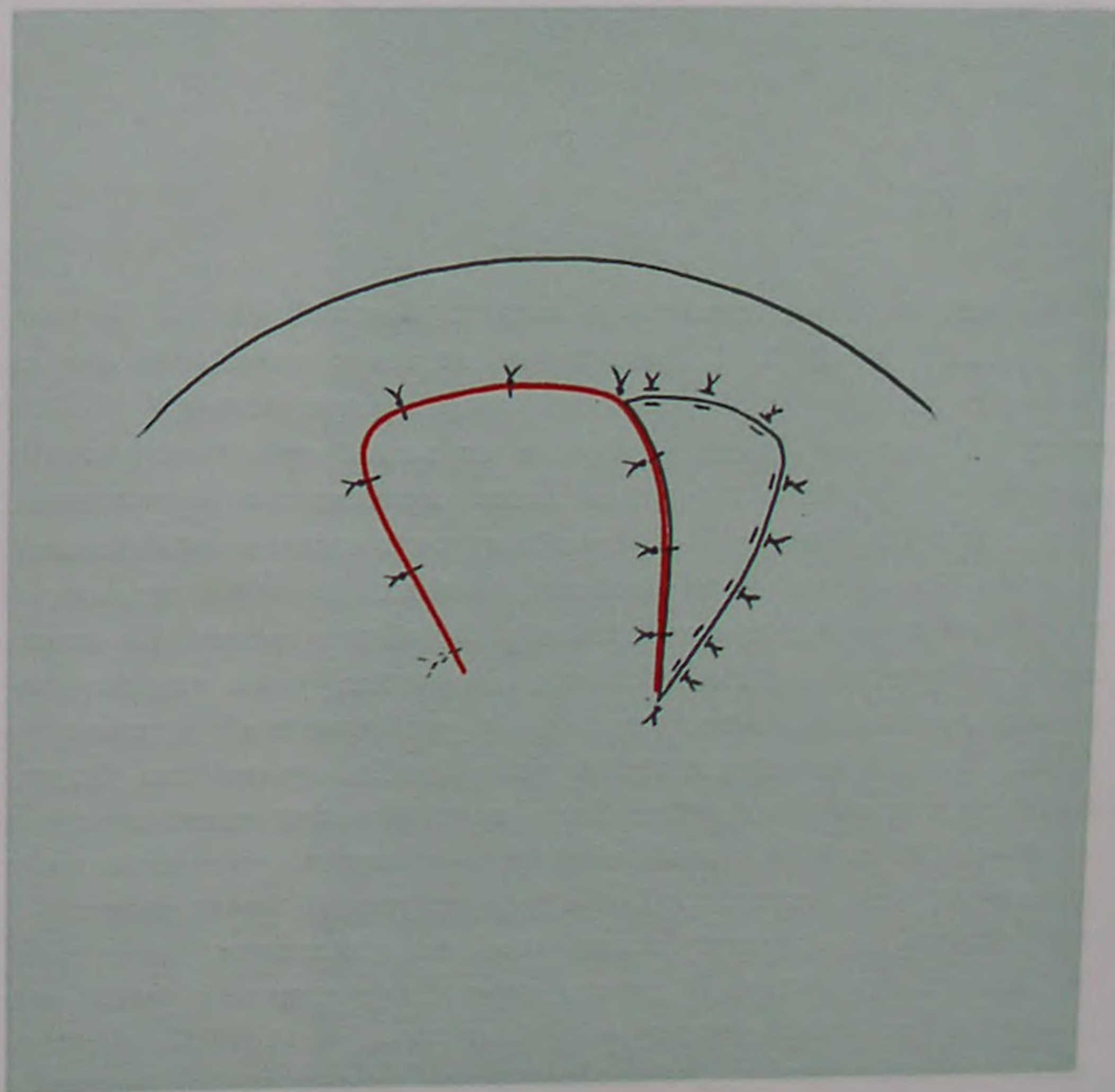


(1)

21.

пластики Кенига с применением костно-кожного лоскута. Первый рубец на дефекте иссекают, края кости освежаются щью долота, которым удаляют наружный кортикальный Из прилежащей кожи выкраивают лоскут, величина которого значительно превышает дефект кости; этот лоскут поворачивают в дефект, а с обнаженной части черепа удаляют наружный кортикальный слой. — 2. На периост вторичного дефекта накладывают дермо-эпидермальный трансплантат.

(2)





(1)



(2)

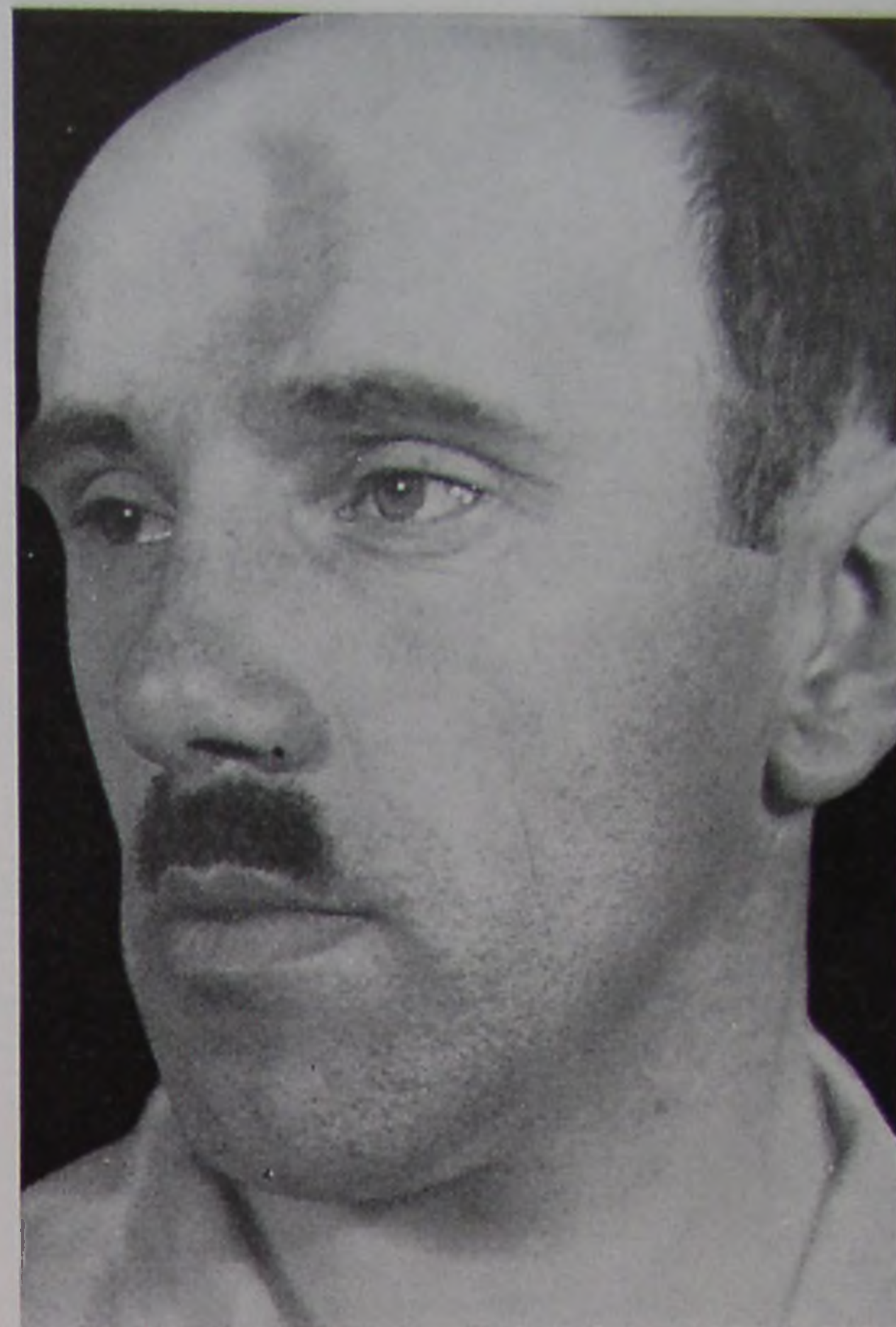
РИС. 22.

Состояние после мотоциклетной аварии. Больной И. П., 28 лет, ист. болезни № 2631. 1. Больной за девять с половиной лет до операции потерпел мотоциклетную аварию, при которой у него наступил перелом черепа в области лобного бугра. Через четыре дня после аварии у больного была произведена трепанация. После травмы больной страдал эпилептическими припадками. Вначале большими, в дальнейшем малыми. Больной жаловался на потерю памяти, утомляемость и расстройство зрения. На левом лобном бугре выявляется большое вдавление, кожа глубоко западает в костный дефект круглой формы, имеющий в диаметре 4 см. На дне вдавления наблюдается слабая пульсация. Операция: после иссечения рубца была отпрепарована кожа, втянутая в дефект твердой мозговой оболочки; оказалось, что кожа была с нею прочно сращена. После отпрепаровки кожи выявилась арахноидальная киста, вслед за ее удалением появилась медленная пульсация. В дефект пересажена жировая ткань, выкроенная из подкожножировой клетчатки в грудной области. Одновременно были взяты две сплошных пластинки из хрящевого

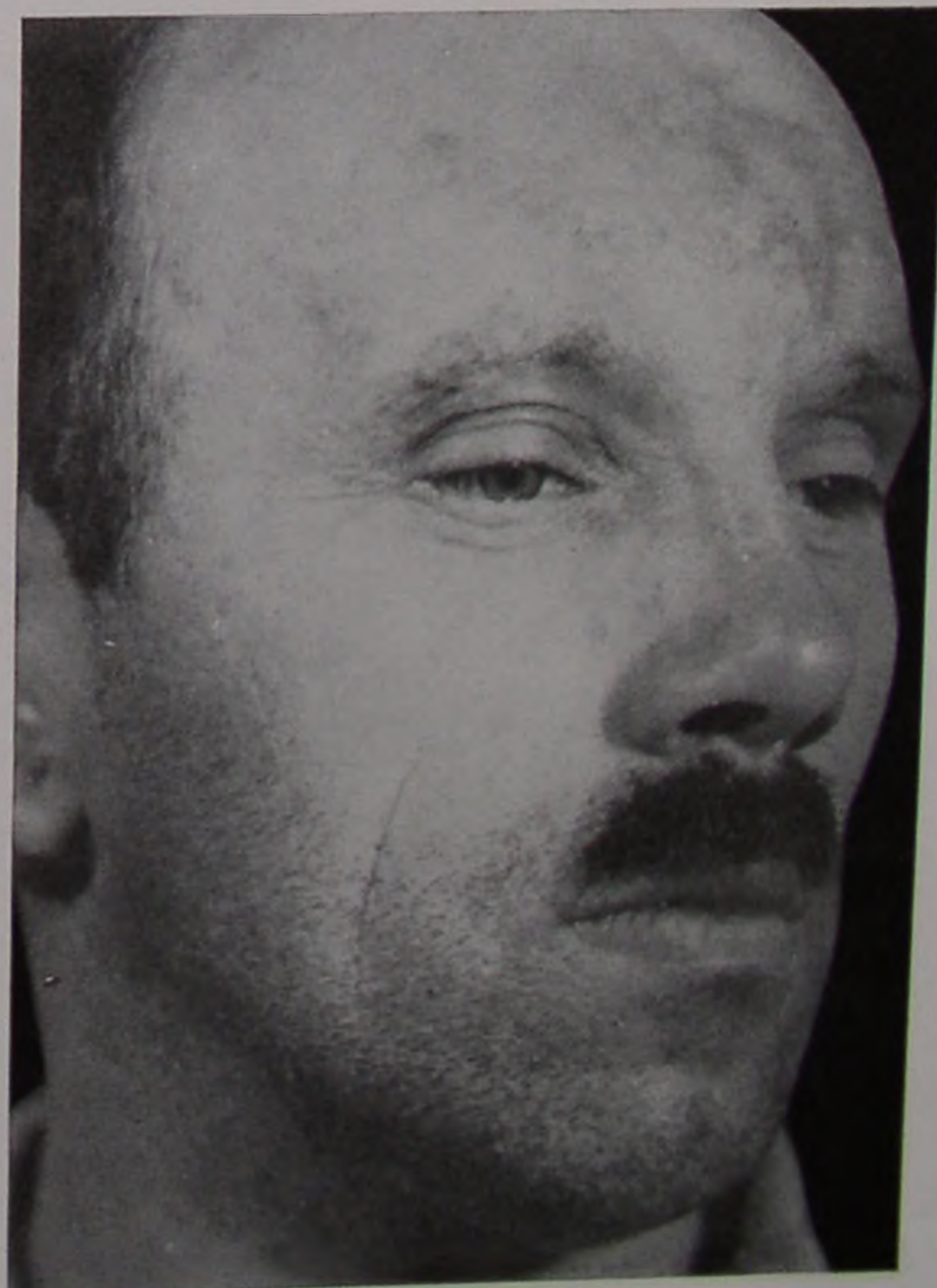
отдела VII и VIII ребра и уложены в подкожножировую ткань вблизи операционной раны на грудной клетке. После операции у больного прекратились эпилептические припадки. После второго хирургического вмешательства хрящевые трансплантаты сделаны тоньше и пересажены в дефект, надхрящницей в сторону мозга. — 2. Больной не предъявлял никаких жалоб. Однако по истечении неполных двух лет с момента операции у него вновь появились эпилептические припадки 4 раз в неделю. Вновь пришлось открыть рану. Между надхрящницей и твердой мозговой оболочкой были обнаружены прочные рубцовые сращения, после иссечения которых появилась пульсация. С хрящевого трансплантата был удален наружный слой с надхрящницей. Гладкая хрящевая поверхность является залогом того, что новых сращений не образуется. Рана зажила без осложнений. Согласно имеющимся сведениям, больной 10 лет после операции не предъявляет никаких жалоб; эпилептические припадки полностью прекратились.

РИС. 23.

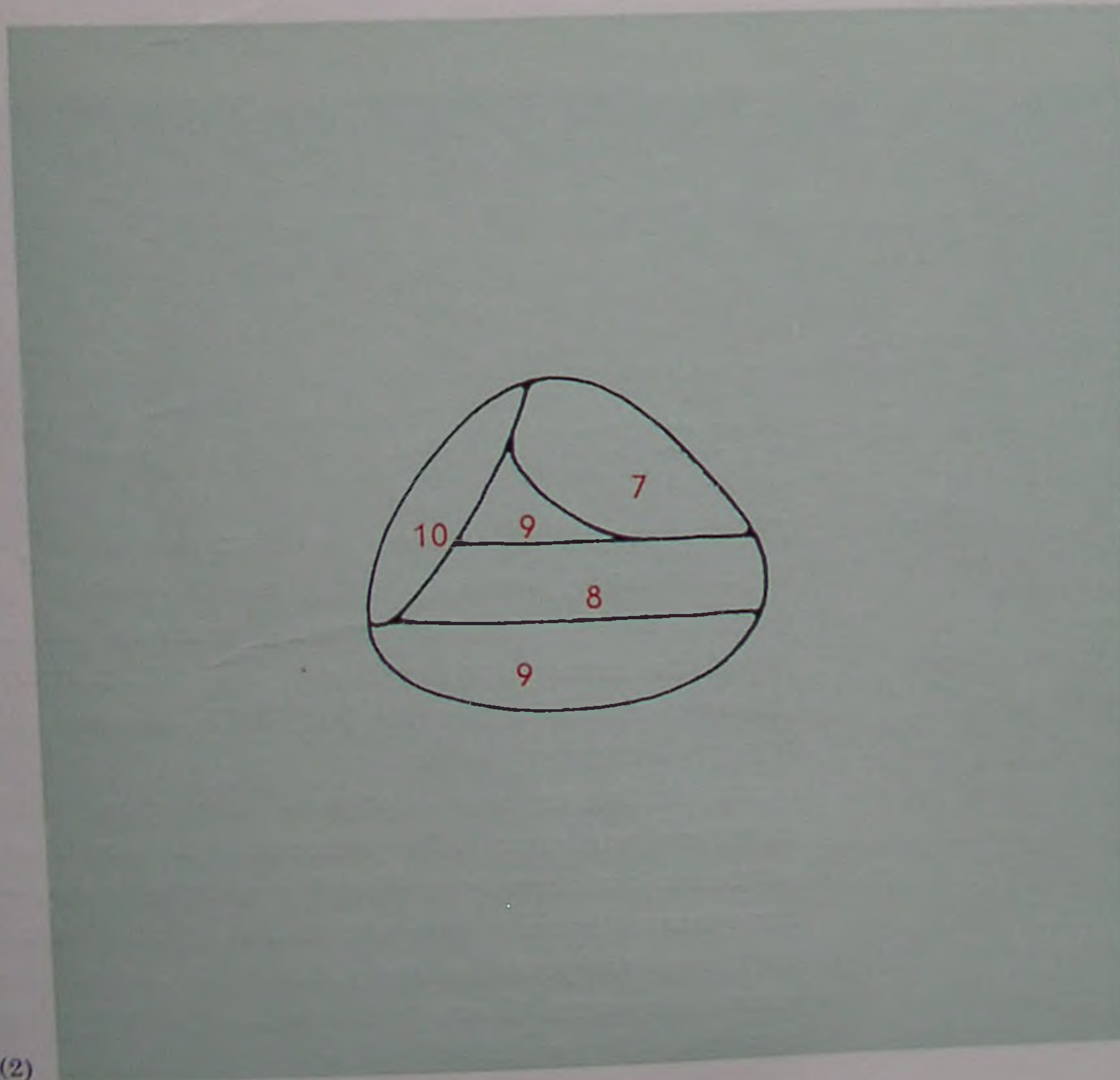
Состояние после перелома черепа. Больной К. Д., 38 лет, ист. болезни 1458. 1. Больной упал с велосипеда и ударился головой о камень. При операции были удалены костные отломки. Больной жалуется на утомляемость и головные боли. Выше надпереносья расположен большой дефект почти круглой формы, размером 6X7 см. Верхнюю часть дефекта наискось пересекает рубец. Дно дефекта отчетливо пульсирует. Под местной анестезией произведено иссечение рубца и отсепарована кожа, спаянная с поверхностью мозга легкими сращениями. В дефект пересажен жир, взятый из надчревной области. — 2. Через 5 месяцев после первой операции в дефект была пересажена хрящевая пластинка, составленная из хрящевых отделов VIII, IX, X ребер. В жировой ткани, пересаженной в дефект во время первой операции, были обнаружены и удалены мелкие жировые кисты. Соединение надхрящницы с периостом путем наложения шва произведено вдоль края костного дефекта. — 3. Больной после излечения.



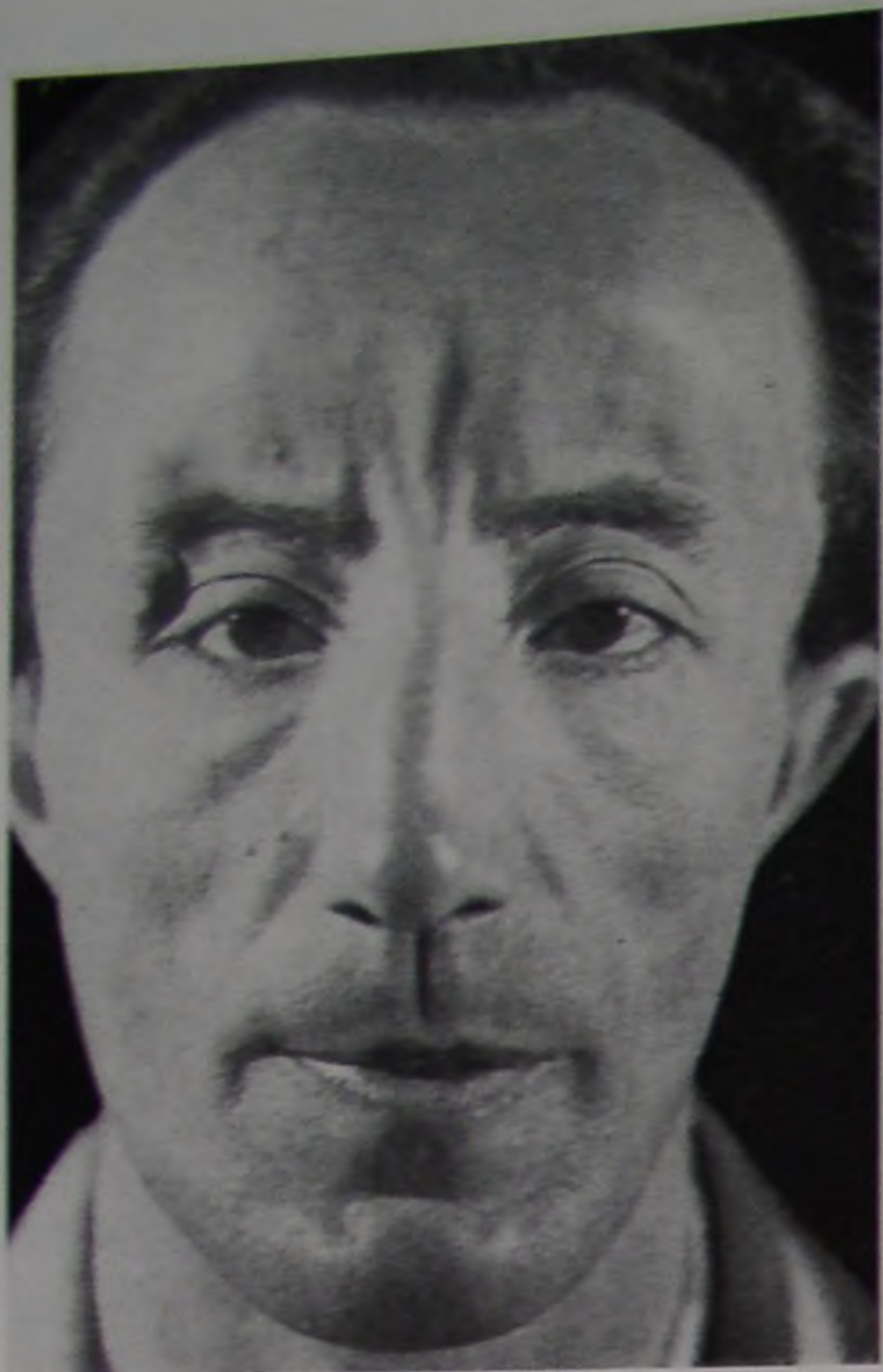
(1)



(3)



(2)



(1)



(2)



(3)



(4)

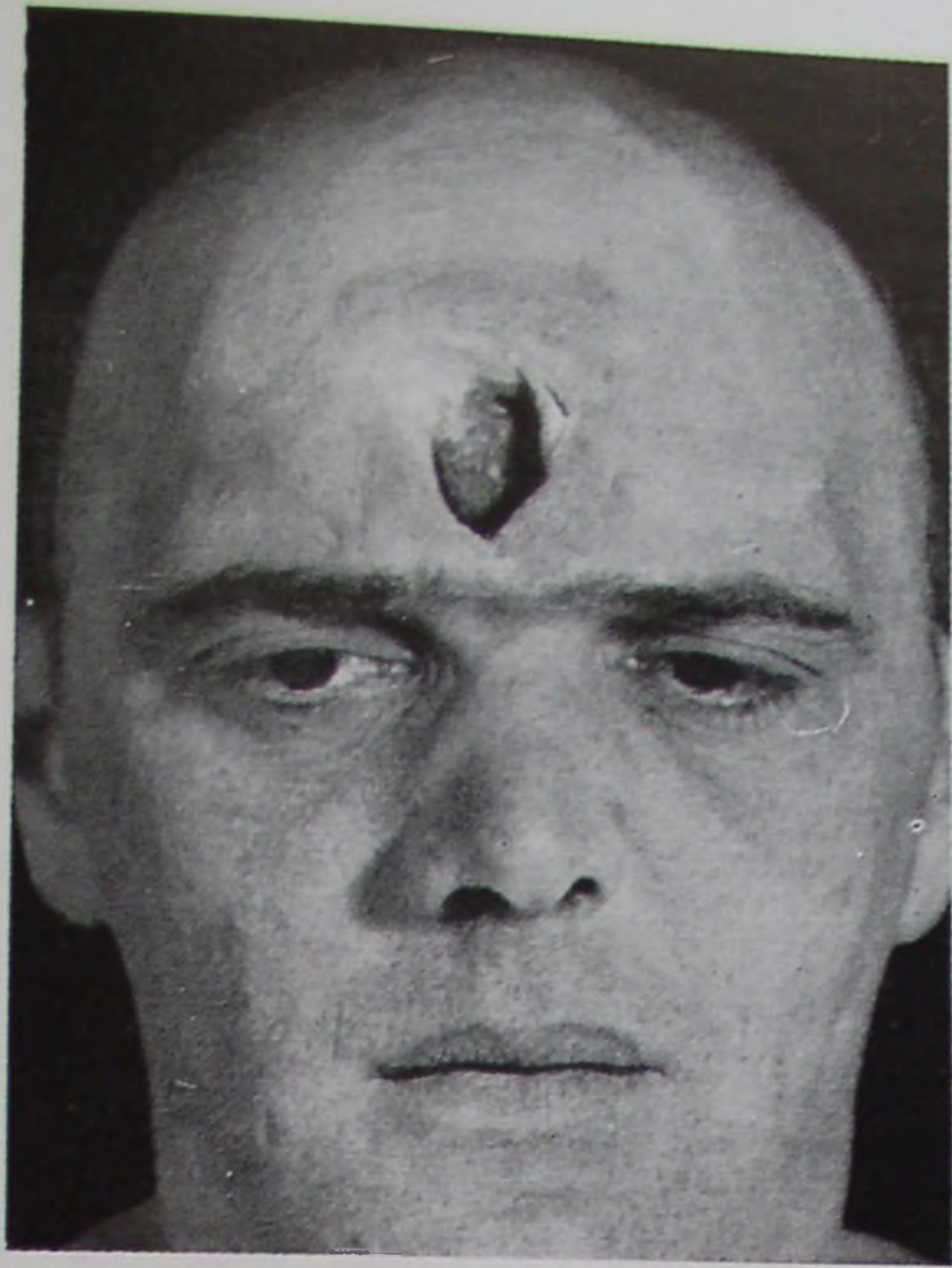
РИС. 24.

Дефект передней стенки лобных пазух, образовавшийся после перенесенного два года тому назад гнойного синусита. При операции, выполненной по поводу этого заболевания, была удалена передняя стенка расширенной лобной пазухи. Больной В. Ж. 34 лет, ист. болезни № 30 367. 1. В нижней половине лба во всю его ширину расположено очень глубокое вдавление. — 2. При осмотре больного в профиль создается впечатление, что вся нижняя половина лба отсечена. В косметическом отношении возникло значительное обезображивание лица — с полугодичным интервалом произведена пересадка двух длинных кожно-жировых лоскутов, выкроенных из ягодичной области. — 3, 4. Больной после операции. Достигнут очень хороший результат (Операцию произвела Павла Нежароза).

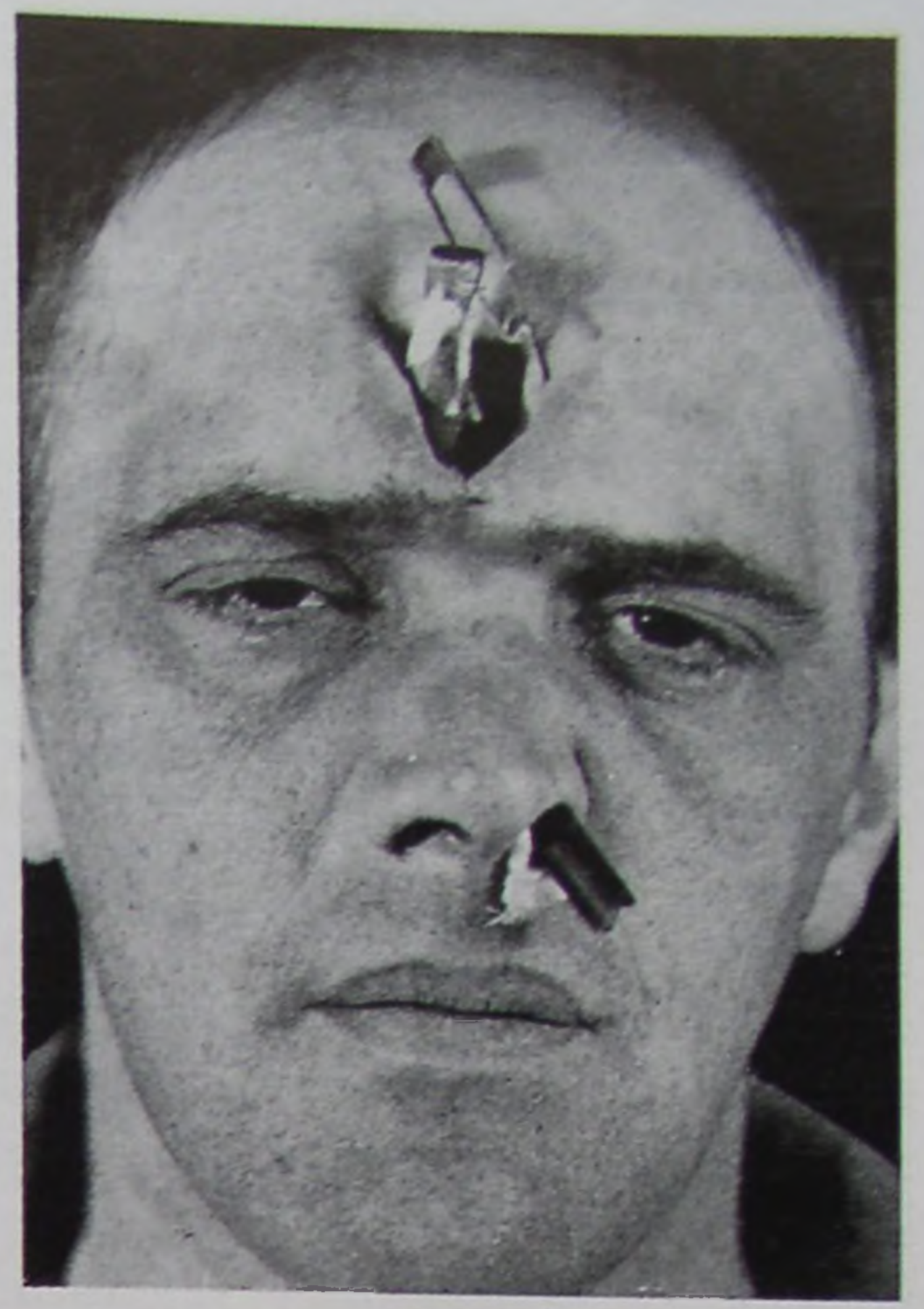
сифилитический дефект передней стенки лобной пазухи. Больной А. Ф., 35 лет, ист. болезни № 1739. 1. Семь лет тому назад больной заболел сифилисом. Несмотря на специфическое лечение, развился сифилитический туберкулит передней стенки лобной пазухи, в результате которого наступила полная деструкция передней. Посередине лба, выше надбровья, образовался овальный дефект величиной 3X2 см, с острыми краями и рубцовоизмененной окружающей кожей. Дефект открывает расширенную лобную пазуху. Слизистая оболочка пазухи поражена гнойным воспалительным процессом.

2. Была произведена трепанация верхней части лобной пазухи и решетчатого лабиринта, который был полон гноем. Пазухи широко открыты в левый носовой проход. Через созданное отверстие введен перфорированный дренаж. Пока проходило заживление, на передней поверхности левой руки был приготовлен стебельчатый лоскут.

После излечения воспалительного процесса стебель перенесен дефекту таким образом, что после рассечения конца ножки нижняя часть кожного лоскута была пришита к краям слизистой

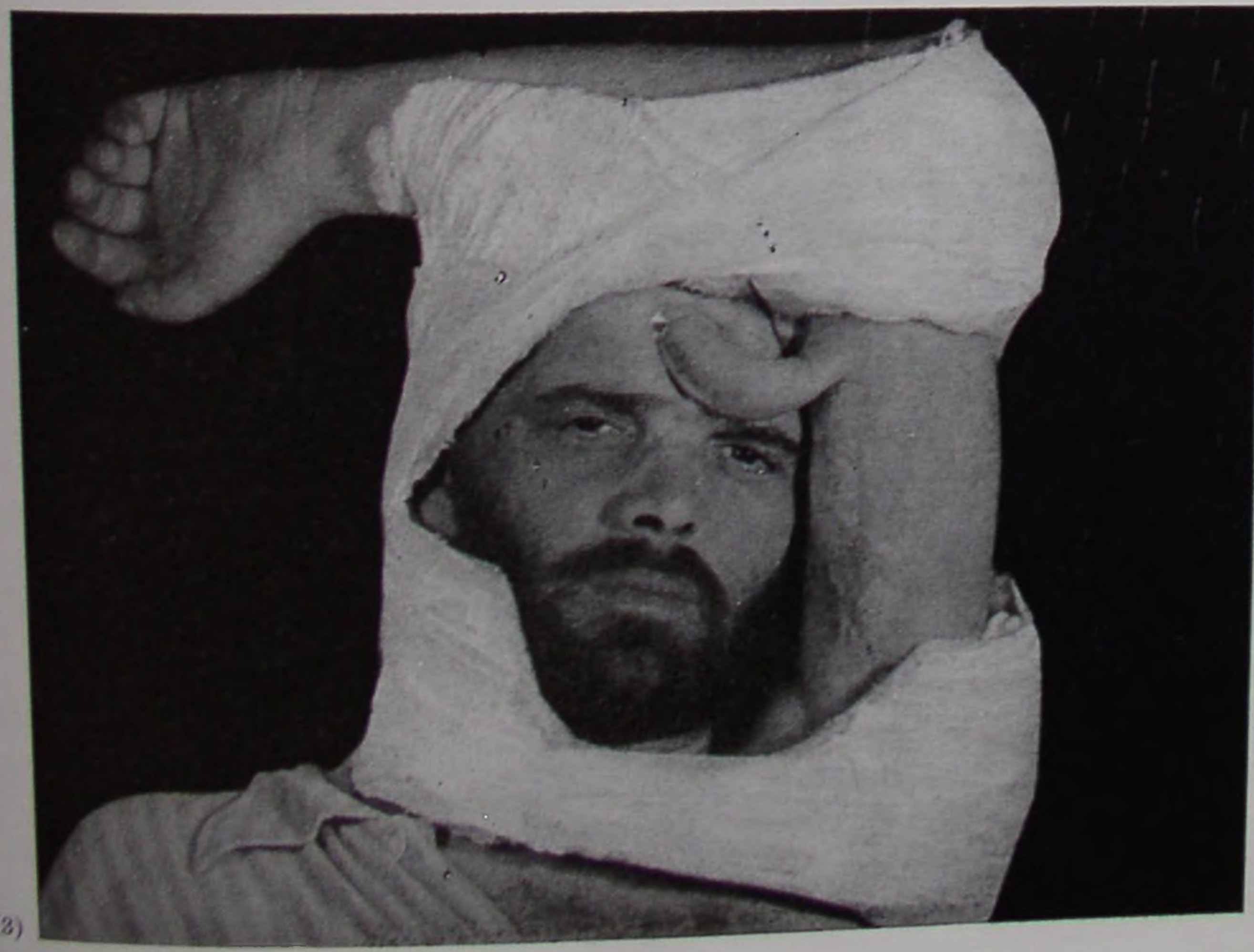


(1)

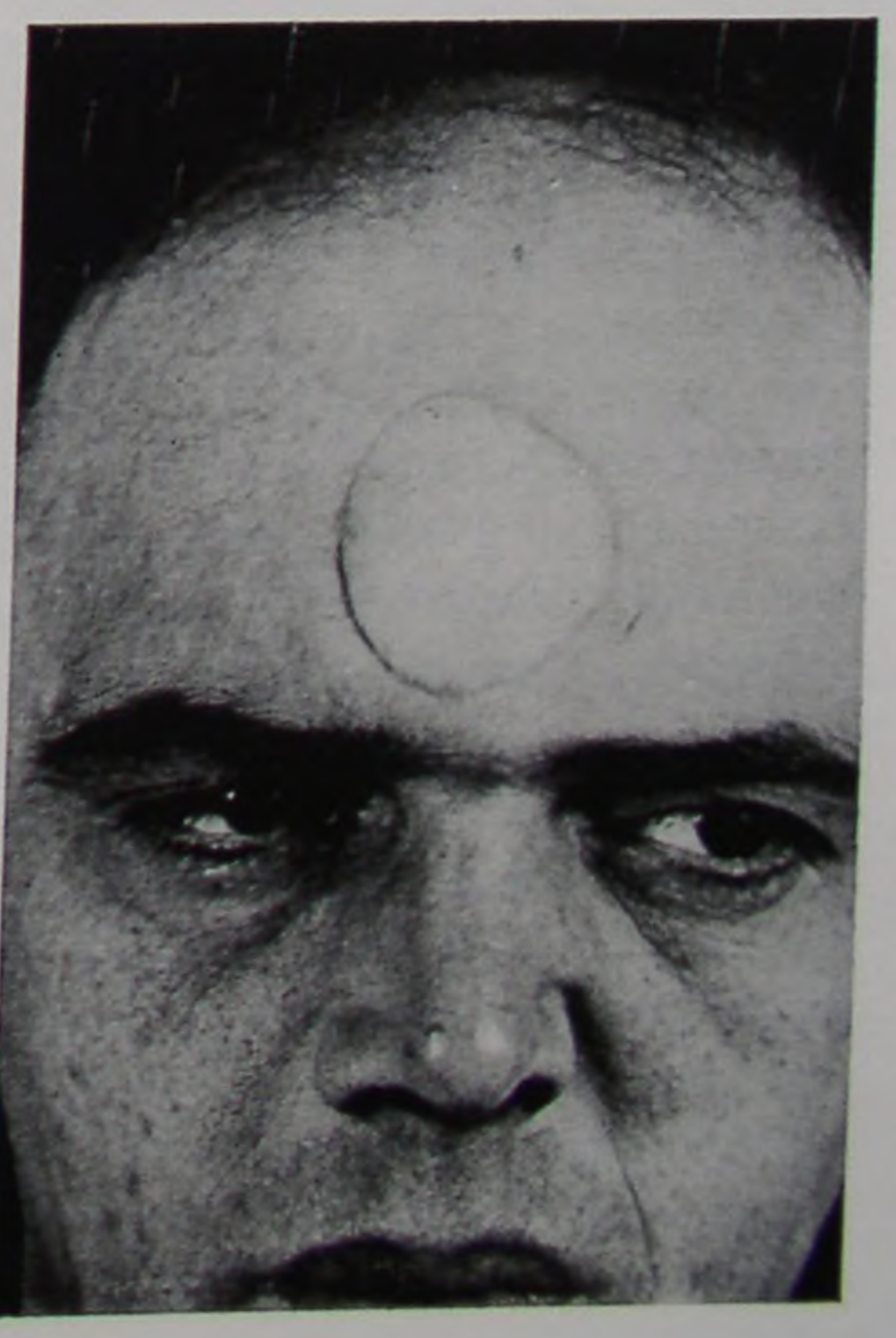


(2)

оболочки лобной пазухи, а верхняя часть к краям кожи лба. — 4. Больной после окончательного излечения. Спустя несколько месяцев больному были пересажены в пространства между обоими кожными краями пришитого лоскута реберные хрящи. Хирургическое лечение сочеталось с регулярно проводимым специфическим лечением.



(3)



(4)

ЛИЦО

Пороки развития и операции на лице будут рассмотрены в определенной регионарной последовательности. Прежде всего будет рассмотрено лицо как единое целое, затем последовательно центр лица, верхняя челюсть, рот и нижняя челюсть (которая связана с хрящем Мекеля и его нарушениями), нос, веки, ушные раковины. В перечисленных главах при описании заболеваний также будет соблюдаться определенный порядок, принятый в руководствах по пластической хирургии. Последовательно будут изложены: врожденные пороки развития, свежие травмы, последствия перенесенных травм, повреждения, обусловленные заболеваниями, воспалительными процессами, специфическими заболеваниями и опухолями, наконец, дефекты косметического порядка. Такое распределение мы считаем наиболее целесообразным.

ГЕМИАТРОФИЯ ЛИЦА

Понятие «гемиатрофия лица» нельзя считать точным. Под этим термином понимают возникновение атрофии на ограниченных участках одной половины лица, шеи, лба. Мы включаем в эту главу только идиопатические формы, возникающие в детстве или в предпубертатном возрасте, поражающие женский пол примерно в два раза чаще, чем лиц мужского пола. По всей вероятности, эти изменения возникают на основе врожденного предрасположения (в 16% случаев у больных наблюдаются одновременно другие врожденные пороки развития). Первым признаком является повышенная пигментация кожи на ограниченном участке лица, на котором в дальнейшем развивается атрофия: кожа превращается в тонкую перепонку, подкожножировой слой исчезает, мышцы атрофируются. Гистологически выявляется хронический воспалительный процесс. Чем младше возраст, в котором начинается атрофия, тем она более выражена и тем большая часть лица поражается патологическим процессом (р и с. 26).

Различные типы врожденной гемиатрофии, обусловленные нарушениями хряща Мекеля, мы относим к редким врожденным порокам развития. Случаи атрофии, или скорее потери жировой ткани, возникающие в связи с травмой или воспалительным процессом (Карфик, 1942), будут рассмотрены в соответствующих главах. Лечение при этих аномалиях бывает паллиативным и заключается в последовательной пересадке кожно-жировых ауто-трансплантатов, улучшающих качество кожи и вообще пораженной ткани. Более стойких результатов удается добиться путем пересадки лишенных поверхностного слоя стебельчатых лоскутов на ножке (р и с. 29).

Заболевание в течение нескольких месяцев или лет достигает своего максимума, после чего прогрессирования атрофии не наблюдается и изменения остаются стойкими.

РАНЫ ЛИЦА

На лице встречаются различные раны, зависящие прежде всего от вида травмы, предмета, наносящего ранение, и области лица, пораженной травмой.

Ранения не локализируются на строго ограниченном участке лица, а захватывают различные области, часто все лицо или даже всю голову. Однако наиболее пораженная область лица оказывает главное влияние на характер всей травмы, процесс заживления и возникающие после травмы последствия. Важное значение имеет состояние здоровья больного во время получения травмы, его конституция, перенесенные в прошлом болезни, биологическое значение пораженной части лица. Выяснить все эти обстоятельства в момент поступления пострадавшего в больницу удастся не всегда.

При решении вопроса о способе лечения важное значение имеет также среда, в которой была получена травма, вероятность инфицирования раны, способ и качество оказанной первой помощи, срок, истекший с момента травмы, и одновременное наличие еще второго ранения, может быть значительно более серьезного, чем рана на лице.

Травмы, полученные на производстве, хотя и бывают сопряжены с загрязнением раны минеральными маслами и металлическими опилками, обычно мало инфицированы. С другой стороны, раны, полученные при транспортных авариях, во время работы на полях и в садах, а также травмы, полученные во время работы на бойнях, на кожевенных предприятиях и т. под., всегда следует считать сильно инфицированными.

Радикальную обработку раны и первичную восстановительную операцию производят в различные сроки после получения травмы. Если условия, при которых была получена травма, были в общем благоприятными, и если больному были введены антибиотики, полное восстановительное вмешательство может быть произведено даже через несколько дней после травмы.

Из состояния шока больной должен быть выведен еще до начала операции; сильное кровотечение, естественно, должно быть сразу же остановлено, пусть даже в некоторых случаях временно.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА РАНЫ

Принимающий врач должен, по-возможности, выяснить все обстоятельства, при которых произошла травма. Целесообразно задержать лицо, доставившее пострадавшего в больницу и бывшее свидетелем получения травмы. Врач должен произвести все обязательные исследования и позаботиться о необходимых мероприятиях (ввести больному противостолбнячную сыворотку, произвести катетеризацию мочевого пузыря у больных, находящихся в бессознательном состоянии). При тяжелых травмах, поражающих центральные области лица, следует позаботиться о проходимости дыхательных путей, фиксировать язык, в особенности при переломах передней части нижней челюсти (рис. 30). Путем тщательного, но осторожного осмотра следует

установить, не имеется ли одновременно еще какой-либо травмы (внутрибрюшной, перелома позвоночника или конечностей), исследовать состояние глаз, слезного аппарата, протока околоушной железы, деятельность мимической мускулатуры. В случае общего тяжелого состояния врач немедленно должен произвести шейную или поясничную блокаду по Вишневскому.

Больного укладывают на операционный стол. Хирург, производящий операцию, накладывает на рану марлевую салфетку, пропитанную физиологическим раствором. Рану тщательно моют водой с мылом; удаляют пыль и песок, внедрившиеся в окружающие рану участки кожи, в случае надобности с помощью щетки. Крупные зерна песка извлекают, пользуясь анестезией, кончиком скальпеля. Вид анестезии определяется типом и обширностью раны и состоянием больного. В преобладающем большинстве случаев мы стремимся производить операцию под местной или проводниковой анестезией. Сменив стерильные салфетки и перчатки, рану вновь открывают и производят ее очистку. В целях удаления из раны грязи и кровяных сгустков, ее промывают физиологическим раствором. Прилипшие сгустки крови и инородные тела удаляют при помощи пинцета. Рану не следует вытирать тампоном; при кровотечении к кровоточащему месту на короткое время прижимают марлевую салфеточку, пропитанную физиологическим раствором. Если некоторые сосуды все же продолжают кровоточить, их захватывают кровоостанавливающими зажимами. После окончания этого этапа операции вновь производят обработку окружающей кожи и меняют стерильные салфетки и перчатки. Операционное поле оставляют открытым с таким расчетом, чтобы можно было произвести необходимые вспомогательные разрезы и отсепаровку кожи для первичного восстановления органа. В случае применения местной анестезии прежде всего инфильтрируют кожную полосу вблизи раны, затем вводят раствор анестетика по направлению к центру раны, так что вводимое анестезирующее средство вымывает из раны оставшуюся в ее стенках грязь и инородные тела.

Из самой раны удаляют только заведомо мертвые части ткани, осуществляют это с помощью скальпеля и ножниц. Кожные края раны иссекают на лице очень осторожно; размеры иссечения должны быть сведены к минимуму: удаляют лишь окончательно поврежденные края. Кровоточащие сосуды на несколько минут захватывают зажимами типа «москито»; перевязывают лишь более или менее крупные сосуды.

Если в ране имеются отломки костей, то их удаляют только в том случае, если они полностью отторжены от тканей. Поскольку они могут быть использованы при восстановлении разрушенного органа, их следует временно хранить в физиологическом растворе с добавлением антибиотиков.

Обработку раны производят по направлению от ее дна к поверхности. Незакрытой не должна оставаться в глубине раны ни одна полость. Если такую полость не удастся ликвидировать путем сшивания ткани, ее дренируют в наиболее глубоком месте через специально сделанный надрез. Для этой цели в рану вводят загнутый зажим Пеана и осторожно продвигают по направлению к коже, рассекаемой в месте соприкосновения с концом зажима. Через разрез кожи зажим выводят наружу, захватывают конец дренажной трубки и втягивают ее внутрь.

При сквозных ранениях щеки необходимо прежде всего тщательно наложить шов на слизистую оболочку. Слизистую оболочку вместе с подслизистой клетчаткой сшивают вертикальными матрацными швами, узлы которых затягивают со стороны ротовой полости (р и с. 37). При открытых ранениях скелета носа необходимо произвести репозицию отломков кости и фиксировать их при помощи кетгутовых швов к периосту, или при помощи тонкой нержавеющей проволоки, которую пропускают через маленькие просверленные отверстия. Таким же путем пересаживают и фиксируют костные отломки, вынутые из раны во время ее обработки (р и с. 35).

При переломах челюстей первым этапом восстановительной операции является стоматохирургическая регуляция, осуществляемая при помощи соответствующих аппаратов для фиксации отломков. В крайнем случае необходимо приложить дугообразно согнутую толстую проволоку, к которой фиксируют отломки при помощи петель, надетых на отдельные зубы. Придав таким образом сломанной челюсти надлежащий вид, ее фиксируют к здоровой челюсти. Если зубы, расположенные по линии перелома, прочно держатся, их можно использовать для фиксации. Первичное удаление зубов производится лишь в том случае, если они сильно шатаются. Продвигаясь во время обработки раны из ее глубины к поверхности, следует уделять большое внимание правильной реконструкции мимических мышц. Концы прерванных ветвей лицевого нерва следует отыскать с помощью бинокулярной лупы и сшить тонкими кетгутовыми швами. В случае перерыва протока околоушной железы последний должен быть восстановлен. Для этого в просвет протока вводится дренаж, поверх которого сшивают его концы. Кожную рану следует зашивать непрерывным подкожным и внутрикожным швами, которые, в зависимости от обстоятельств, фиксируют одним из перечисленных в общей части способов. Сшивать кожную рану следует без натяжения. Если же такая опасность возникнет, то на рану, перед тем как ее окончательно закрыть, следует наложить дополнительно облегчающие швы. В рану вводят капиллярный дренаж. Если в качестве дренажа в рану вводят трубочку, то весьма целесообразно подключить к ней отсасывающее устройство. На длинные раны, неблагоприятно расположенные в силу скрещивания с естественными складками кожи, нельзя накладывать линейный шов, а следует производить на концах раны перемещение встречных треугольных лоскутов; у дугообразных ран такое же перемещение встречных треугольных лоскутов производится и на вершине дуги. Это мероприятие предупреждает развитие в будущем серьезных деформаций, обусловленных сморщиванием рубцов. У ран, перпендикулярно направляющихся к краям какого-либо из отверстий лица (глазные и ротовые щели), тоже следует в целях предупреждения неблагоприятных последствий сморщивания рубца (рубцовый выворот) производить профилактическое перемещение встречных треугольных лоскутов. При благоприятных обстоятельствах можно производить первичное замещение частей скелета лица аутопластическим или взятым из тканохранилища гомопластическим материалом. Можно замещать дефекты лица путем лоскутной пересадки, выкраивая лоскуты из прилежащих участков, или пользуясь артериализированными лоскутами или итальянским методом, пересаживая кожные лоскуты на лицо с плеча или предплечья. Дефекты век замещают

трансплантатами кожи, во всю толщу, взятыми с задней поверхности ушной раковины или из нижней части шеи. При посттравматических дефектах крыльев носа и верхушки носа могут быть использованы сложные трансплантаты, взятые из ушной раковины (см. стр. 376). Перед тем как закрыть рану, в нее вводят смесь антибиотиков (1 г стрептомицина и 50.000 Е пенициллина в 10 мл физиологического раствора).

В случае сильного загрязнения раны у больных, поступивших на лечение по прошествии длительного срока после травмы, а также у ослабленных больных с общей тяжелой реакцией организма, следует ограничиться тщательной хирургической обработкой раны, соответствующей операцией, удалением гноя и инородных тел и тщательной остановкой кровотечения. На края раны накладывают направляющие швы, лучше всего при помощи тонкой проволоки, которые следует завязывать поверх раны, заполненной марлей, пропитанной физиологическим раствором. Больному назначают общую и местную антибиотикотерапию, к ране прикладывают ледяные примочки. В случае благоприятного состояния раны производят отложенную восстановительную операцию. При развитии в ране выраженной инфекции, необходимо в первую очередь произвести все мероприятия для ее ликвидации и выжидать благоприятного момента для производства вторичной пластической операции, назначив антибиотикотерапию и регулярно производя бактериологическое исследование раневого отделяемого. При тяжелых сквозных ранах, широко открывающихся в ротовую полость, в случае плохого состояния больного и других неблагоприятных обстоятельствах не следует производить первичную восстановительную операцию, а необходимо тщательнейшим образом обработать рану, произвести репозицию смещенных костных отломков и по всему периметру раны сшить кожу со слизистой оболочкой рта. Следует особенно позаботиться о том, чтобы были прикрыты культы костей. Для этого производят в дальнейшем позднюю пластику; приступать к ней можно только после полной ликвидации всех раневых реакций.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ С ЦЕЛЬЮ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ

После травм на лице остаются различные изменения, зависящие от этиологии ранения, обширности поражения, повреждения отдельных тканей и течения процессов заживления. Изменения после термических и химических ожогов отличаются своеобразием; они оказывают неблагоприятное влияние на отдельные органы лица, стягивают их единым неподатливым панцырем из рубцов.

Деформируя отдельные органы лица, рубцы в то же время вызывают их функциональные нарушения: функция органов чувств становится затруднительной, или просто невозможной, сильно затруднительными нередко становятся и важнейшие жизненные функции — питание и дыхание. Отнюдь не последнее место занимают косметические соображения: обезображивание ставит под угрозу моральное равновесие и социальную ценность человека.

Принимая решение произвести восстановительную операцию и приступая к ее планированию, следует внимательно учесть возможную опасность, ко-

торая грозит больному в тех случаях, если при травме были повреждены стенки черепа, или где-нибудь остался ограниченный очаг нагноения.

Как следует поступать при сложных деформациях лица, возникающих в результате потери важных частей скелета и мягких тканей и развития обширных рубцов? Вопрос о том, к чему следует приступить в первую очередь, является и в настоящее время предметом споров и прений; по этому поводу существуют диаметрально противоположные мнения. До сих пор не существует единой методики операций. Мы полагаем, что нельзя восстанавливать формы скелета под сморщенной, рубцовой поверхностью. Производить такие попытки можно только при дефектах нижней челюсти, так как восстановление ее несущей способности позволяет правильно распределить и укрепить перемещаемый или пересаживаемый в целях замещения мягких тканей пластический материал.

Каким путем можно вообще замещать мягкие ткани лица? При восстановлении посттравматических деформаций лица возможности применения свободной кожной пластики ограничены. С задней стороны ушной раковины или с нижней части шеи можно получить лишь небольшие лоскуты кожи, достаточно похожей на кожу лица. При обширных поверхностных и келоидных рубцах, возникающих после ожогов, прекрасных результатов иногда удается добиться при пересадке больших свободных кожных лоскутов.

Вообще же следует пытаться замещать кожные дефекты путем смещения лоскутов, выкроенных из соседних или более отдаленных участков кожи. Только в том случае, если сразу надо заместить кожный покров и толстый слой недостающих мягких тканей, уместно пользоваться кожными лоскутами, перенесенными с других частей тела. Делается это только в силу необходимости.

Для замещения недостающих частей скелета в нашем распоряжении имеется прекрасный аутопластический костный материал, который берется из подвздошной кости и ребер, и реберный хрящ в форме пластинки или в виде размельченной хрящевой ткани. Гомопластический материал, который можно получить в тканехранилище, мы считаем неподходящим для проведения восстановительных операций на лице. Пластмассу мы применяем только для изготовления временных вкладышей при подготовке ложа для окончательной пересадки аутотрансплантата. Наружные протезы, если можно добиться их надежной фиксации, являются наиболее целесообразной формой решения сложной проблемы восстановления разрушенного органа.

Естественно, что при часто проводимых дополнительных операциях пользуются кожно-жировыми лоскутами, листками апоневроза, лентами фасции для трансмиссии деятельности сохранившихся мышц на восстановленные части лица. В других случаях перемещают место прикрепления этих мышц.

Только тщательно обсудив деформацию, учтя все особенности больного и все свои возможности, можно приступить к планированию и осуществлению сложной восстановительной операции. Тщательно выполняя операцию и добросовестно соблюдая физиологические принципы при восстановлении поврежденных органов, можно достигнуть таких результатов, которые могут удовлетворить даже самого требовательного больного.



(1)



(2)



(4)



(5)

Гемиатрофия правой половины лица, прогрессирующая с трехлетнего возраста. Больная Э. Г., 6 лет, ист. болезни № 1581. 1, 2. Гемиатрофия распространяется к подбородку и переходит через край нижней челюсти на шею. Процесс ограничивает по средней линии глубокая впадина. На пораженных атрофическим процессом участках кожа очень тонка и сильно пигментирована. — 3, 4. В течение 6 лет последовательно было произведено 6 пересадок жира с кориумом. Удалось в значительной степени уменьшить степень асимметрии. Вид кожи значительно улуч-

шился, а ее тургор повысился; в значительной степени понизилась пигментация кожи. Больная спустя 14 лет после операции. — 5. Персистирует асимметрия легкой степени и все еще выявляется незначительное углубление на подбородке с истонченной и пигментированной кожей. От предложения произвести еще одну операцию в целях дальнейшего улучшения внешнего вида больная отказалась. На верхней губе виден рубец, оставшийся после какого-то перенесенного в прошлом ранения. Снимок сделан в возрасте 30 лет.

Р И С. 26.

РИС. 27.

Гемиатрофия левой половины лица. Больная К. Т., 18 лет, ист. болезни № 4102. 1. Первые признаки гемиатрофии появились у больной в возрасте 8 лет, когда приостановилось развитие левого крыла носа. В течение четырех лет в значительной степени изменилась вся левая половина лица, образовалась большая, глубокая борозда, идущая от внутреннего края левой брови к волосистому покрову головы; вторая такая же борозда проходит от внутреннего края левой брови наискось кверху и расширяется в латеральном направлении. Третья борозда начинается под внутренним углом левого глаза и спускается вниз и латерально к выступу коренного зуба. Левая половина носа углублена, крыло носа значительно меньше, чем с правой стороны. — 2. Иссечены углубления на лбу и под глазом. В область щеки и левой стороны носа произведена пересадка жира с кориумом.



(1)



(2)

РИС. 28.

Ограниченная атрофия среднего участка правой щеки. Больная М. Д., 34 лет, история болезни № 4251. В возрасте 5 лет больная перенесла травму правой щеки. По прошествии некоторого времени после травмы появились признаки заболевания. 1. На передней поверхности скулового возвышения расположены две глубокие выемки, соединенные узкой полосой нормальной кожи. В этом месте находится начало вдавления, направляющегося к внутреннему углу правого глаза, которое здесь сужается и сглаживается. В углублениях щеки кожа тонка и сильно пигментирована. По направлению книзу проходит мелкая бороздка, теряющаяся в носогубной борозде. Вся область между скуловым возвышением и правым углом рта углублена. — 2. Больная после окончания лечения — произведены четыре пересадки кориума с жиром. Операцию произвел Вацлав Карфик.



(1)



(2)



(1)



(2)



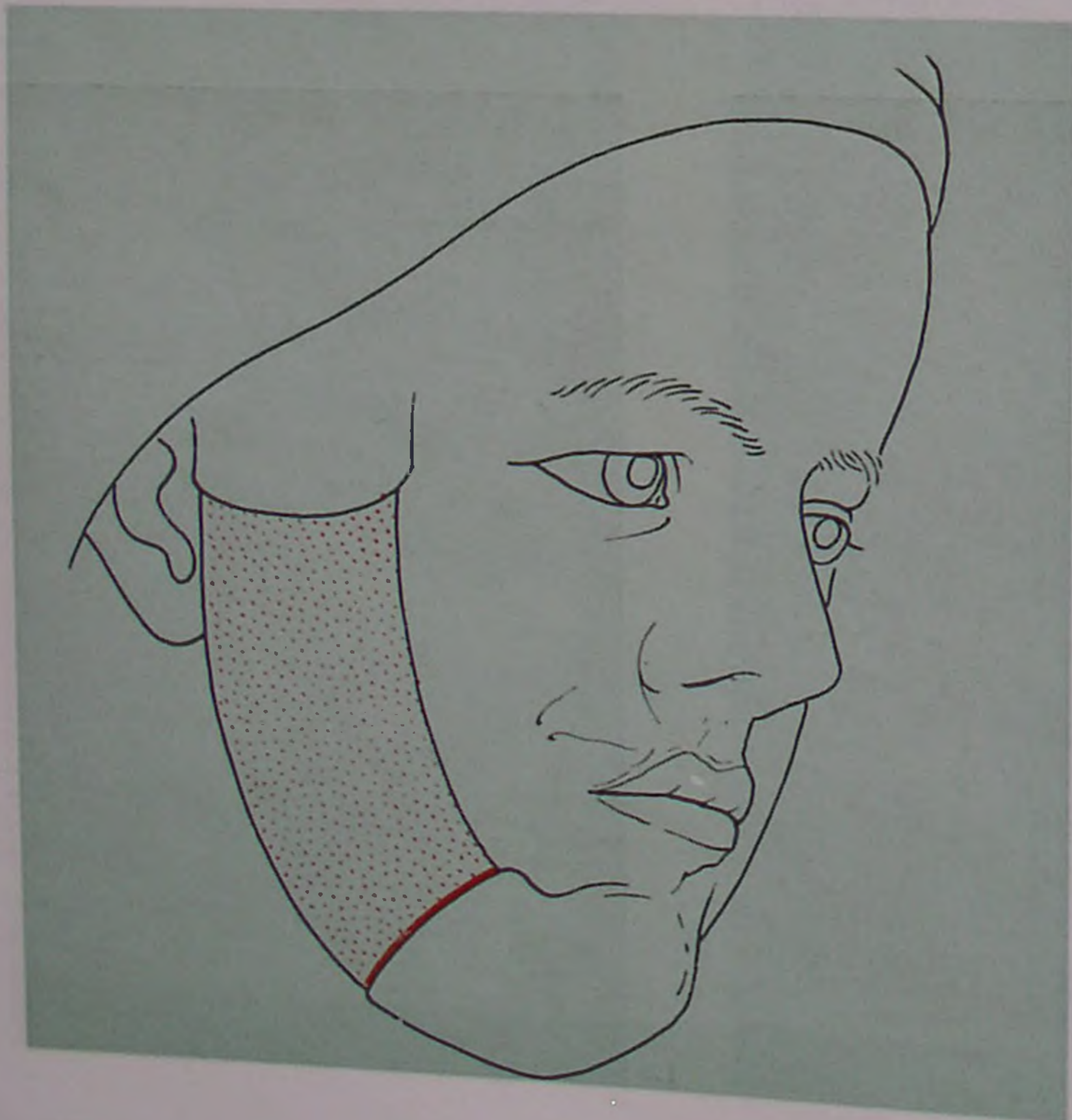
(3)

Р И С. 29.

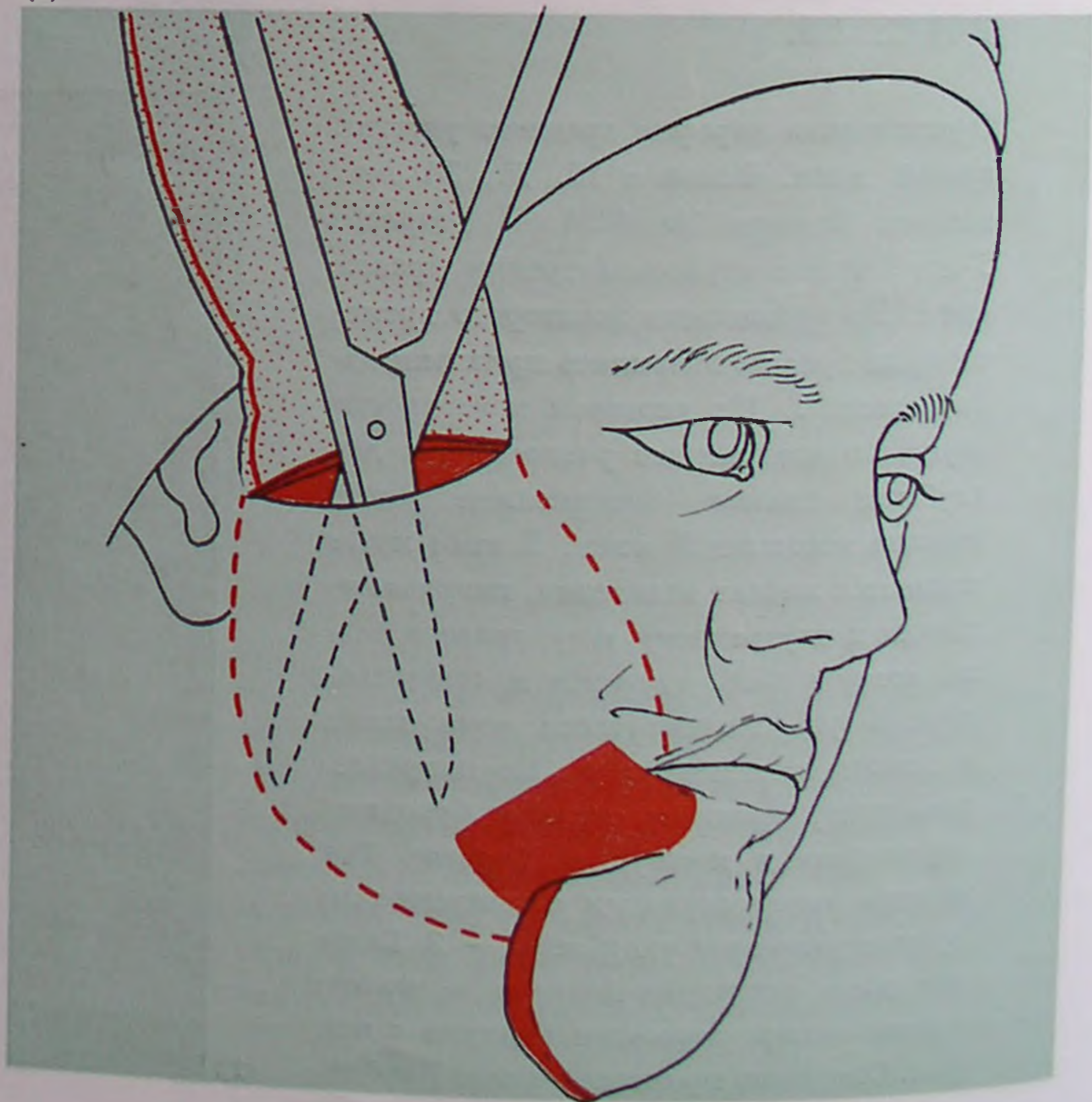
Тяжелая диффузная гемиатрофия правой половины лица. Больная А. Т., 20 лет, история болезни № 18 469. 1. В каудальном направлении область атрофии ограничена глубокой бороздой,

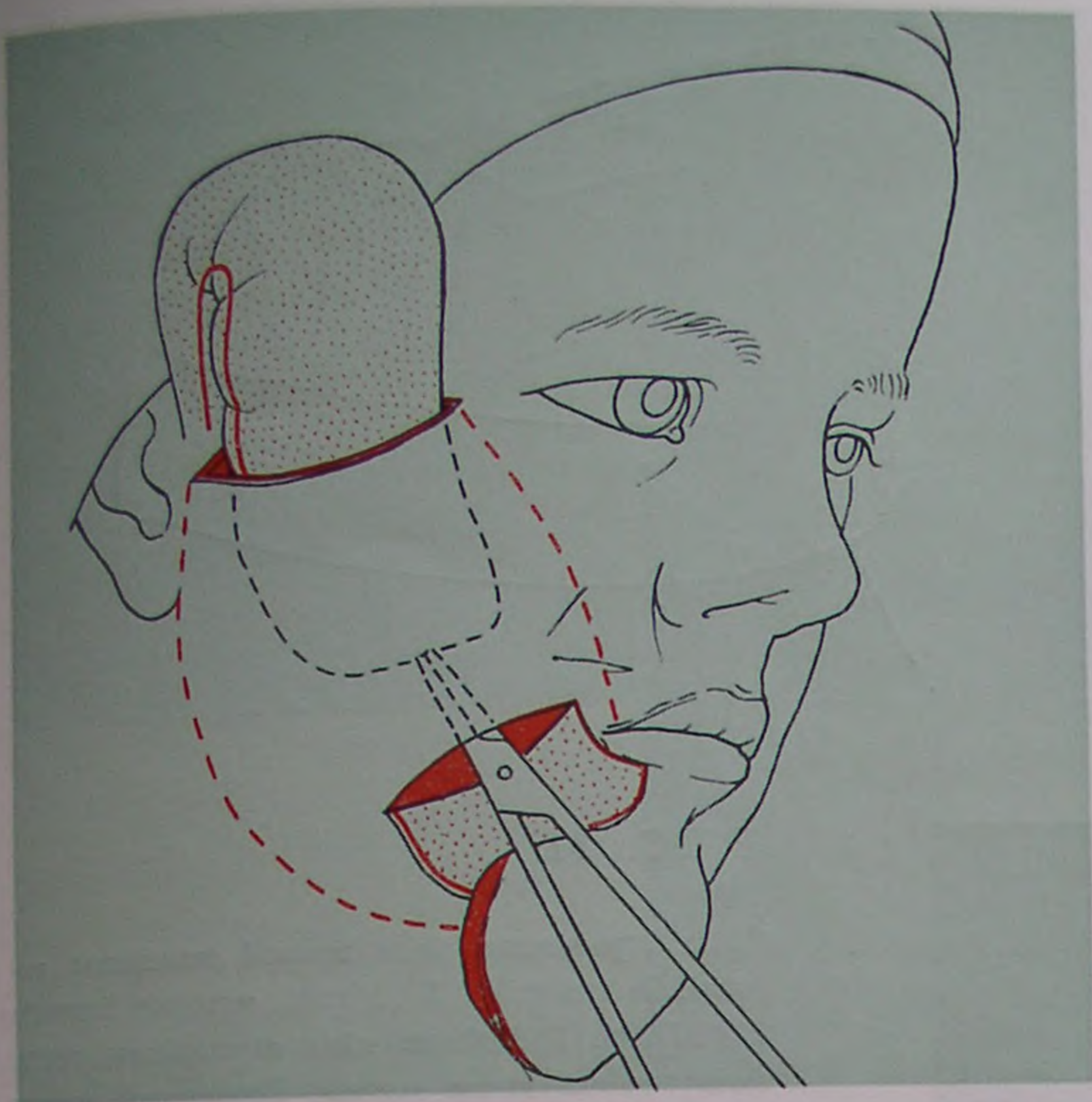
расположенной по средней линии подбородка. Атрофией поражена височная область и наружный участок лобной области. Границей области атрофии является возвышенная линия, начинающаяся

(4)

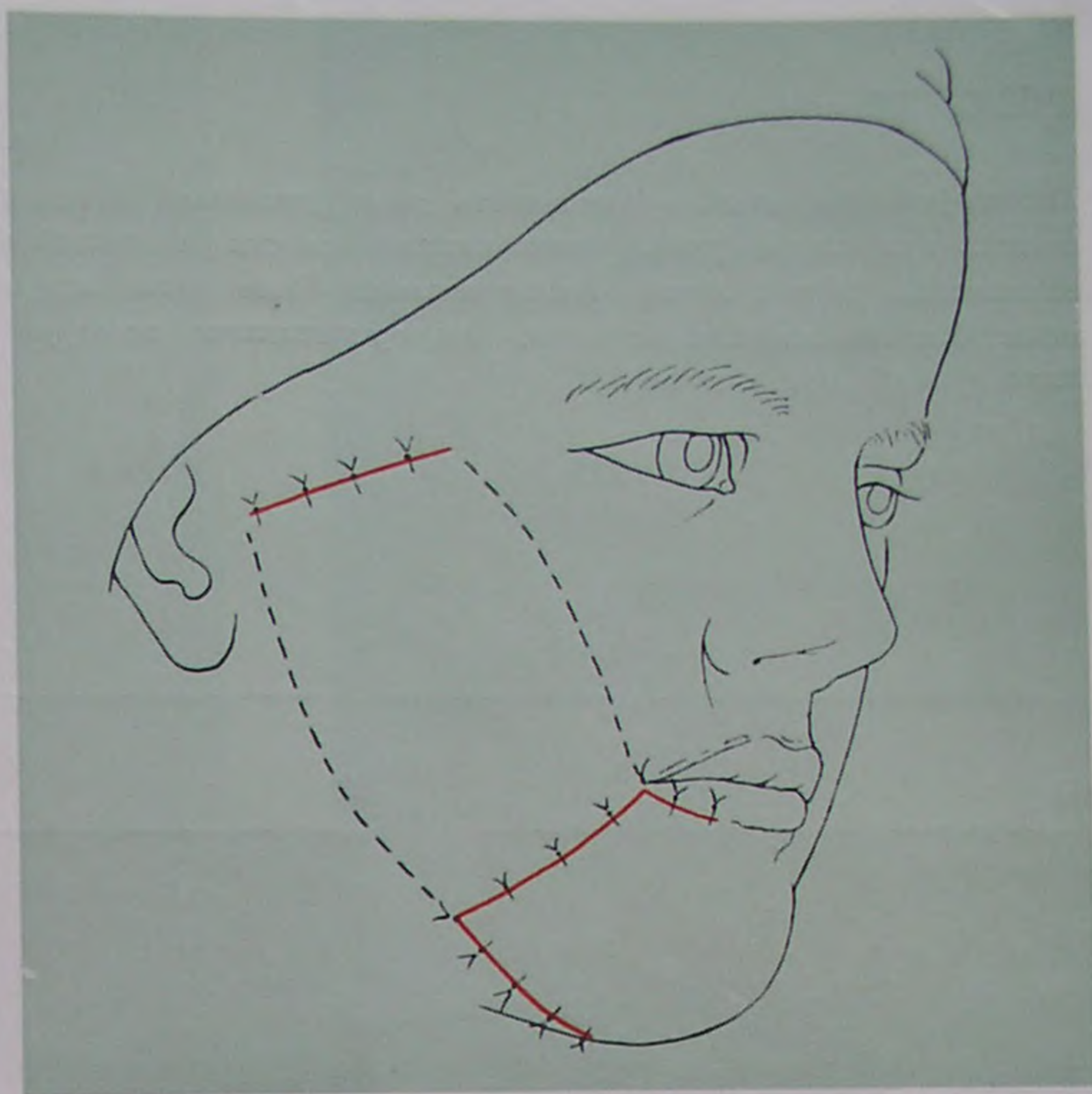


(5)





(6)



(7)

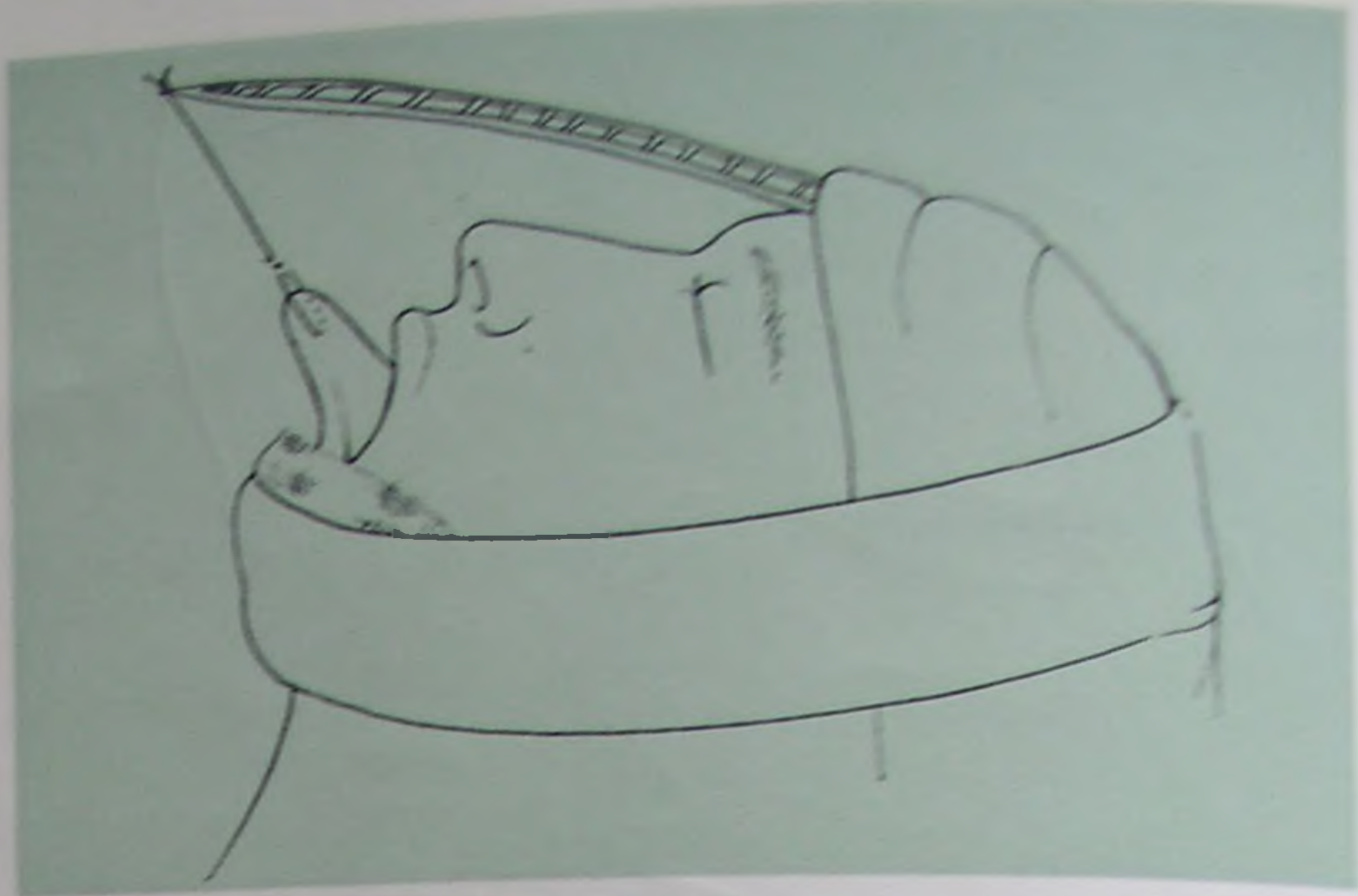
посередине брови и направляющаяся кверху и латерально. Все слои сильно поражены атрофией, кожа истончена и сильно пигментирована. Правый угол рта расположен значительно выше левого. — 2. В течение 6 лет удалось добиться улучшения внешнего вида в области щеки и лба путем повторно проводимой пересадки кориума и жира, а в скуловой области, кроме того, и путем пересадки хряща. По прошествии следующих двух лет было решено осуществить пересадку стебельчатого лоскута, с которого был удален эпидермис. — 3. Путем перемещения встречных треугольных лоскутов углу рта удалось придать нормальное положение. Торако-эпигастральный стебель пересажен через правое предплечье в область виска; его вторая ножка перемещена на подбородок. — 4. Схематическое изображение стебля, со средней части которого срезан эпидермальный слой с помощью ножа Хамби. — 5. Стебель расщеплен. Меньшая часть стебля оставлена на подбородке для местного использования. Ниже верхней ножки произведен разрез кожи и ее края отсепарованы вплоть до нижней границы рта. — 6. Лоскут втянут под отсепарованную кожу лица. — 7. На подбородке произведено иссечение атрофической, сильно пигментированной кожи. На дефекте распластана пересаженная на подбородок часть лоскута. — 8. Больная спустя год после операции.

(8)



Р И С. 30.

Метод фиксации языка. Фиксировать язык указанным методом выгодно при потере средней части нижней челюсти, являющейся естественной опорой языка. Метод является более надежным и менее болезненным для больного, чем приклеивание лигатуры, фиксирующей язык к щеке.



(1)



(2)



Р И С. 31.

Скальпированная рана правой половины головы. Больной И. Д., 1 года, история болезни № 37 194. 1. Ребенка сбил автомобиль, шина которого захватила волосы. Сорванный лоскут висит на широкой ножке, расположенной между наружным краем глазницы и затылком. Рана и окружающая ее кожа сильно загрязнены. Кости черепа в области лобного бугра и части темени лишены надкостницы. — 2. Подготовка операции, которая будет произведена под общим эндотрахеальным наркозом. — 3. Использовать здесь лоскут можно было только после тщательной обработки раны. — 4. Больной спустя 2 месяца после операции. — Операция произведена Бруно Стокарм.



(3)



(4)



(1)



(2)

РИС. 32.

но-ушибленная рана и внедрившаяся в кожу лица пыль. Больной Ф. В., 30 лет, история болезни № 38 717. 1. Больной во время езды на велосипеде на большой скорости перелетел через бордюры и упал левой половиной лица на дорогу. На спинке и правой половине носа, на левой половине верхней и нижней губы, на левой стороне подбородка и нижней челюсти образовались глубокие раны. Множество частиц пыли, которая покрывала дорогу, внедрилось в кожу. Во время операции раны были повторно

промыты, а глубоко внедрившиеся частички пыли удалены щеткой и кончиком скальпеля. Рваные раны на нижней губе и левой половине подбородка иссечены и зашиты. На раны и ссадины наложена масляная повязка, поверх нее в течение первых трех дней к ране прикладывали примочки с ледяным раствором пенициллина и стрептомицина. — 2. Больной спустя 14 дней после травмы. Обработка раны была произведена Бруно Стокаром.

РИС. 33.

Травма лица, полученная при падении с велосипеда. Больной Р. П., 33 лет, история болезни № 5759. 1. Больной, упав с велосипеда, на протяжении нескольких метров «проехался» лицом по земле. Кожа лба, бровей, правого века и щеки порвана; пыль и частицы песка внедрились в рану и в кожу правой половины



(1)



(2)

лица. — 2. Внедрившиеся в кожу щеки и в рану инородные тела и пыль удалены щеткой. Края раны и разорванная ткань иссечены. На рану наложен полный первичный шов. Больной через полтора месяца после травмы. Операцию произвел Зденек Кунц.

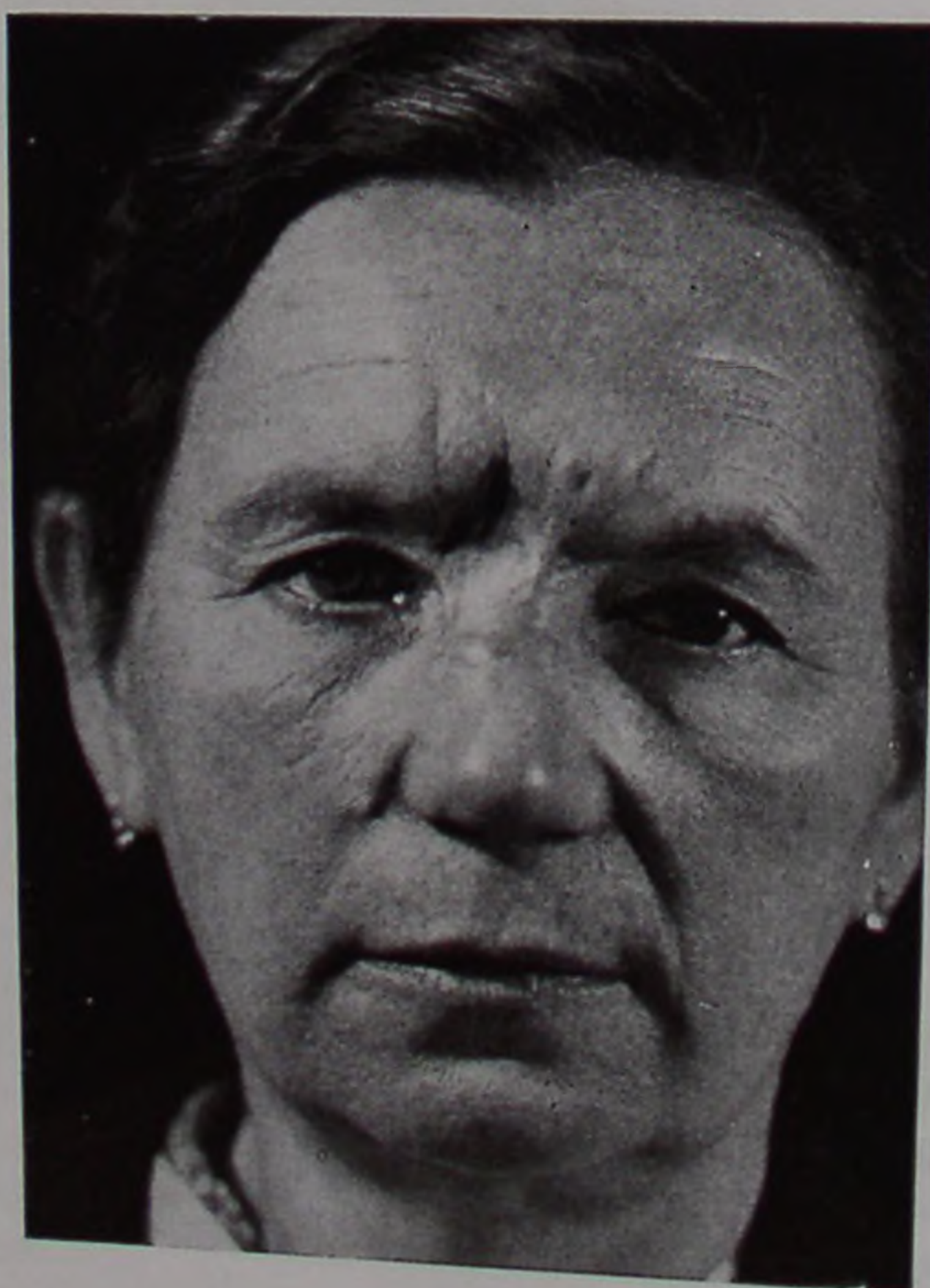
Р И С. 34.

Укус собаки. Больная М. Б., 49 лет, история болезни № 5032. 1. При укусе у больной была вырвана кожа в области корня носа, надпереносья и части верхнего века правого глаза. Хирург, опасаясь возможных осложнений, ограничился при обработке раны иссечением ее дна, сглаживанием краев и сшиванием надрывов кожи. В дефект был пересажен дермо-эпидермальный трансплантат. Операция была произведена в доантибиотическую

эру. — 2. Больная через год после операции. В правой половине корня носа и надпереносья выявляется весьма заметное углубление, покрытое бледной, почти белой кожей. Свежие раны, причиненные укусом животного, можно обрабатывать и радикально оперировать под защитой антибиотиков так же, как любое другое ранение, поскольку, конечно, у животного не заподозрено бешенство. В данном случае в наше время можно было бы достичь гораздо лучшего результата путем местной кожной пластики, в особенности путем перемещения со лба артериализированного лоскута.



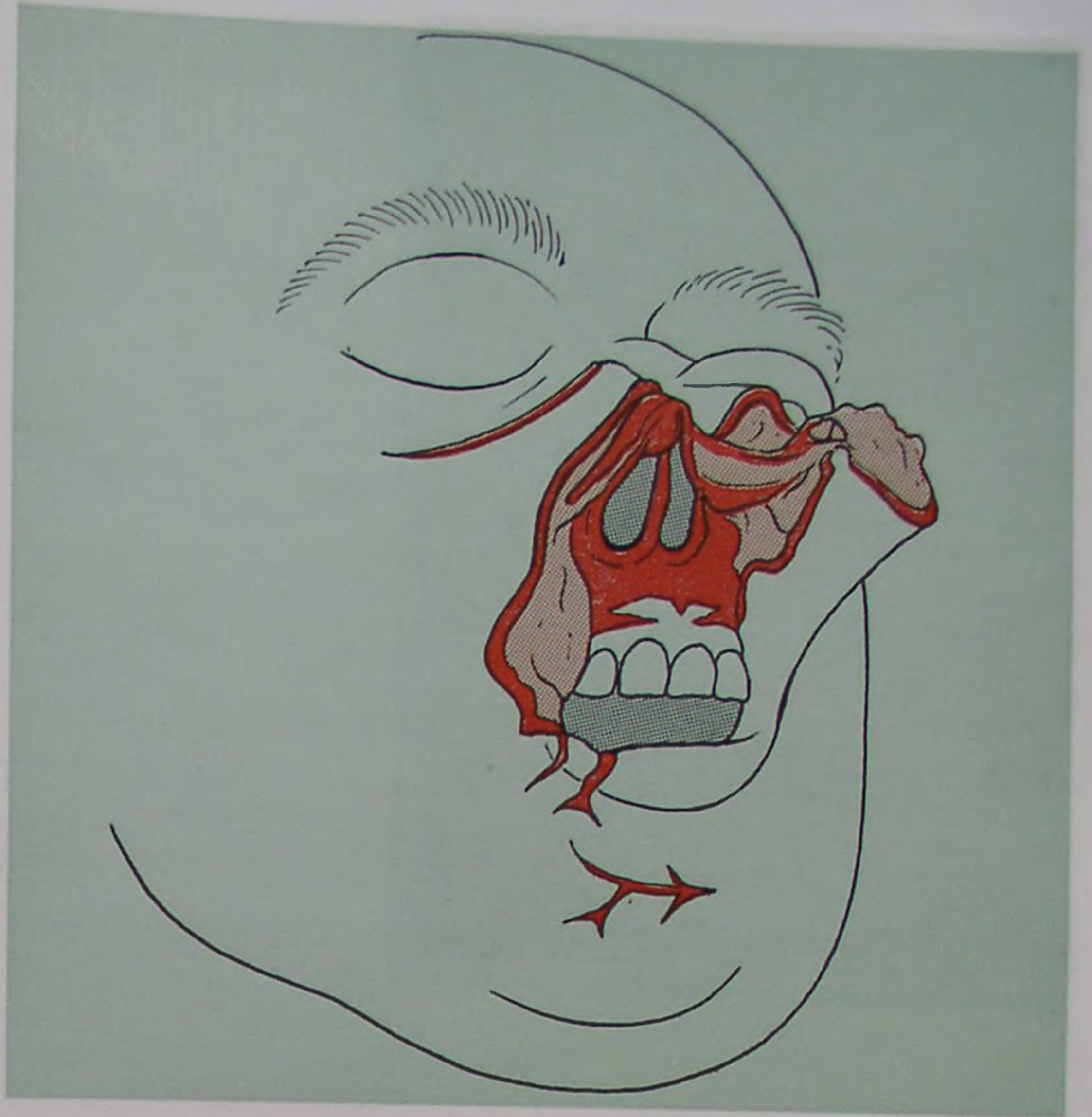
(1)



(2)



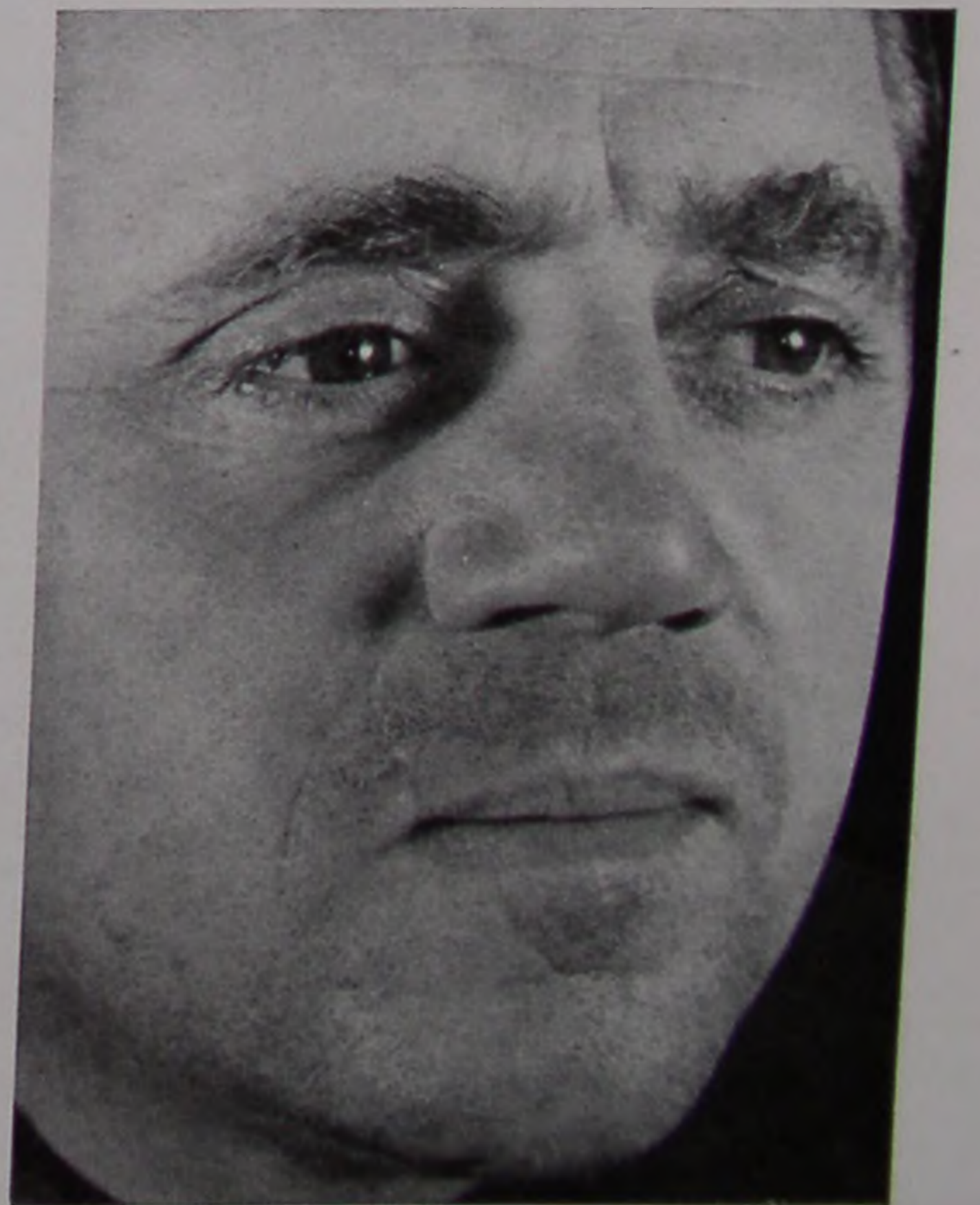
(1)



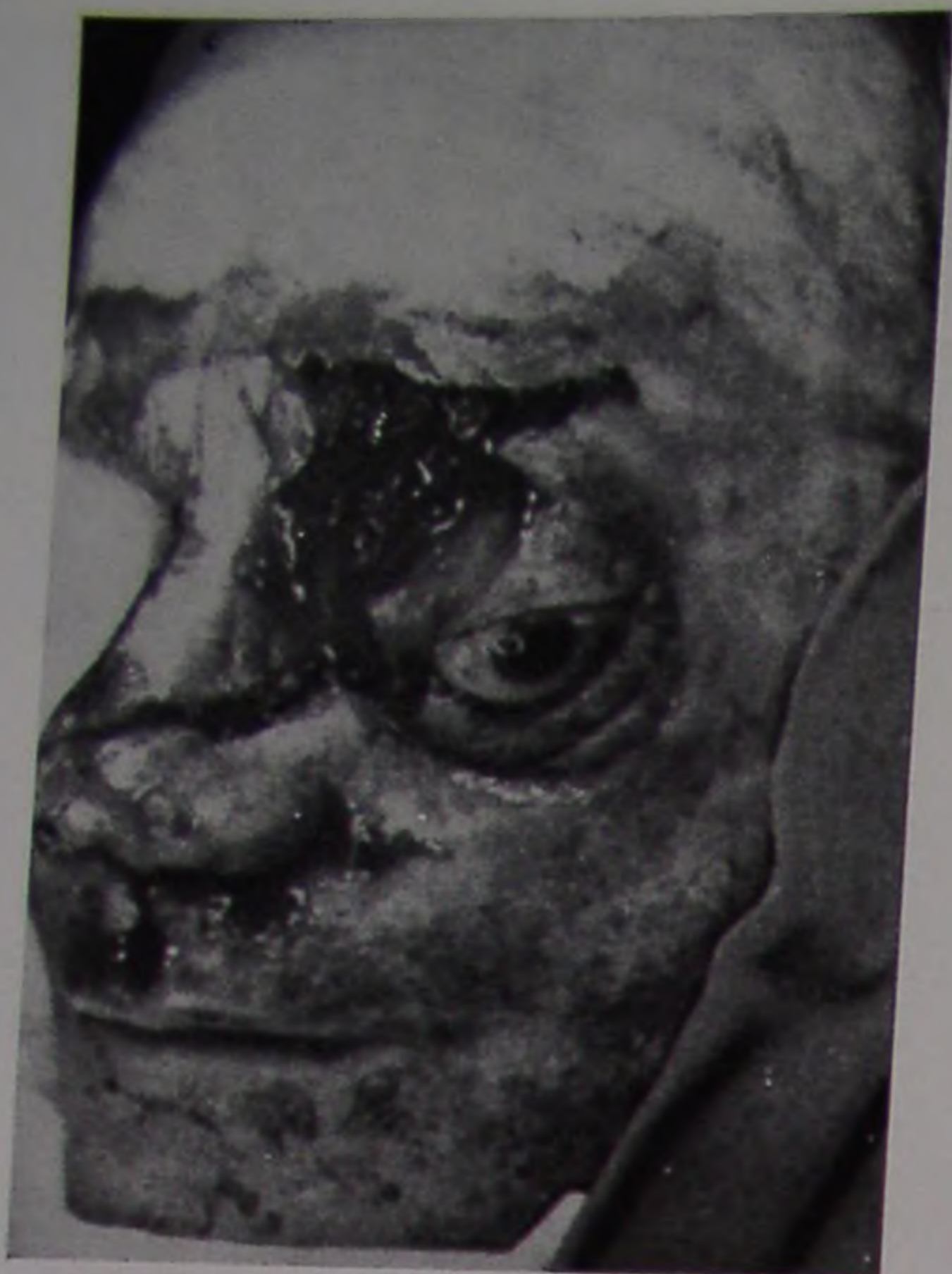
(2)

Р И С. 35.

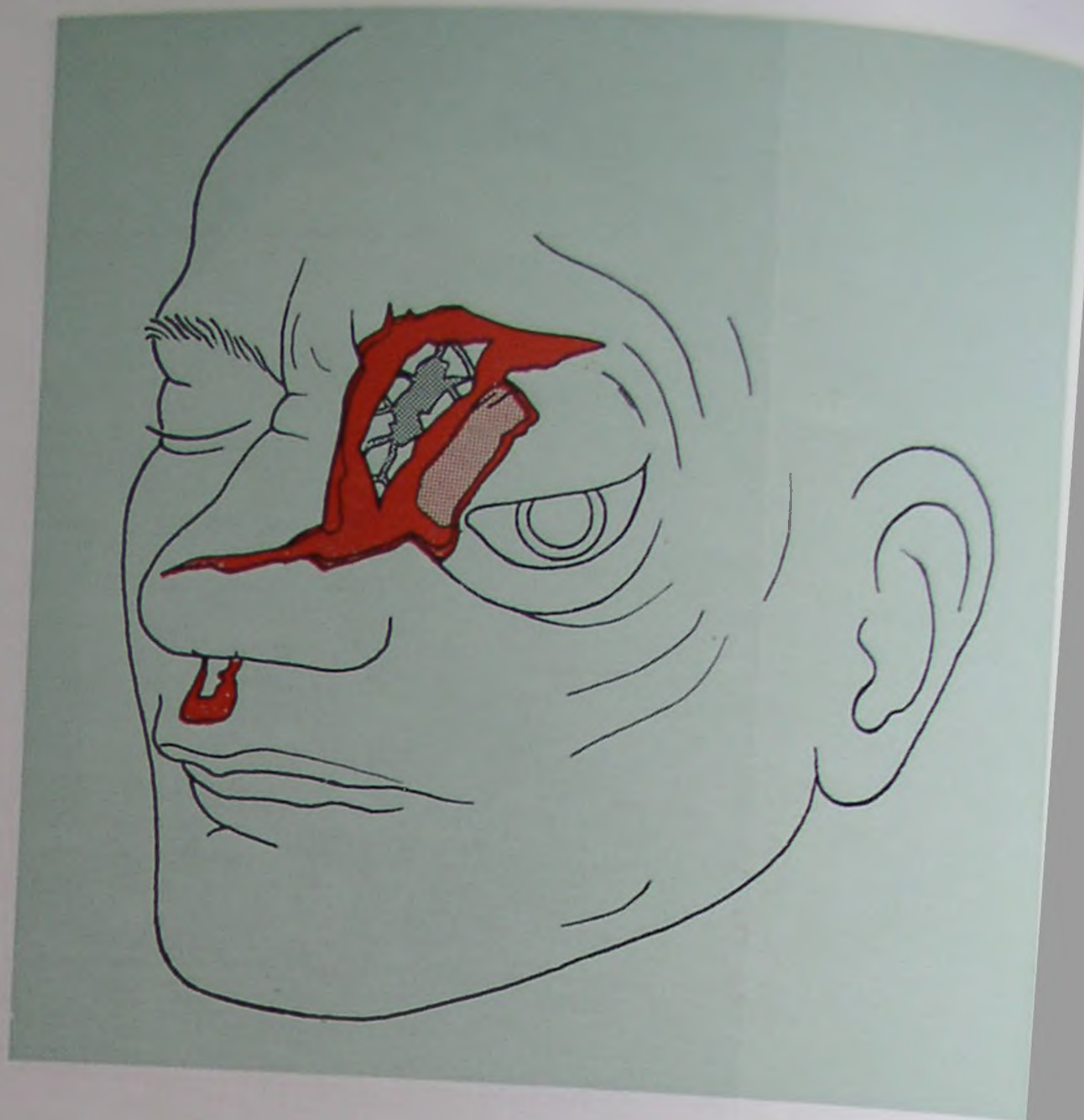
Транспортная травма. Больной И. К., 38 лет, история болезни № 40 683. 1, 2. Больной попытался во время езды закрыть двери грузовой машины. При этом он выпал из грузовика; лицо больного волочилось по земле. Нос и верхняя губа были с правой стороны оторваны, носовые кости сломаны; на правой щеке и нижней губе несколько рваных ран, а в обоих веках правого глаза большие гематомы. После тщательной основной обработки раны и удаления внедрившейся в нее пыли на слизистую оболочку носа был наложен шов, верхняя губа пришита к десне, сшита круговая мышца рта, на все небольшие разрывы наложены тонкие швы. Больному была назначена местная и общая антибиотикотерапия. — 3. Больной спустя 2 года после операции. Операцию произвел Ярослав Седлачек.



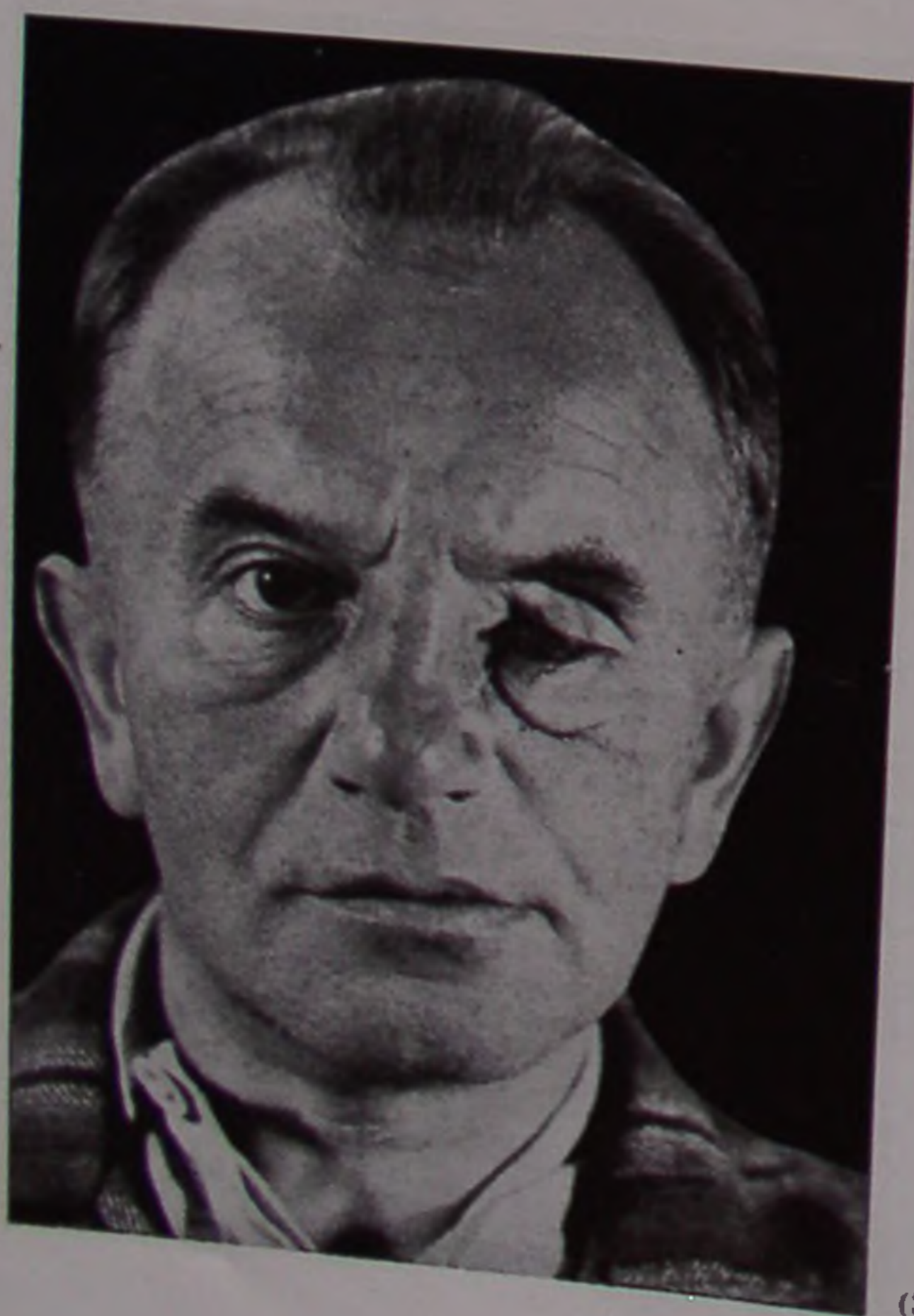
(3)



(1)



(2)



(3)

Р И С. 36.

Тяжелая производственная травма. Больной Ф. К., 46 лет, история болезни № 6477. 1, 2. Металлическая часть, выброшенная из вращающейся с большой скоростью машины, ударила больного в среднюю часть лица и раздробила носовые кости, лезла в глазницу и переднюю часть основания черепа; при травме было полностью оторвано левое глазное яблоко. Больной находился в тяжелом шоке. Оперирован под наркозом после выведения из состояния шока. Размозженные и неспособные к жизни части были удалены, глазное яблоко экстирпировано, разорванная твердая мозговая оболочка в передней черепной ямке покрыта трансплантатом фасции, фрагменты носовых костей после репозиции фиксированы кетгутowymi швами к надкостнице. Такой же обработке подверглись и отломки краев орбиты. Послеоперационное течение осложнилось гематомой век, в результате которой разошлись швы. — 3. Больной через полгода после операции. Опущение нижнего века. От внутреннего угла глазной щели дугообразно книзу и латерально направляется глубоко втянутый рубец. Не наступило приживления у внутреннего угла глаза

о века. — 4. Была произведена вторичная пластика
 тез подходит прекрасно. Больной спустя год после вто-
 ции. Операцию произвел Вацлав Карфик.



(4)

17.

рана щеки. Больной К. Г., 2 лет, история болезни
 1. При падении на разбитый стеклянный сосуд были
 мягкие ткани щеки. Дугообразная рана пересекает
 сю щеку от спинки носа до подбородка. Ротовзя по-

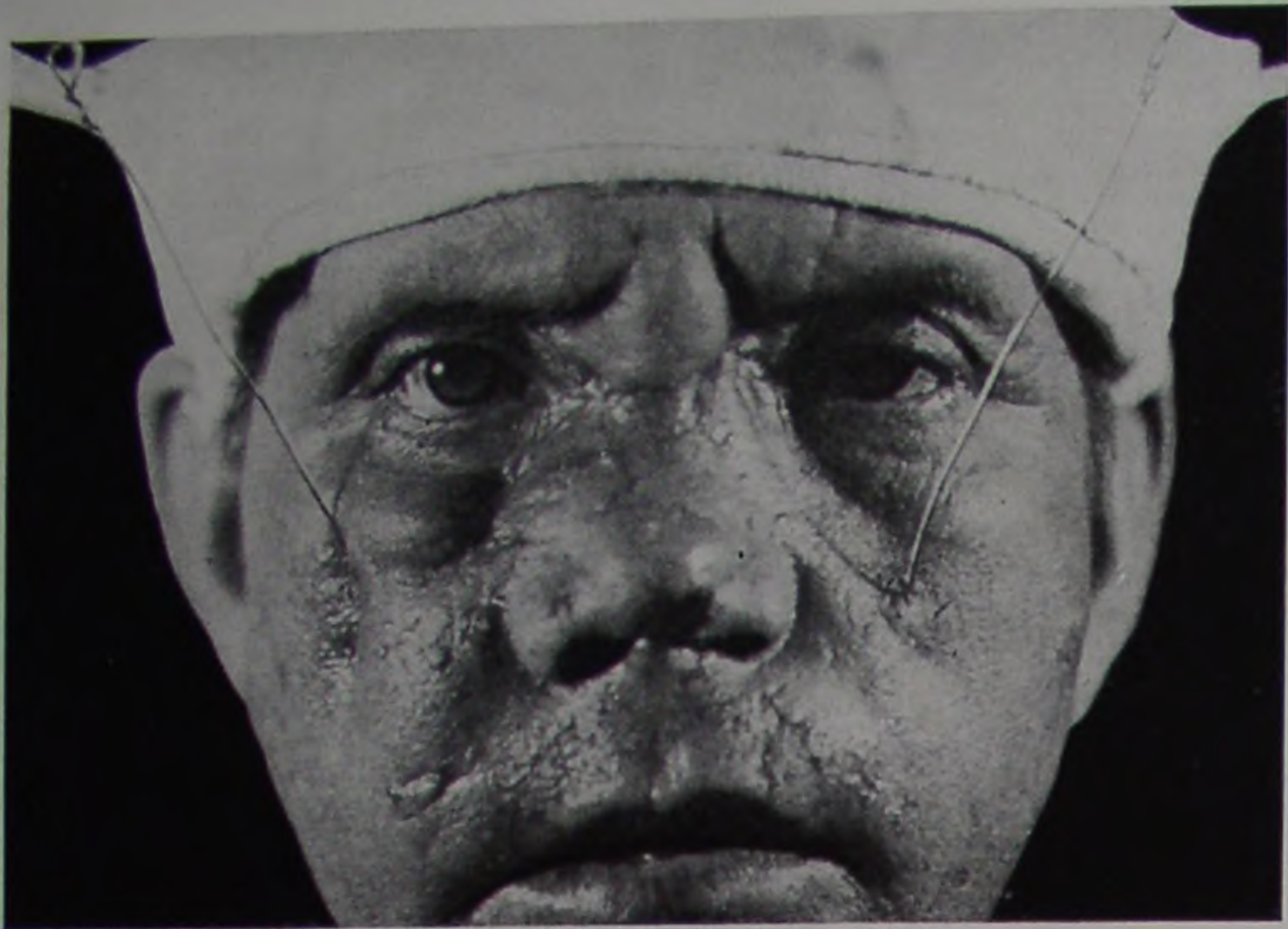
лость широко зияет. Произведена типичная обработка раны и
 тщательное послойное сшивание слизистой оболочки, мышц и
 кожи. — 2. Больной через 2 года после операции. Подвижность
 правой половины лезой верхней губы понижена. — 3. Больной
 через 12 лет после травмы. Губы обладают нормальной подвиж-
 ностью.

(2)



(3)





1)

Широкая ушибленная и рваная рана лица, осложненная переломом костей. Больной К. Г., 38 лет, история болезни № 13 572. 1. Перелом верхней челюсти и множественные переломы костей носа. Состояние после репозиции отломков верхней челюсти, фиксированных при помощи проволочных шин для вытяжения, пронизывающих щеку и прикрепленных к гипсовой форме. На

мягкие ткани щеки наложены швы. — 2. Для удержания фрагментов оскольчатого перелома носа в носовые входы введены шины, прикрепленные при помощи шарнирного устройства к гипсовому венцу. — 3, 4. Больной после излечения. Операцию произвел Вацлав Карфик.

Р И С. 38

(2)



(3)



(4)





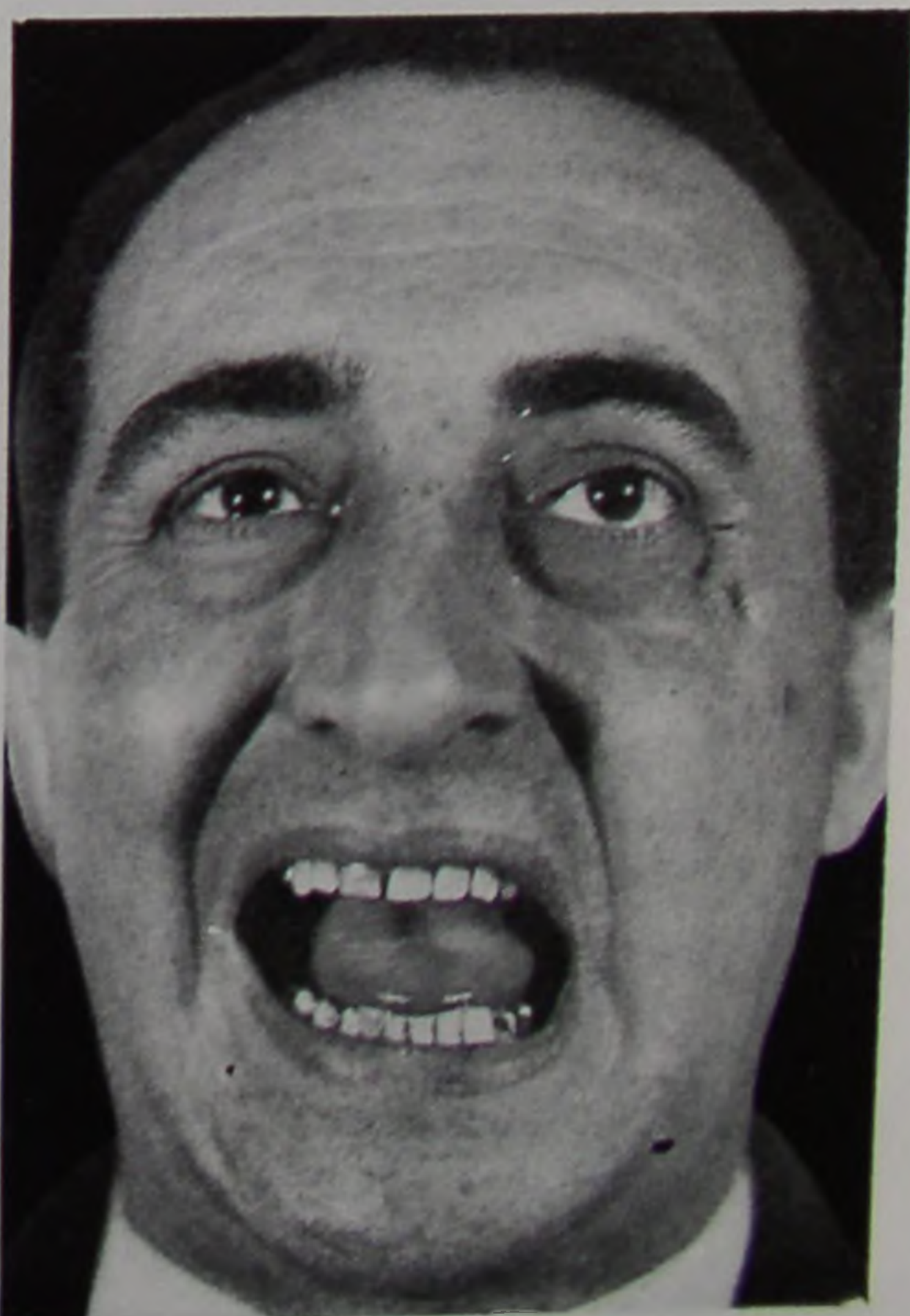
(1)

(2)

39.

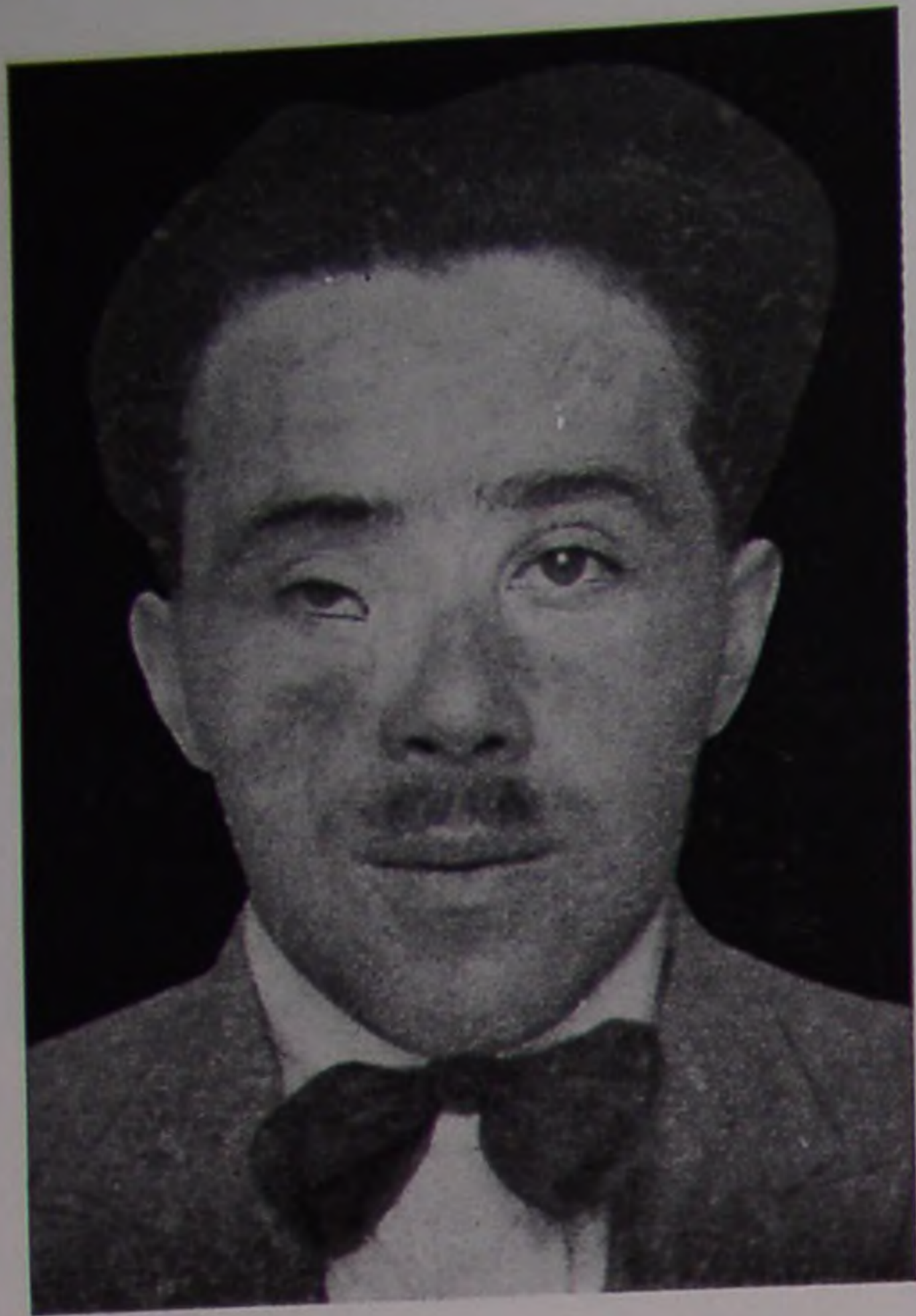
верхней челюсти типа Лефорд III. Больной А. В., история болезни № 3218. 1, 2. Дислокация отломка скулы. Опущение и девиация глазного яблока, диплопия, полная подвижность челюсти. — 3. Коррекция при помощи

специальной шины. Скуловая кость приподнята при помощи крючка, подвешенного к гипсовому венцу. — 4. Больной после излечения. Операцию произвел Вацлав Карфик.



(3)

(4)

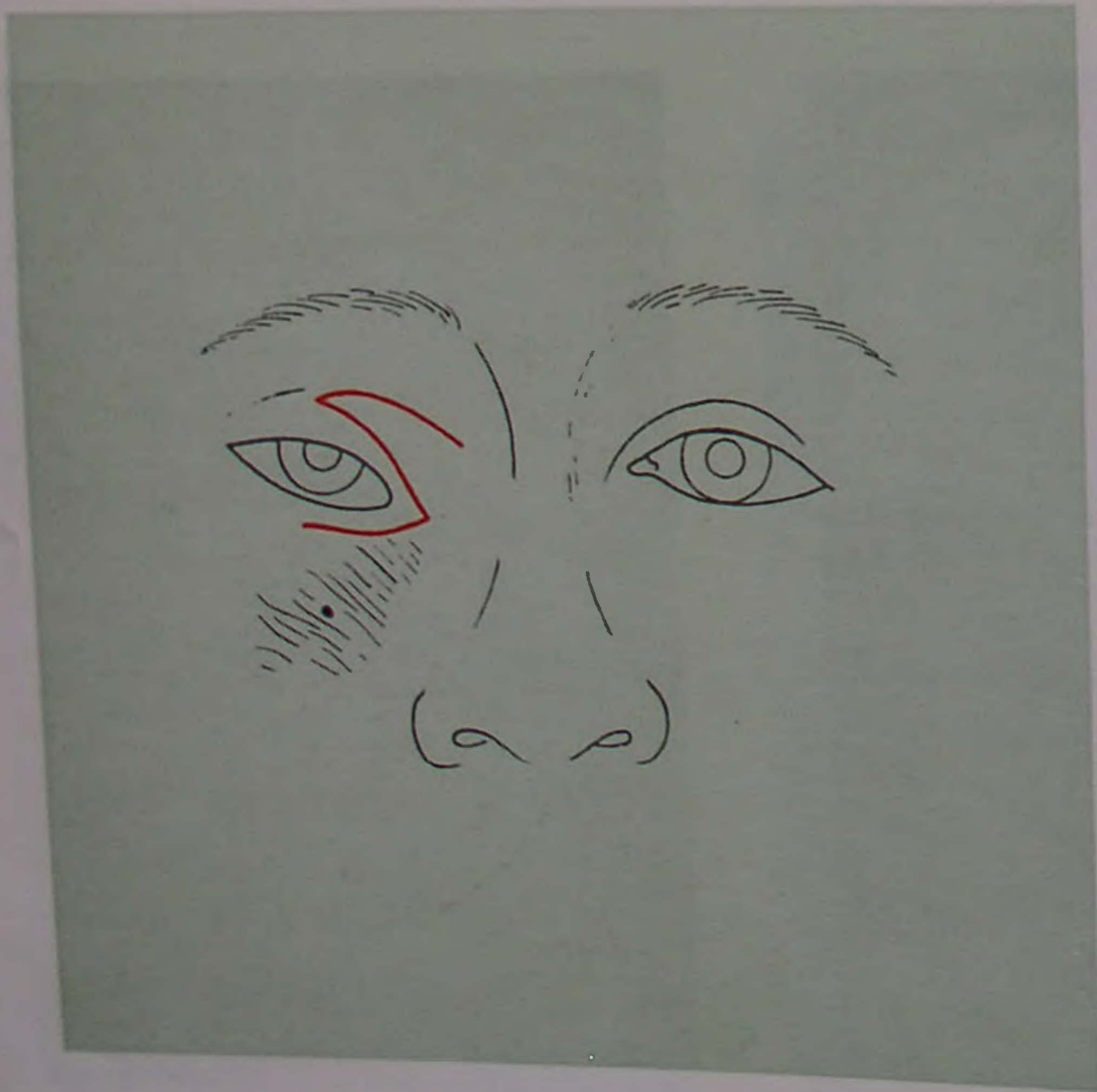


(1)

Р И С. 40.

Инвалид первой мировой войны. Больной И. П., 26 лет, история болезни № 1920. 1 Состояние после огнестрельного перелома верхней челюсти со стойким свищом правой лобной пазухи, опущением внутреннего угла правого глаза, обусловленным тягой рубца, идущего от надпереносья и корня носа через скуловую дугу к центру щеки. Глубокая впадина щеки под скуловой дугой. — 2. В первый этап операции произведено оформление правого глаза, так как этот дефект больше всего тревожил больного. — 3. В углу глаза выкроен треугольный лоскут и произведена его перестановка с другим треугольным лоскутом на ножке, выкроенным на боковой поверхности носа. Во второй этап операции иссечен рубец вокруг свища и произведена радикальная операция на гайморовой полости, из которой были удалены многочисленные отломки и разросшиеся грануляции. Гайморова полость была дренирована через широкое отверстие, образованное

(2)

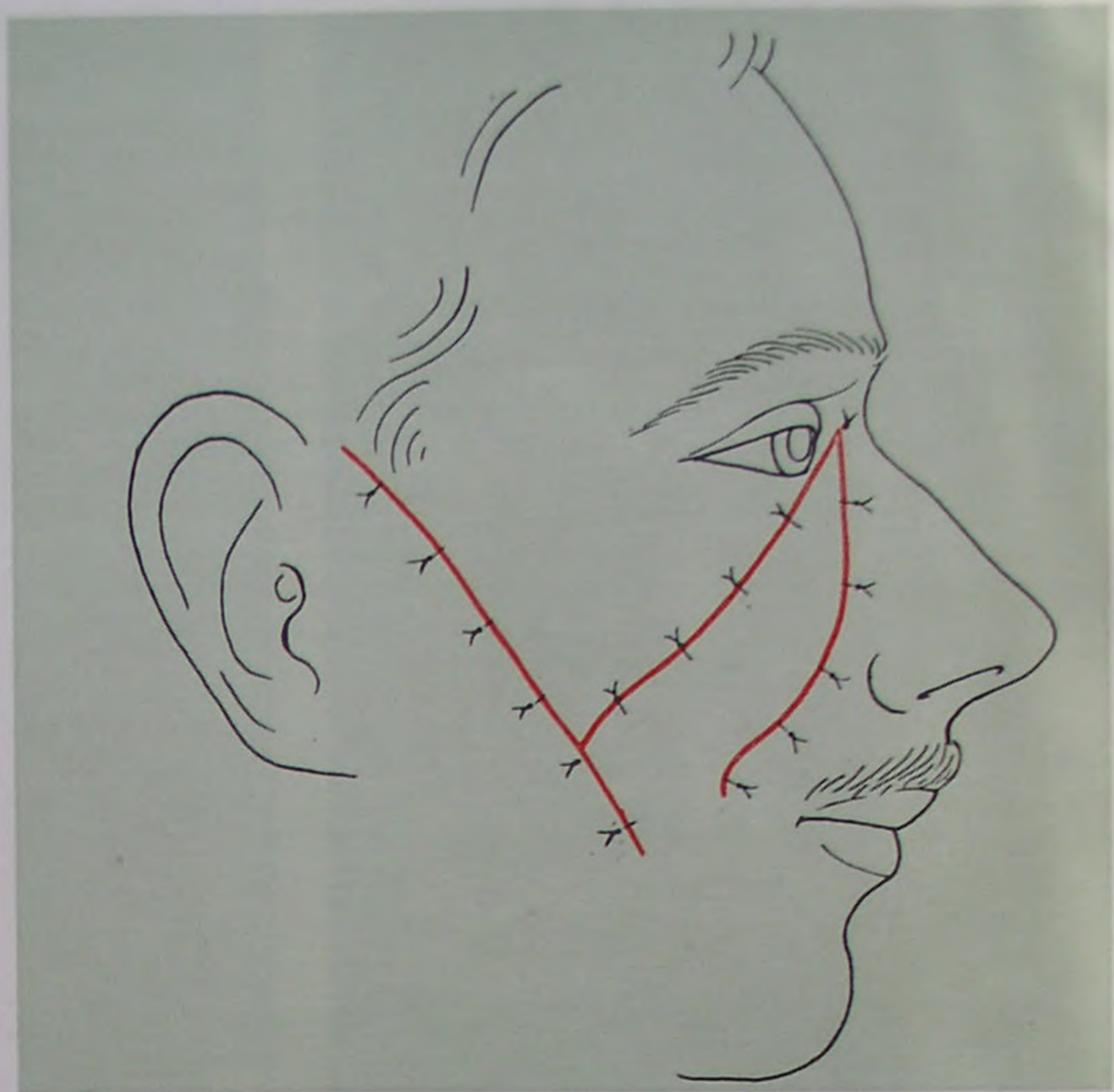


(3)





4)



(5)

под нижней раковиной носового хода. — 4. В третий этап операции произведено иссечение рубца, идущего на правой щеке от корня носа книзу. Произведена мобилизация краев раны, рассечены слайки, фиксирующие их, после чего в дефект пересажен треугольный лоскут на нижней ножке, расположенный на уровне угла рта и распространившийся к верхнему краю ушной раковины. — 5. Лоскут повернут к дефекту. — 6. Больной через несколько лет после операции.

(6)





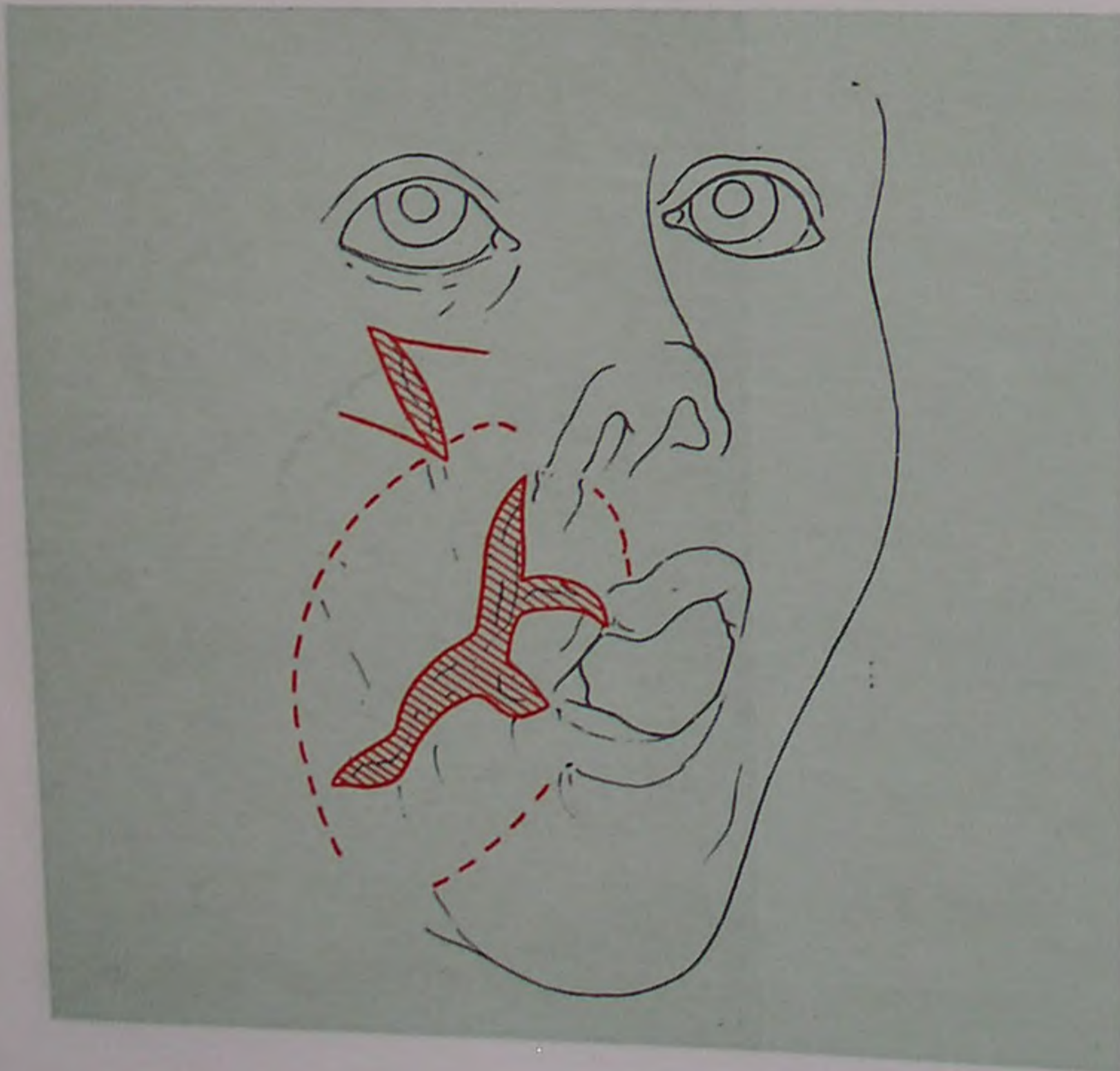
(1)



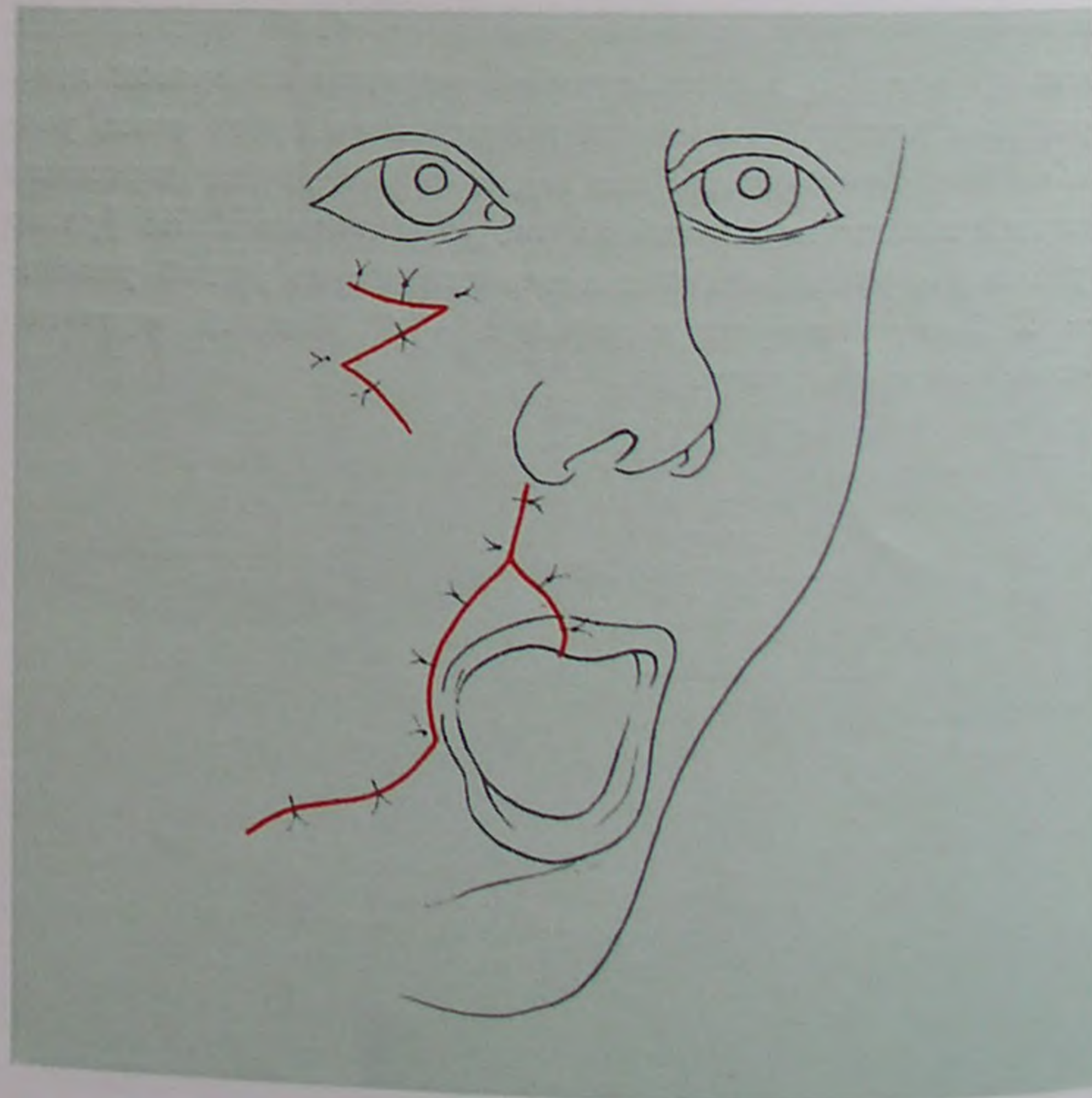
(2)

Тяжелая деформация лица, наступившая после ранения миной, полученного во время революционных боев в 1945 году. Больной А. В., 23 лет, история болезни № 9874. 1. Потеря правого глаза. — 2. Осложненный оскольчатый перелом верхней челюсти. Обширные, неправильной формы рубцы, деформация дна носа,

(3)



(4)

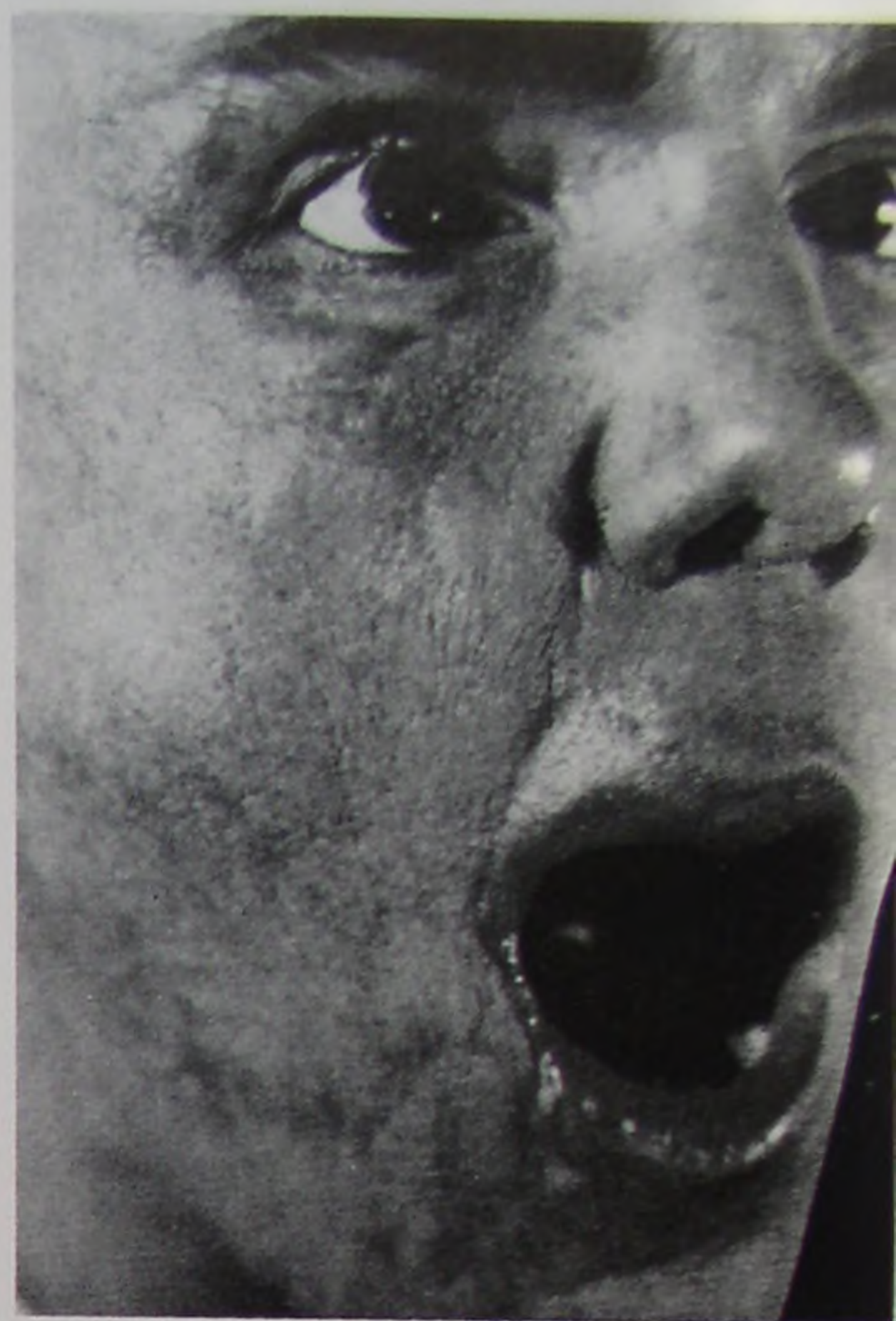


Р И С.

губ и щеки. От рубцов сильно страдает мимика. — 3. Схематическое изображение произведенных операций. Под правым глазом намечены линии разрезов, предназначенных для ликвидации тяги, воздействующей на нижнее веко. Для этой цели производится перестановка треугольных лоскутов и удаляются р



(5)



(6)

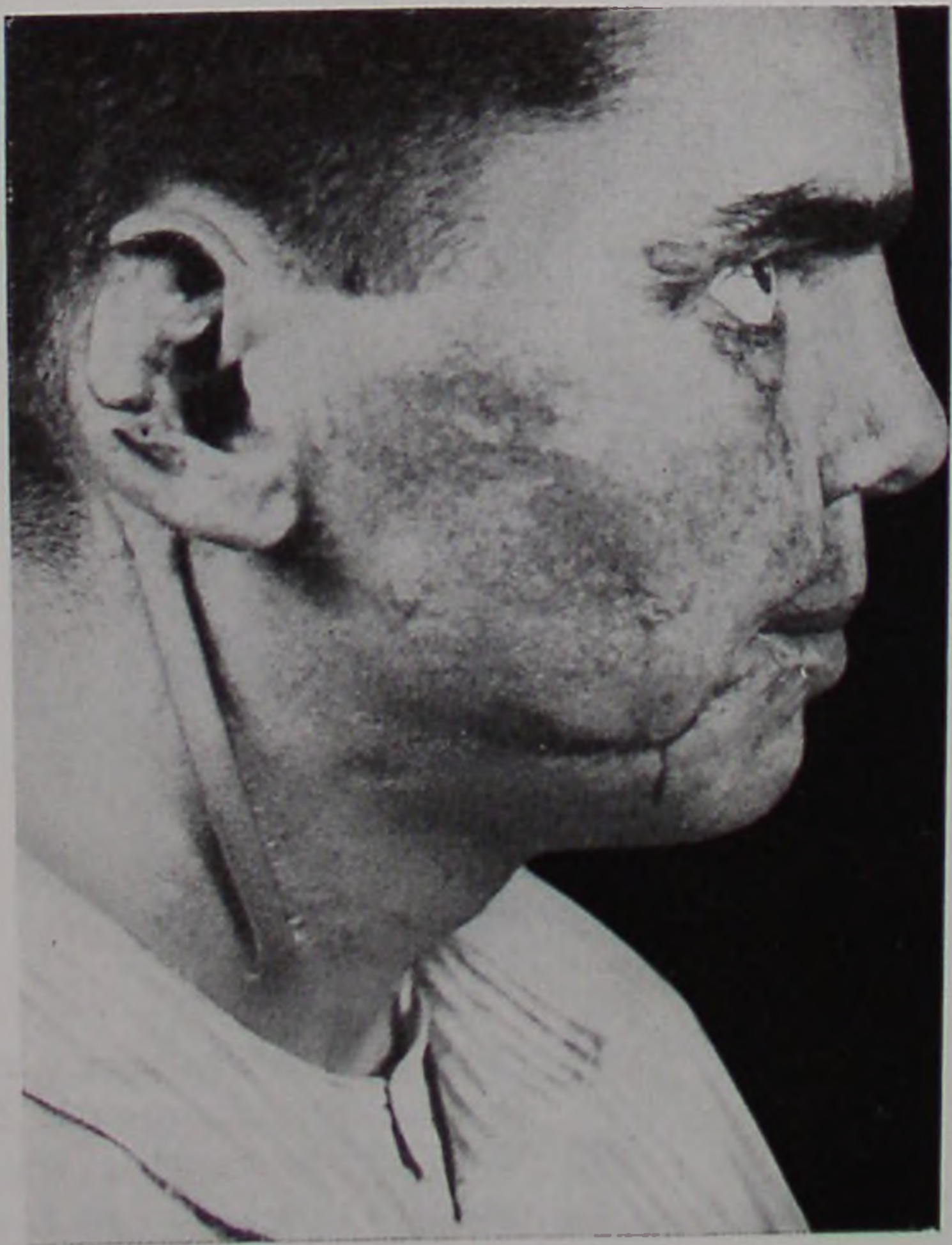
покрывающие все лицо, сильно ограничивающие деятельность мимических мышц и деформирующие крыло носа, носовую перегородку и губы. — 4. Схема расположения рубцов. — 5, 6. Больной после излечения. — 7. Повреждение правой ушной раковины с частичной потерей завитка. — 8. Для замещения

завитка подготовлен тонкий стебельчатый лоскут небольшого размера, расположенный вдоль грудино ключично-сосковой мышцы. — 9. Больной после пересадки стебля, предназначенного для восстановления края завитка. — Операцию произвела Гелена Пешкова.

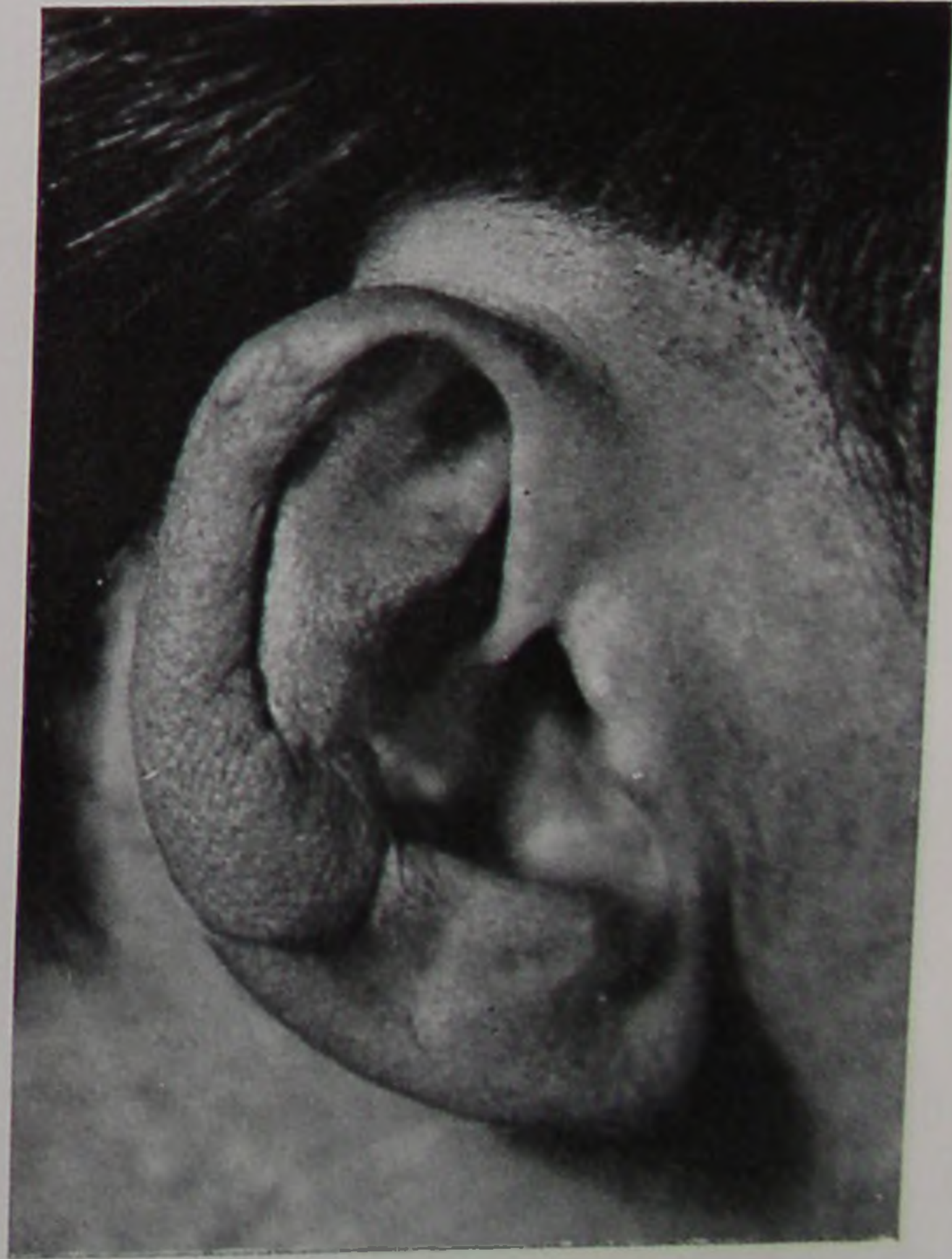
(7)



(8)



(9)





(1)



(2)

Р И С. 4

Состояние после ожога правой щеки в раннем детском возрасте. Больной А. Х., 16 лет, история болезни № 1609. 1. Обширный склеротический глазурный рубец правой щеки, распространяющийся до века правого глаза. Рубец обуславливает выворот правого нижнего века и на противоположной стороне подтягивает вверх угол рта. В связи с тем, что пришлось иметь дело с рубцевым блоком, замещающим подкожную клетчатку и прикреплен-

ным к скуловой кости, был подготовлен стебельчатый эпигастральный лоскут, перенесенный через предплечье на лицо, на котором было произведено полное иссечение всего рубцевого блока — 2. Состояние после приживления лоскута. В дальнейшем было произведено оформление задней и нижней части периметра лоскута.



(1)

Р И С. 43.

Тяжелая деформация лица, наступившая после химического ожога серной кислотой. Больная Г. Ф., 40 лет, история болезни № 7739. 1. Выворот век, особенно справа, потеря правой брови, ретракция крыльев носа, выворот губ. — 2. Состояние после пере-

сазки кожи в область век, щек, губ и носа и после трансплантации ленты, выкроенной из волосистой части головы для замещения правой брови. Предлагалось в дальнейшем произвести дополнительную операцию. Однако больная пока в клинику не явилась.



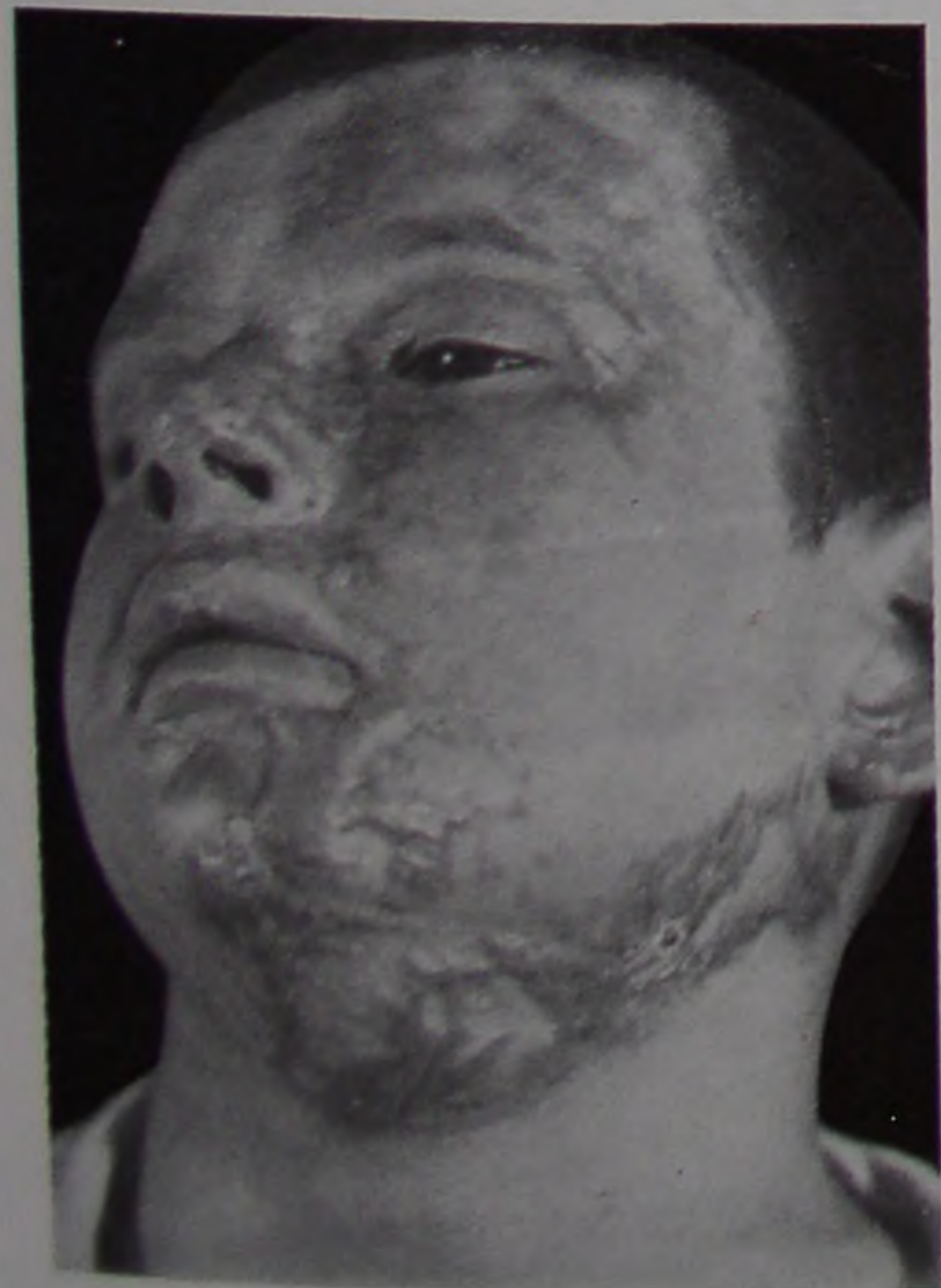
(2)

Р И С. 44.

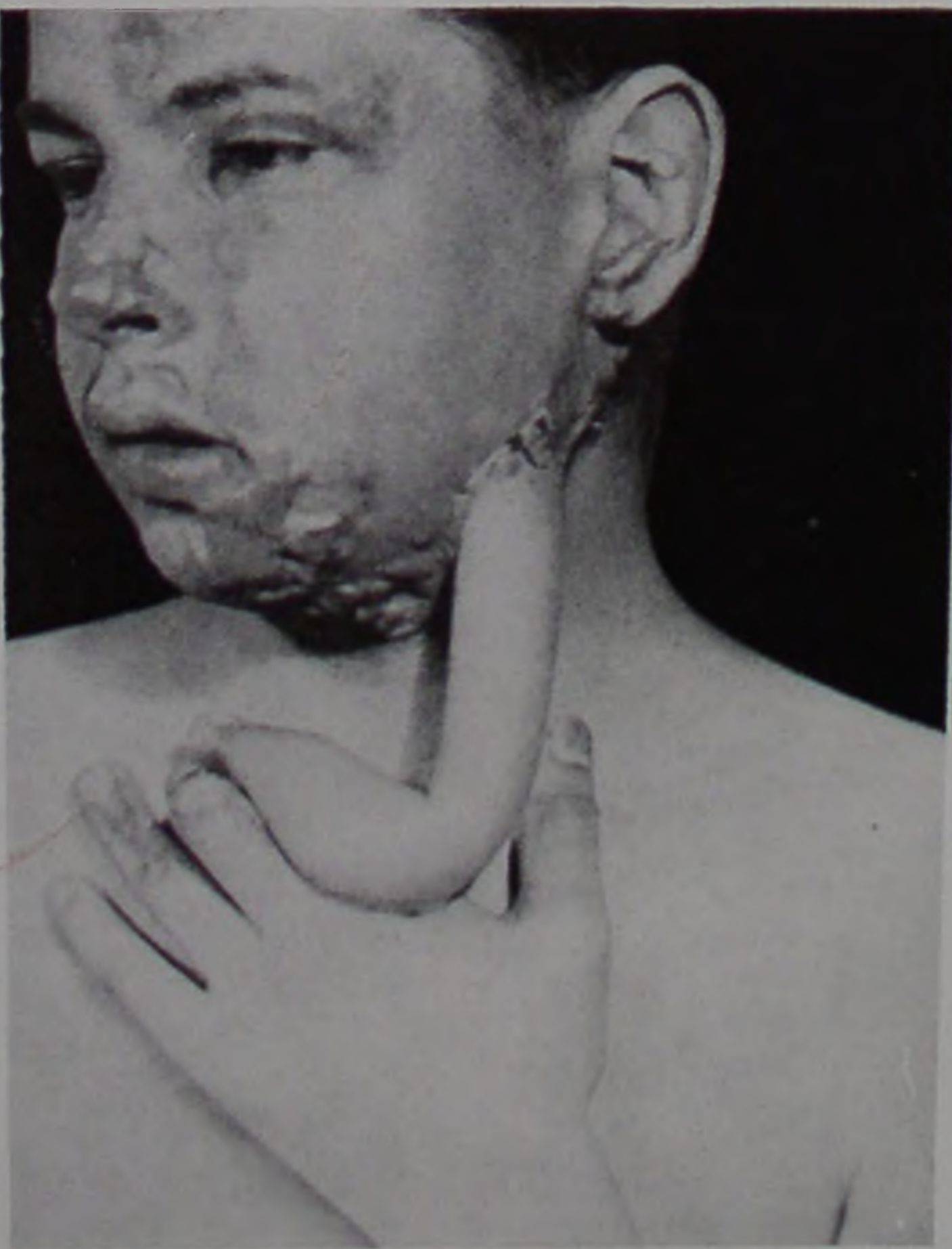
Большие келоиды на подбородке и шее после химического ожога. Больной Б. Б., 15 лет, история болезни № 3557. 1. На левой руке сгибательная контрактура указательного пальца, возникшая в результате потери разгибателя. Тыльная поверхность указательного пальца покрыта рубцом. Стебель, приготовленный на животе, перенесен на тыльную поверхность поврежденного указа-

тельного пальца левой кисти. — 2. В области угла нижней челюсти иссечен келоидный рубец, а на дефект пересажен стебель. По прошествии четырех недель вторая ножка стебля пересажена на подбородок. — 3. Результат, достигнутый после расчленения и распластывания стебля, заместившего всю покрытую келоидным рубцом поверхность лица.

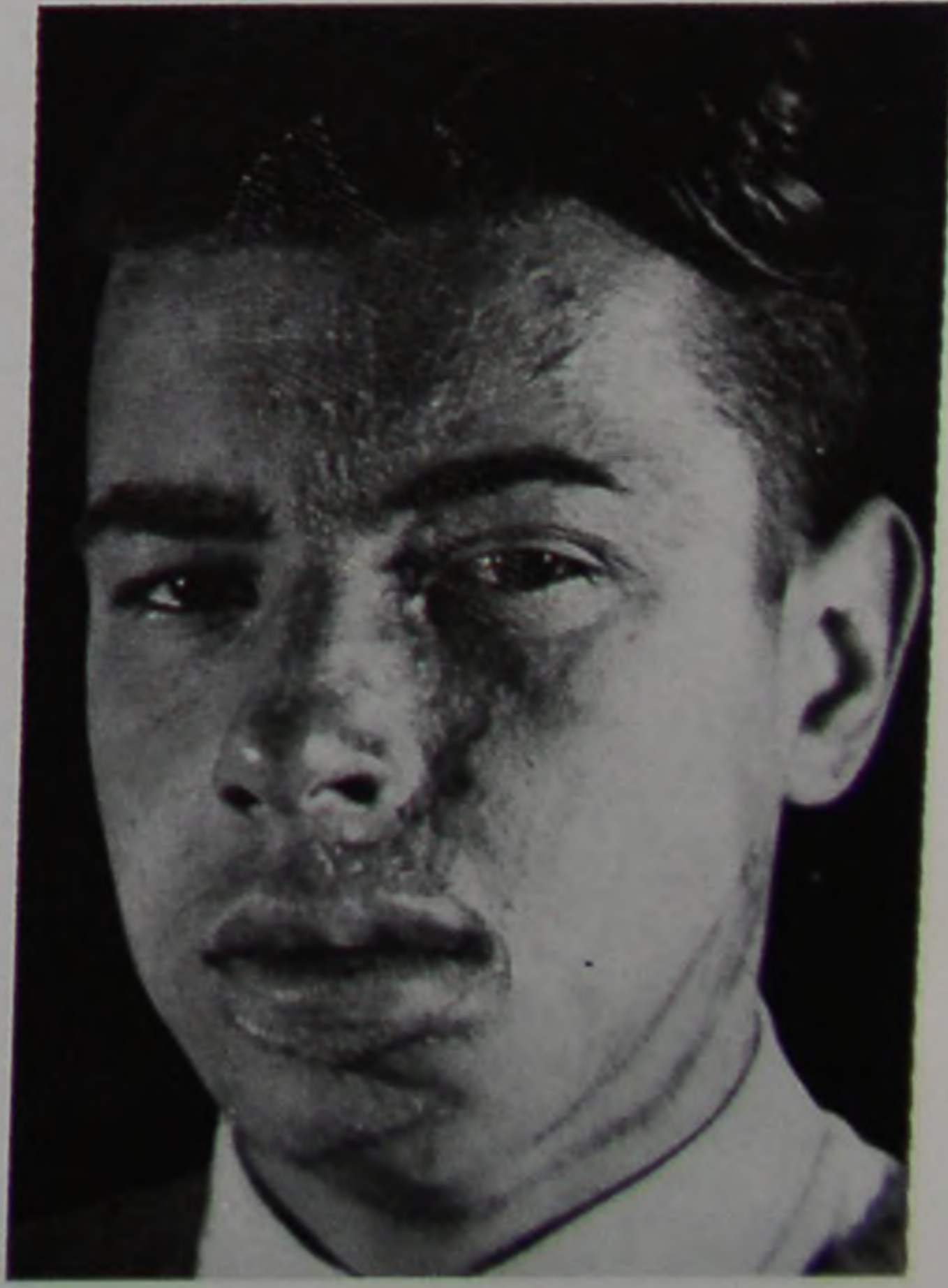
(1)

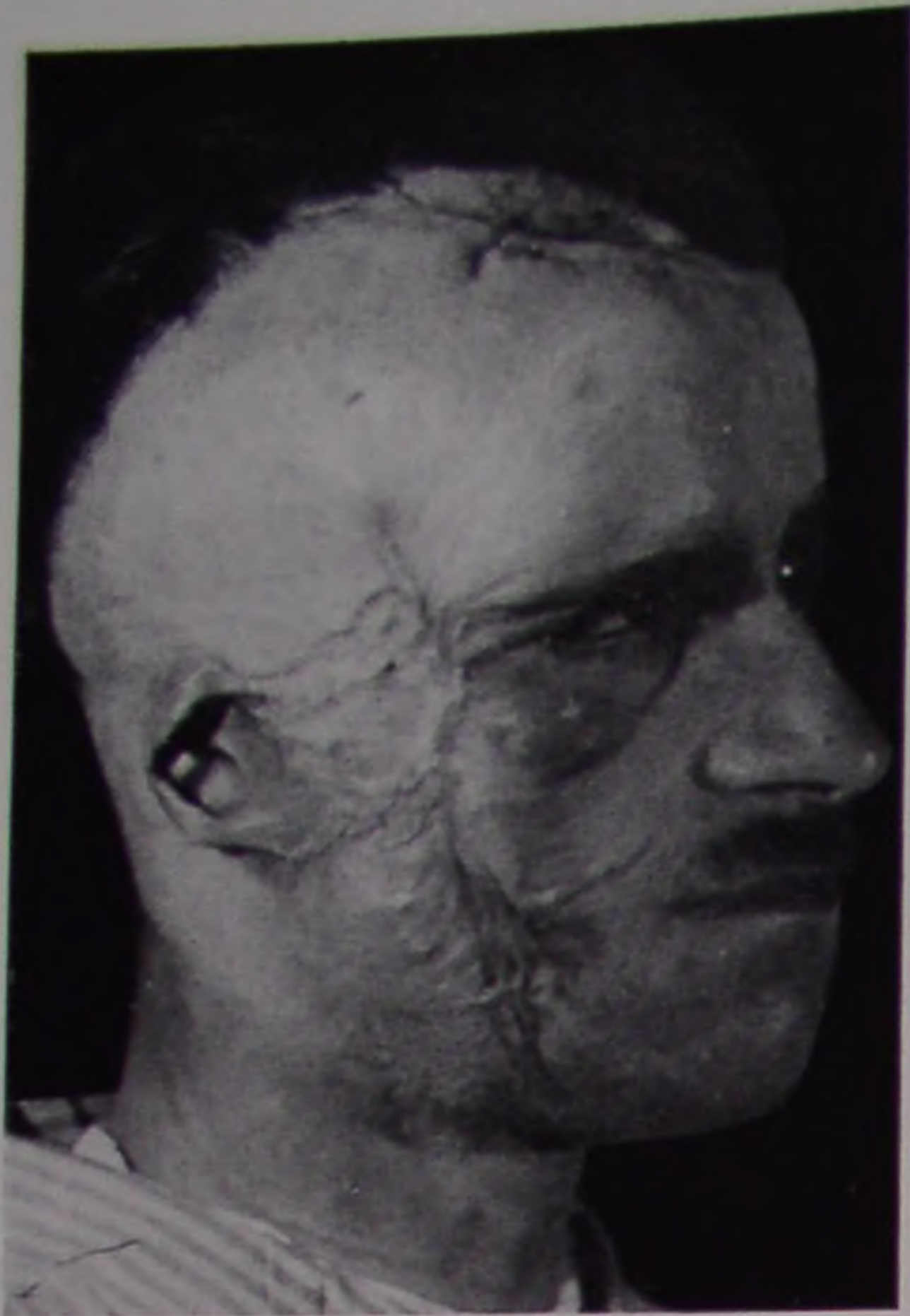


(2)



(3)





(1)

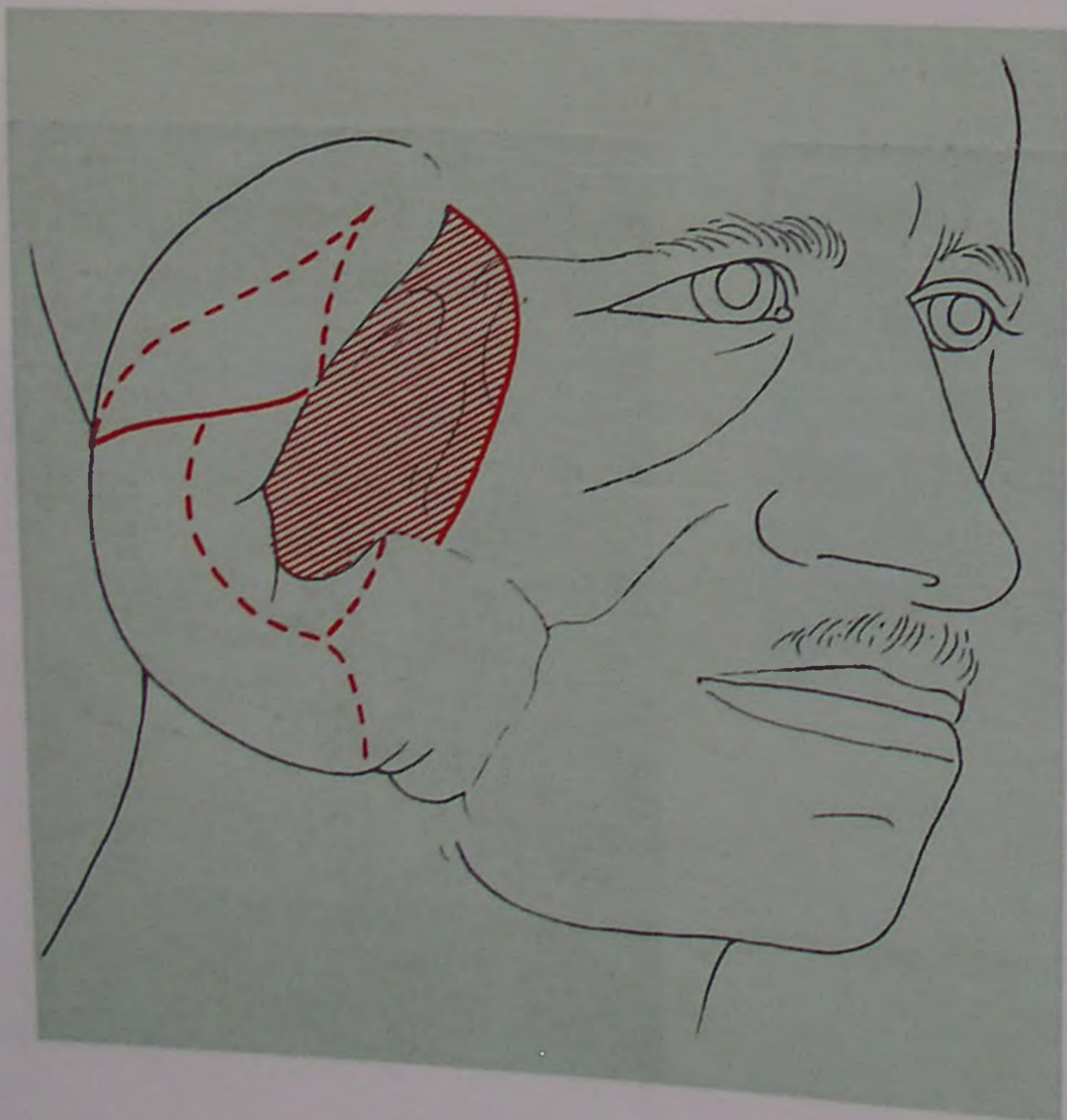


(2)

Тяжелые рубцовые изменения правой половины лица и височной области после ожога горячим шлаком. Больной Ф. К., 28 лет, история болезни № 5567. 1. Тяжелое повреждение ушной раковины, наступившее в результате разрушения большей части завитка и ушной мочки. Мощный рубцовый блок, распространяю-

щийся от виска до нижней челюсти, прикреплен к дуге скуловой кости. Мимика лица сильно нарушена. — 2. Приняв во внимание характер рубцов и поражение более глубоко расположенных тканей, было решено произвести на лицо пересадку стебельчатой лоскута. Одна ножка стебля перенесена на щеку, вторая —

(3)



(4)

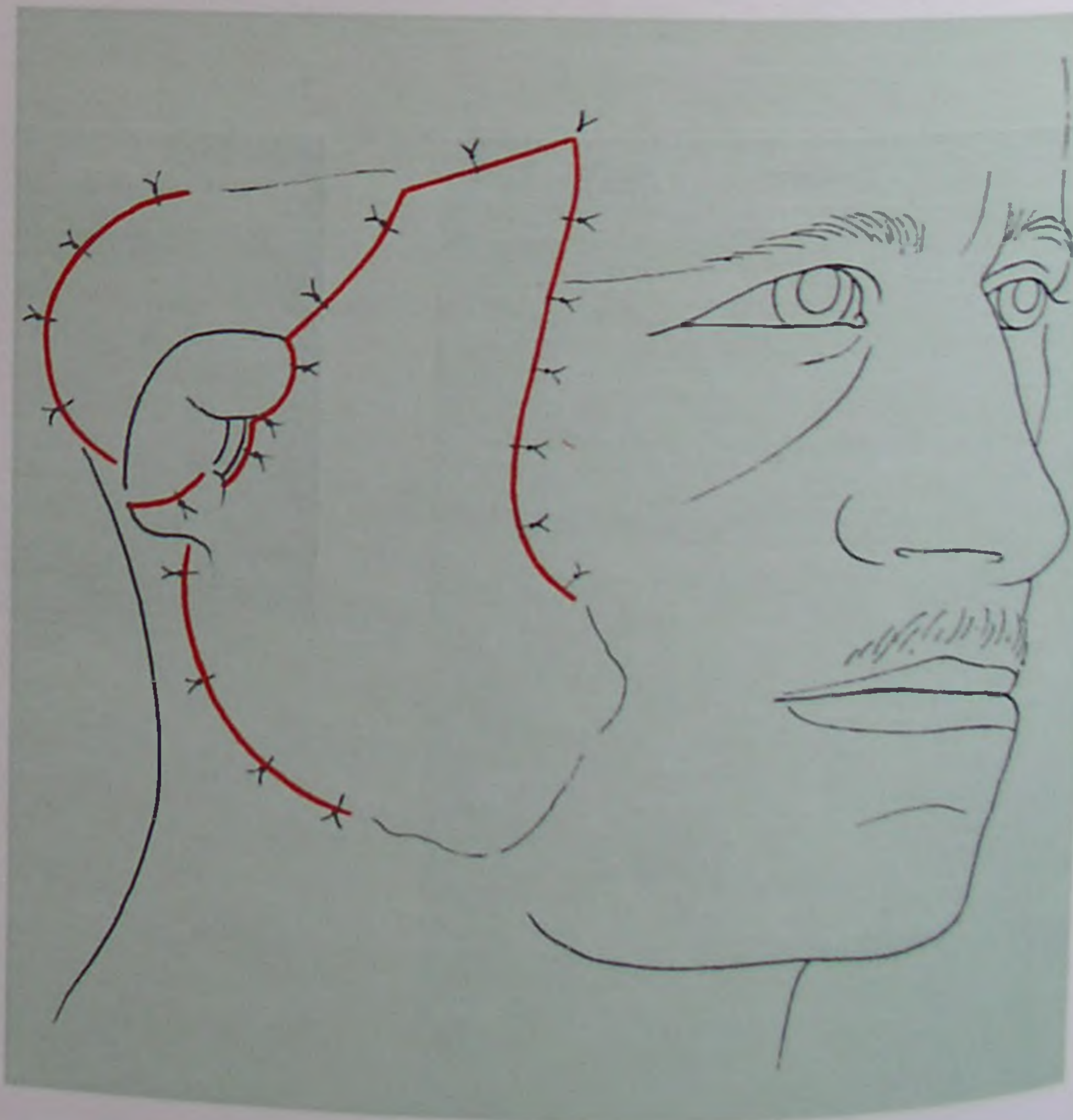


РИС. 4

височную область. — 3. Схема выкраивания лоскута. Пунктиром обозначены линии разрезов на нижней стороне стебля. После проведения этих разрезов стебель окажется развернутым. — 4. Схема рассечения и распластывания стебля. Из височной части стебля взят материал для формирования края ушной раковины. — 5. Состояние перед последним этапом восстановительной операции. — Операция произведена Вацлавом Карфилом.



(5)

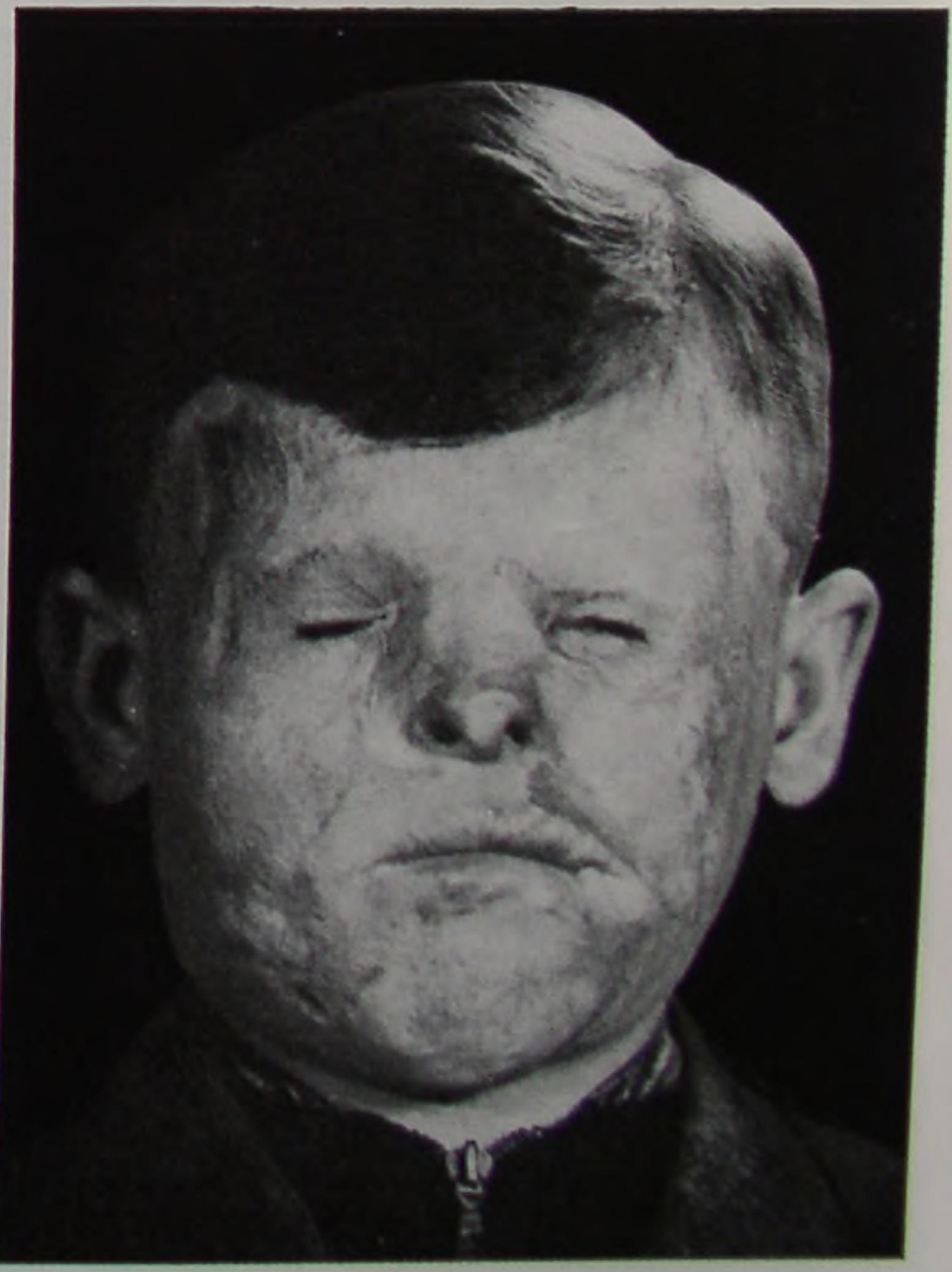
РИС. 46.

Тяжелый ожог лица. Больной И. П., 1 года, история болезни № 20 050. 1. Ребенок в течение нескольких месяцев лечился в местной больнице. На лбу, левой стороне носа и верхней губе имеются дефекты тканей. Состояние после излечения, достигнутого путем пересадки дермо-эпидермальных трансплантатов. В дальнейшем проводился целый ряд оперативных вмешательств; позторно была произведена свободная пересадка кожных лоскутов.

— 2. Через 7 лет после травмы большая часть лица покрыта тонкой кожей, различно пигментированной на отдельных участках, на которые в прошлом была произведена свободная пересадка трансплантатов. Между этими участками кожи выступают гипертрофические рубцы. Брови отсутствуют. Главные затруднения причиняют больному рубцовые фимозы глаз. Больному будут произведены дополнительные пластические операции.



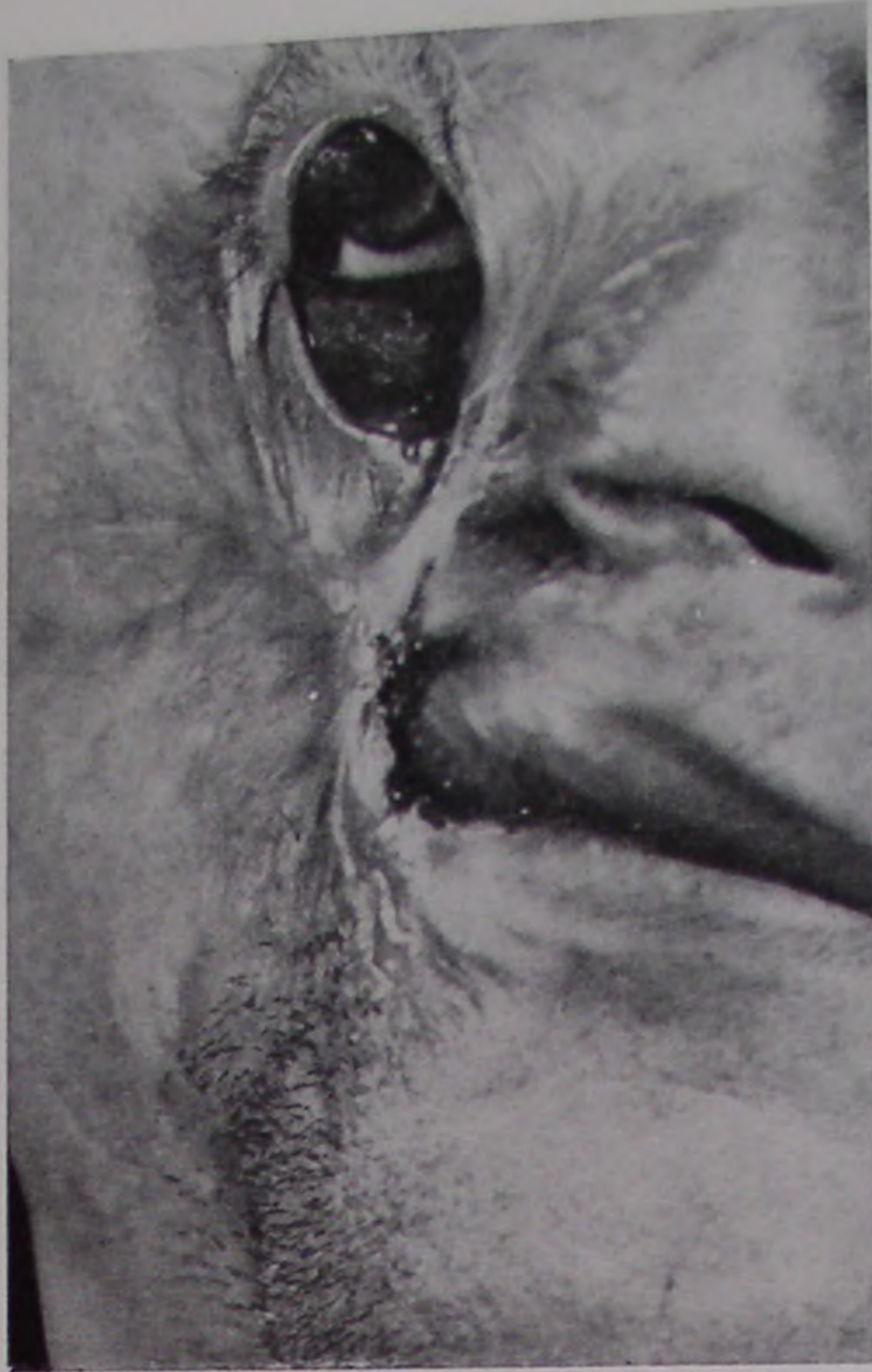
(1)



(2)



(1)



(2)



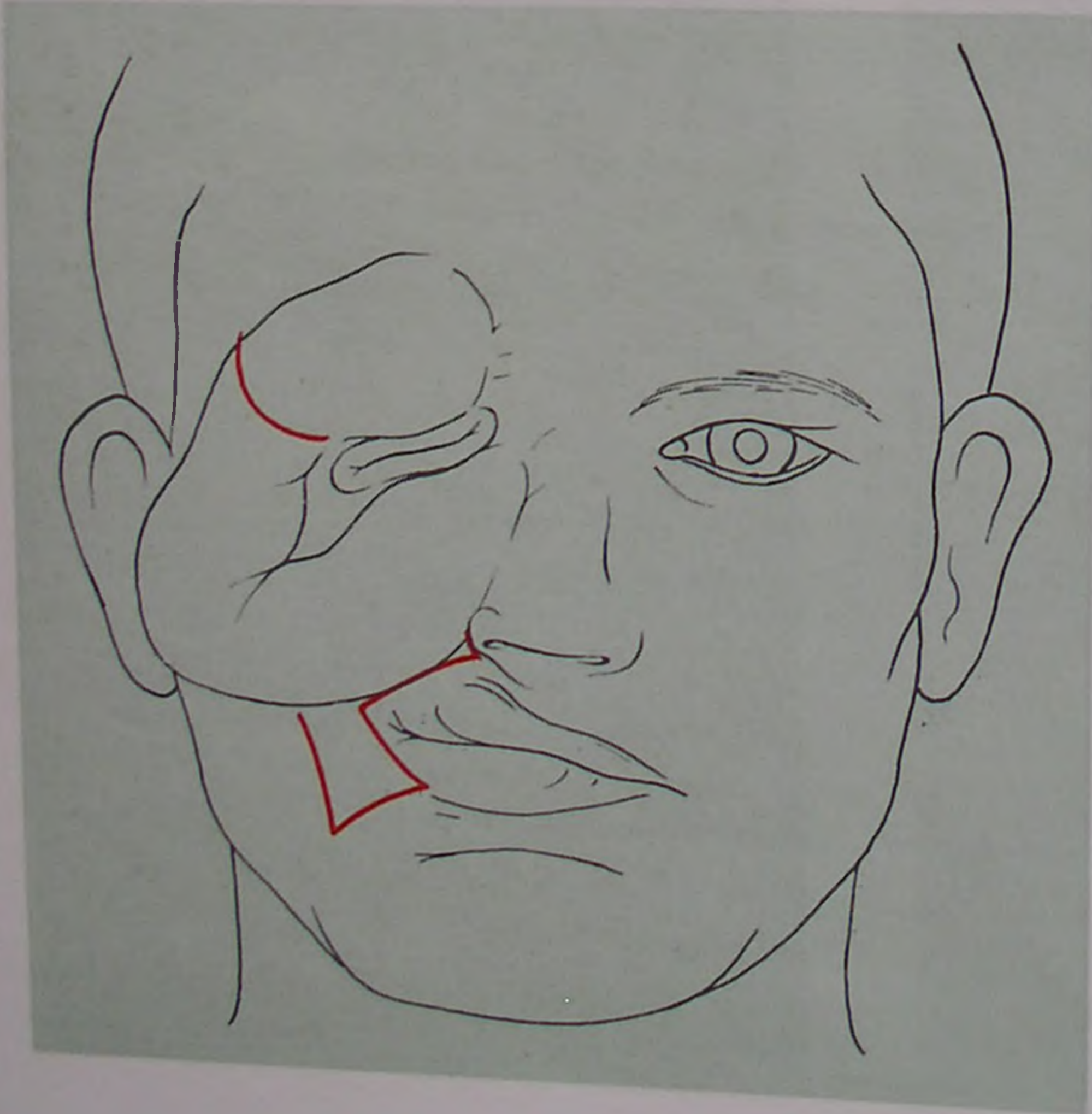
(3)

Р И С. 47.

Тяжелая гротескная деформация после ожога одной стороны лица. Больной И. Д., 35 лет, история болезни № 4354. 1, 2. При ожоге

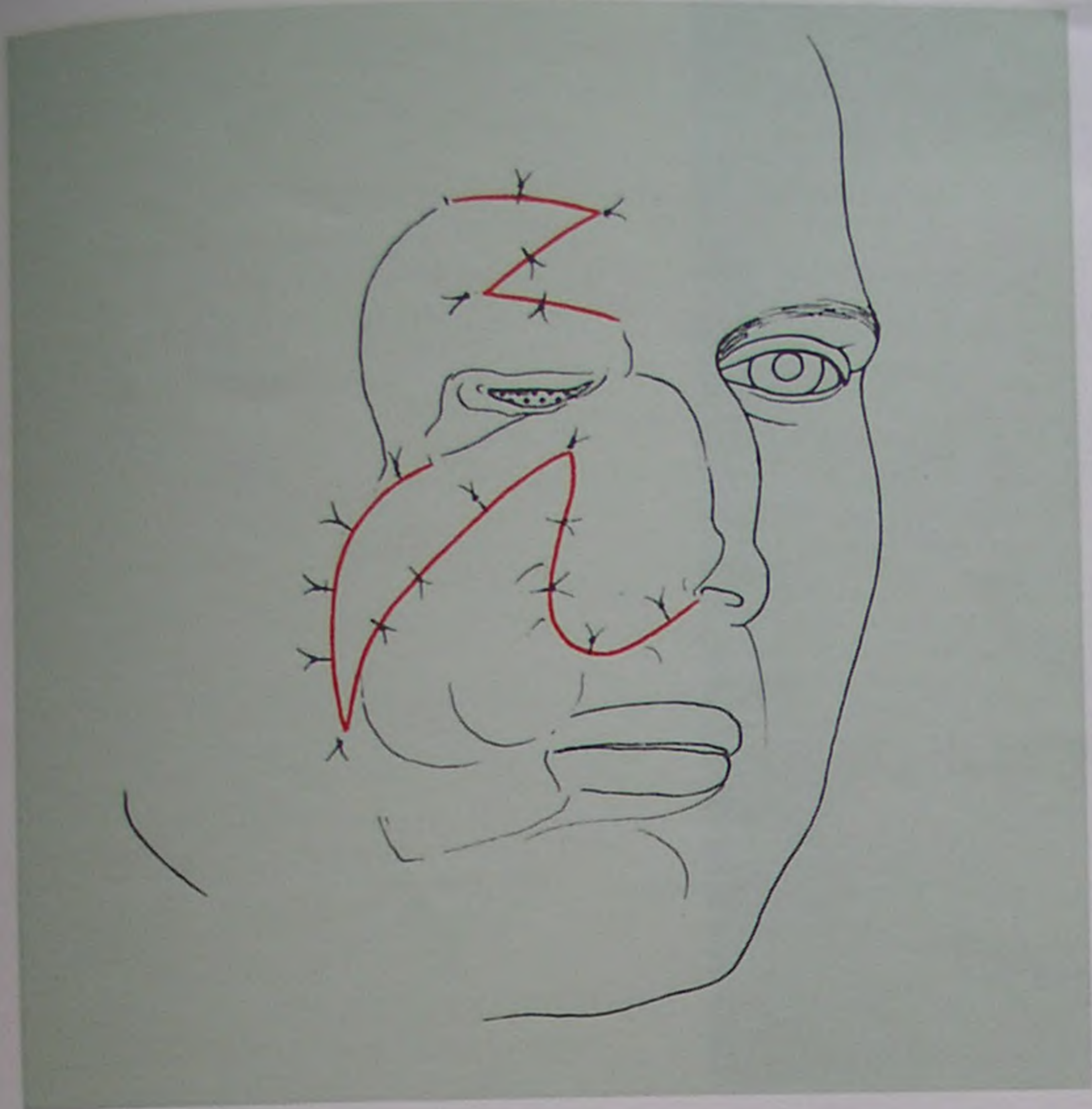
была уничтожена большая часть мягких тканей правой половины лица, брови, веки, щека, правое крыло носа. Образовался веерообразный ворот нижнего века. — 3. Для замещения рубцовых изменений с правого предплечья на лицо был перенесен трубчатый лоскут

(4)

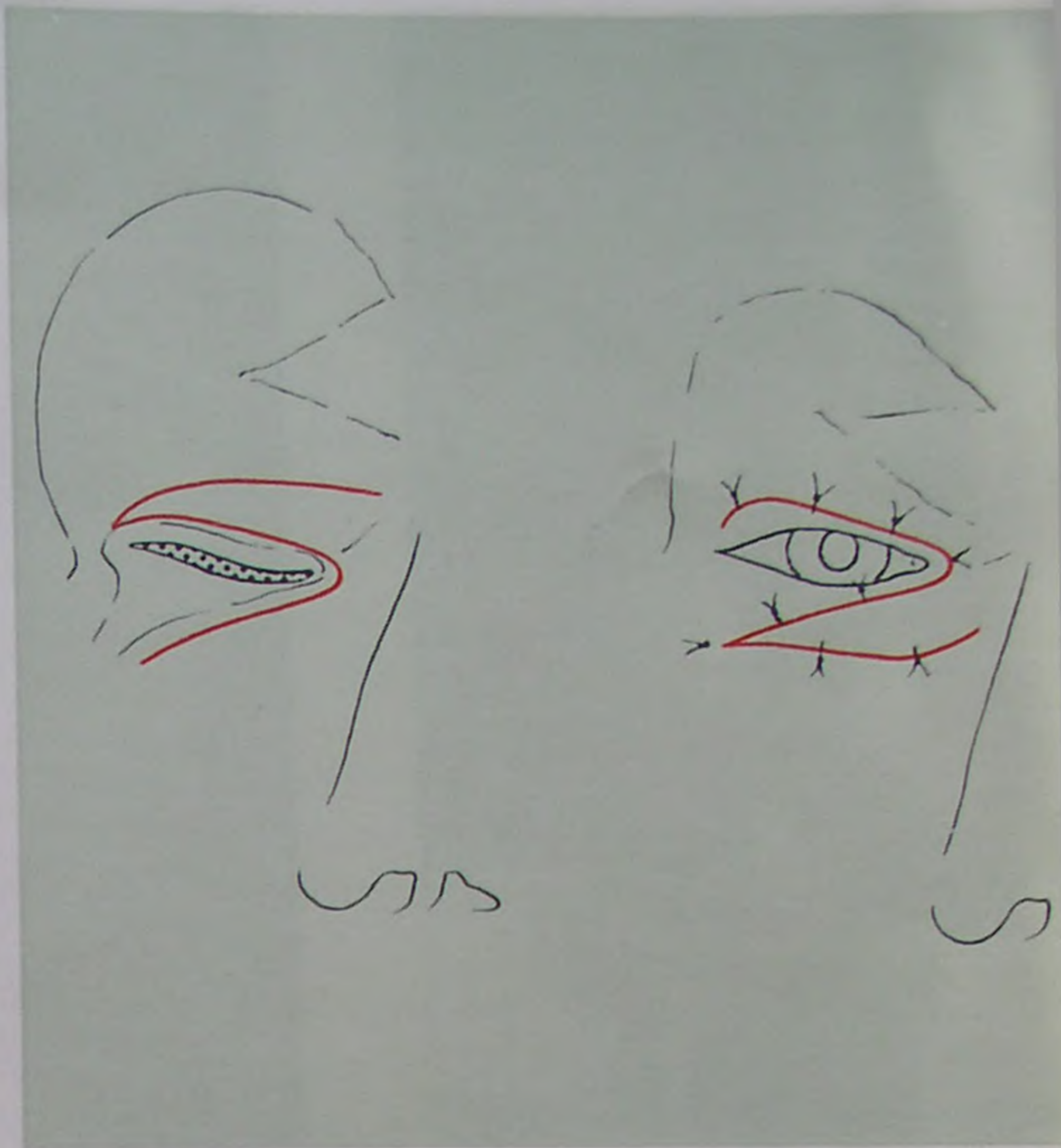


(5)





(6)



(7)

- 4. Схематическое изображение выкраивания стебля. Меньшая часть оставлена на лбу, большая — распластана на лице и губе.
- 5. Схематическое изображения внешнего вида лица после распластывания лоскута. Намечены разрезы, которые будет необходимо произвести для дальнейшего моделирования верхней и нижней части лица. Операция будет произведена в два этапа.
- 6. Вид швов после операции. — 7, 8. Схема операции, произведенной в целях улучшения состояния век. — 9. Больной после ряда дальнейших небольших вмешательств, произведенных в 1941 году. С тех пор больной не является в клинику.





(1)



(2)

(3)



Р И С. 48.

Деформация и рубцевание после тяжелого химического ожога серной кислотой. Больная З. Л., 19 лет, история болезни № 1. 1. Сильно выраженный выворот века. — 2. Результат, достигнутый путем последовательных иссечений рубцов и свободной пересадки кожи во всю толщу на лицо и шею. Брови частично восстановлены путем свободной пересадки лент, выкроенных из волосистой части головы. — 3. Больная через 20 лет после травмы. Кожа на левой щеке более плотна, чем на правой половине лица, и натянута. Объем левой щеки меньше, чем правой. На левой стороне корня носа выступает рубцовая складка.

ПАРАЛИЧ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Паралич лицевого нерва возникает спонтанно или после гнойных воспалительных процессов, чаще всего, однако, в результате травмы, особенно при операциях по поводу гнойных отитов и паротитов. При свежих травмах следует всегда пытаться разыскать разъединенные концы нерва, пользуясь бинокулярной лупой, и сшить нерв.

В случае стойкого паралича возможна трансплантация части одного из периферических чувствительных нервов. Рекомендуется сшивать лицевой нерв с подъязычным или языкоглоточным нервом. При этом, однако, возникают осложнения в связи с атрофией соответствующих мышц, в случае успеха могут возникнуть невольные содружественные движения, тревожащие больного.

Чисто механическое приподнимание угла рта при помощи проволоки, нейлоновой нити или полоски фасции, прикрепленных к скуловой дуге и подхватывающих мышцы угла рта, только в редких случаях оказывается удовлетворительным.

Восстановительные операции: Сначала мы комбинировали операцию на веках глаза, которые пришивались при помощи апоневротических лент к височной мышце, с операцией на губе, соединяя ее с жевательной мышцей; в некоторых случаях одновременно приподнимали угол рта при помощи ленты апоневроза, пришитой к скуловой дуге.

В дальнейшем мы стали пользоваться тремя мышечными лоскутами, выкроенными из жевательной мышцы с верхней питающей ножкой. Эти мышечные лоскуты удлинялись за счет полосок, выкроенных из широкой фасции бедра, проводимых под веком и около угла рта к нижней губе, где они подшивались к здоровой мышце (рис. 49).

Разрез и мобилизацию краев кожной раны производят так же, как при операции по поводу вялогоптоза лица. Отсепаровывают всю кожу щеки, вплоть до наружного угла глаза, а книзу за пределы средней линии обеих губ. Затем кожу подтягивают кверху и кзади, а ее излишек иссекают, как при операции по поводуптоза лица. У мужчин кроме того иссекают кожную ленту по ходу носогубной борозды; у женщин такое иссечение производят только в случае сильной вялости кожи. Разрез по ходу носогубной борозды облегчает доступ к мышцам губы. При сшивании разреза, расположенного в носогубной борозде, следует захватывать дно раны, чтобы здесь образовалась истинная складка, по возможности соответствующая здоровой стороне. В качестве дополнительной операции может оказаться необходимым приподнять бровь путем иссечения непосредственно над нею серповидной полоски кожи.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛЕНИЯ НА ЛИЦЕ

С хирургической точки зрения волчанка является важным заболеванием лица, не поддающимся иногда ни одному из применяемых видов лечения. В настоящее время, когда за больными волчанкой ведутся систематические наблюдения и с самого начала заболевания проводится длительное лечение, серьезные изменения на лице встречаются редко. В прошлом, у больных, подвергавшихся какому-либо виду лечения, не производили контрольного обследования. Больной посещал различных врачей, каждый из них применял все известные в то время способы лечения, включая рентгенотерапию. В большинстве случаев никакой документации не велось. Такая практика наносила больным большой вред. Раньше нам часто приходилось производить операции по поводу обширных инфильтратов на лице со свежими узелками и часто наблюдавшимся некрозом. Мы производили полное иссечение пораженных участков с последующей свободной пересадкой кожи или переносом на место дефекта стебельчатого лоскута (р и с. 54).

ОПУХОЛИ

Что касается опухолей лица, то приходится сталкиваться с доброкачественными новообразованиями околоушной железы. Доброкачественность этих опухолей, однако, довольно относительна. При опухолях, когда их доброкачественный характер был доказан при гистологическом исследовании, часто наступает рецидив, если только опухоль была вылущена, а не удалена с некоторым слоем ткани околоушной железы. При рецидивах опухоли повышается опасность ее злокачественного перерождения. Вот почему операции по поводу первичной опухоли всегда необходимо уделять большое внимание. Если осторожно производить операцию от заднего полюса опухоли по направлению к ее переднему краю, и если работать с помощью бинокулярной лупы, то можно избежать повреждения волокон лицевого нерва. Можно, однако, производить операцию и в обратном направлении, идентифицируя все ветви лицевого нерва при их выхождении из околоушной железы и, придерживаясь их, производить препарирование опухоли по направлению кзади. При злокачественных опухолях следует удалять всю железу, так что спасти удастся только те ветви лицевого нерва, которые расположены в здоровой части околоушной железы, в значительном отдалении от опухолевого инфильтрата. С этим, однако, приходится сталкиваться редко. Разветвление лицевого нерва расположено в некоторого рода перегородке, состоящей из рыхлой соединительной ткани. Доброкачественные опухоли почти всегда бывают расположены в поверхностной части железы над разветвлением лицевого нерва.

В результате улучшающейся онкологической помощи населению и благодаря проводимым мероприятиям по раннему выявлению раковых больных, в Чехословакии все реже приходится сталкиваться с тяжелыми неоперабельными случаями рака лица. Естественно, что идеалом является ликвидация предраковых состояний. Достигается это, исходя из принципов пластической хирургии и из косметических соображений, путем правильного расположения разрезов кожи, которые не должны обуславливать возникновения заметных рубцов, располагаясь в бороздках естественных складок кожи (р и с. 56). Естественно, что в случае наличия опухоли, главным принципом является радикальность оперативного вмешательства. Нельзя рассчитывать на то, что все случаи рака верхней половины лица (выше линии ротовой щели) являются доброкачественными. Даже обширные радикальные иссечения можно планировать таким образом, чтобы не возникало слишком заметной деформации лица (р и с. 57).

При операциях, производимых по поводу опухоли нижней части лица и губ, всегда следует удалять несколько регионарных лимфатических узлов, даже в том случае, если при микроскопическом исследовании не возникает подозрения в их поражении раковым процессом. Радикальное удаление всех шейных лимфатических узлов следует производить только в том случае, если в каком-либо из удаленных узлов гистологическое исследование выявит раковые изменения.

У лиц, больных волчанкой, и подвергшихся на протяжении длительного времени лечению вышеупомянутыми методами, кожа всего лица находится, в сущности, в состоянии предрака. На коже у таких больных возникают обширные очаги рака, требующие широкого иссечения и пересадки больших кожных лоскутов, преимущественно стебельчатых (р и с. 58). По профилактическим соображениям рекомендуется удалять такую пораженную в столь сильной степени патологическим процессом кожу и замещать ее свободными трансплантами или лоскутами на ножках.

Что касается радикальности оперативного вмешательства при раке лица, то необходимо разработать такой способ исследования, который бы нас мог убедить в том, что опухоль не проникла во внешне здоровые части кожи. Абсолютно надежных результатов нам не удалось бы добиться даже в том случае, если бы непосредственно по соседству с операционной работал ряд специалистов и несколько гистологов исследовало бы замороженные препараты ткани, взятой с пограничных участков, и старались бы в ней выявить заблудившиеся раковые клетки. Даже в больших медучреждениях не делается больше 30—50 исследований во время операций. Всегда следует позаботиться об иссечении мягких тканей, производя его по направлению к периферии от места опухоли, по ходу лимфатических сосудов.

Мы рекомендуем через три месяца после первой операции произвести вторую контрольную операцию и подвергнуть добытый материал снова гистологическому исследованию. Можно временно рану закрыть дермоэпидермальными трансплантами и на протяжении 1—4 месяцев повторно производить гистологическое исследование тканей, взятых из раны. При

опухолях, проросших в слизистую оболочку полости рта, рекомендуется сшивать края слизистой оболочки с кожей, повторно брать из края слизистой материал для гистологических исследований и, в зависимости от полученных данных, решать вопрос о восстановительной операции. Опухоли лица, исходящие из челюстей, являются в настоящее время сферой деятельности стоматологов. Радикальная операция, однако, ведет к сильному обезображиванию больного, а поэтому требует, чтобы одновременно была запланирована и восстановительная операция. Наилучших результатов в таких случаях удается добиться при условии тесного сотрудничества стоматолога и специалиста в области пластической хирургии. Это же касается и других опухолей челюстей, например, аденоидов, которые, правда, являются доброкачественными, но часто рецидивируют. Если не произвести тщательное планирование операции, то она может больному нанести такой вред, что потребует нередко очень сложного восстановительного оперативного вмешательства (рис. 60).

КОСМЕТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Цели косметических операций сводятся к удалению у больного некрасивой аномалии или какого-либо слишком заметного недостатка для того, чтобы в результате операции облик больного в эстетическом отношении соответствовал средней приемлемой норме. У лиц некоторых профессий даже незначительные недостатки и аномалии являются помехой, не позволяющей человеку найти применение своим способностям (театр, кино).

Поэтому не приходится сомневаться в том, что оперативные вмешательства, способные устранить такие дефекты и дать возможность человеку найти применение своим способностям или продлить период его активной творческой работы, вполне оправданы. Люди все больше внимания уделяют своей внешности и стремятся, чтобы она была как можно лучше. Мы должны считаться с тем, что в будущем эти тенденции еще усилятся, в особенности в социалистическом обществе. Благосостояние общества будет повышаться, параллельно с ним будет повышаться и культурный уровень, повышающий в свою очередь эстетические требования людей. Люди не захотят являться носителями дефектов, которые могут быть удалены оперативным путем.

Решая вопрос об операции, следует быть очень внимательным и к незначительным дефектам, которые нередко могут быть не очень заметны. Всегда следует тщательно взвесить доводы, заставляющие больного обратиться за помощью. Необходимо очень внимательно оценить личность больного. Неуравновешенный в эмоциональном отношении психоневротик переоценивает значение дефекта. Как только дефект будет удален, он сразу же начинает находить у себя новые недостатки и требует их ликвидации. Достигнутые результаты таких лиц никогда не удовлетворяют, поэтому операции им следует производить только по рекомендации психиатра.

ПТОЗ ЛИЦА

Общий птоз лица возникает в результате потери упругости кожи. Наступить он может как у молодых лиц в результате быстрого похудения, так и при тяжелой болезни в связи с общим истощением. Наконец, с ним приходится встречаться в пожилом возрасте в связи с убылью эластических волокон в коже и подкожной клетчатке. Наступает смещение кожи, а в местах, где к ней прикрепляются мимические мышцы, она остается на первоначальном месте, образуя складку, под которой возникает глубокая борозда. Вдоль края нижней челюсти кожа смещается книзу на большом расстоянии, в результате чего образуются 2—3 складки, расположенные перпендикулярно к краю нижней челюсти. Кожа шеи при похудании смещается книзу и медиально, вдоль края платизмы, а в нижней части смещение происходит по ходу грудино-ключично-сосковой мышцы. В конечном результате здесь образуются две большие складки, берущие свое начало под подбородком и направляющиеся к яремной ямке. У полных женщин в результате смещения жировой ткани книзу под подбородком в верхней части шеи образуются поперечно расположенные толстые складки.

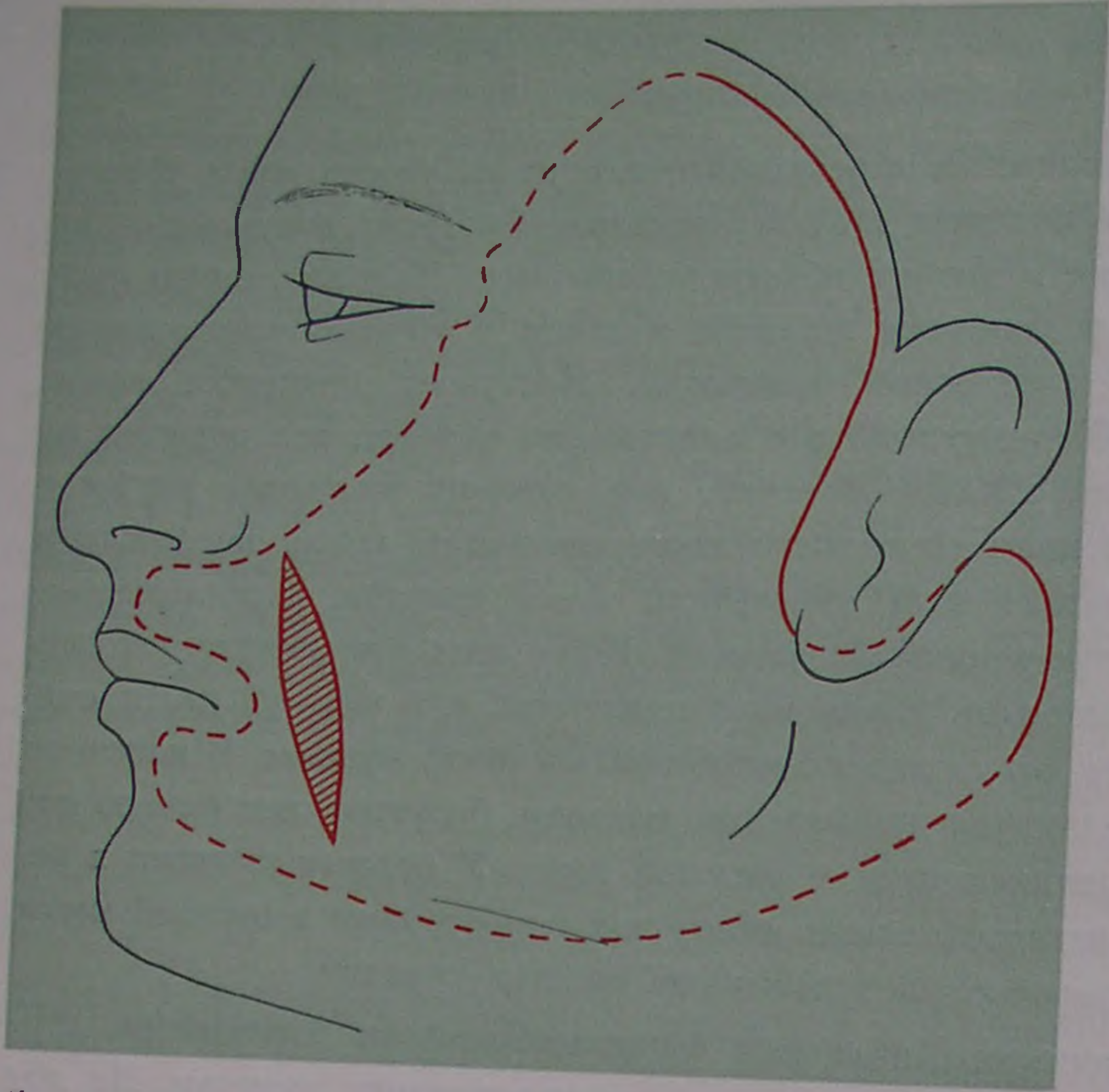
Первоначально морщины являются функциональными бороздками, перпендикулярно расположенными к некоторым мимическим мышцам. На лбу в результате деятельности лобной мышцы образуются глубокие, поперечно расположенные и слегка извилистые борозды. В случае расхождения лобных мышц, посередине лба остается гладкое пространство треугольной формы.

На коже век образуются мелкие морщинки, расположенные приблизительно в направлении ресничного края век и расходящиеся у наружного края глазницы веерообразно в сторону виска. Первоначально в височной области эти складки имеют функциональное назначение. Они связаны с деятельностью глазничного отдела круговой мышцы глаза. На самих веках морщины являются результатом смещения книзу дряблой кожи, которая на верхнем веке спускается ниже ресничного края.

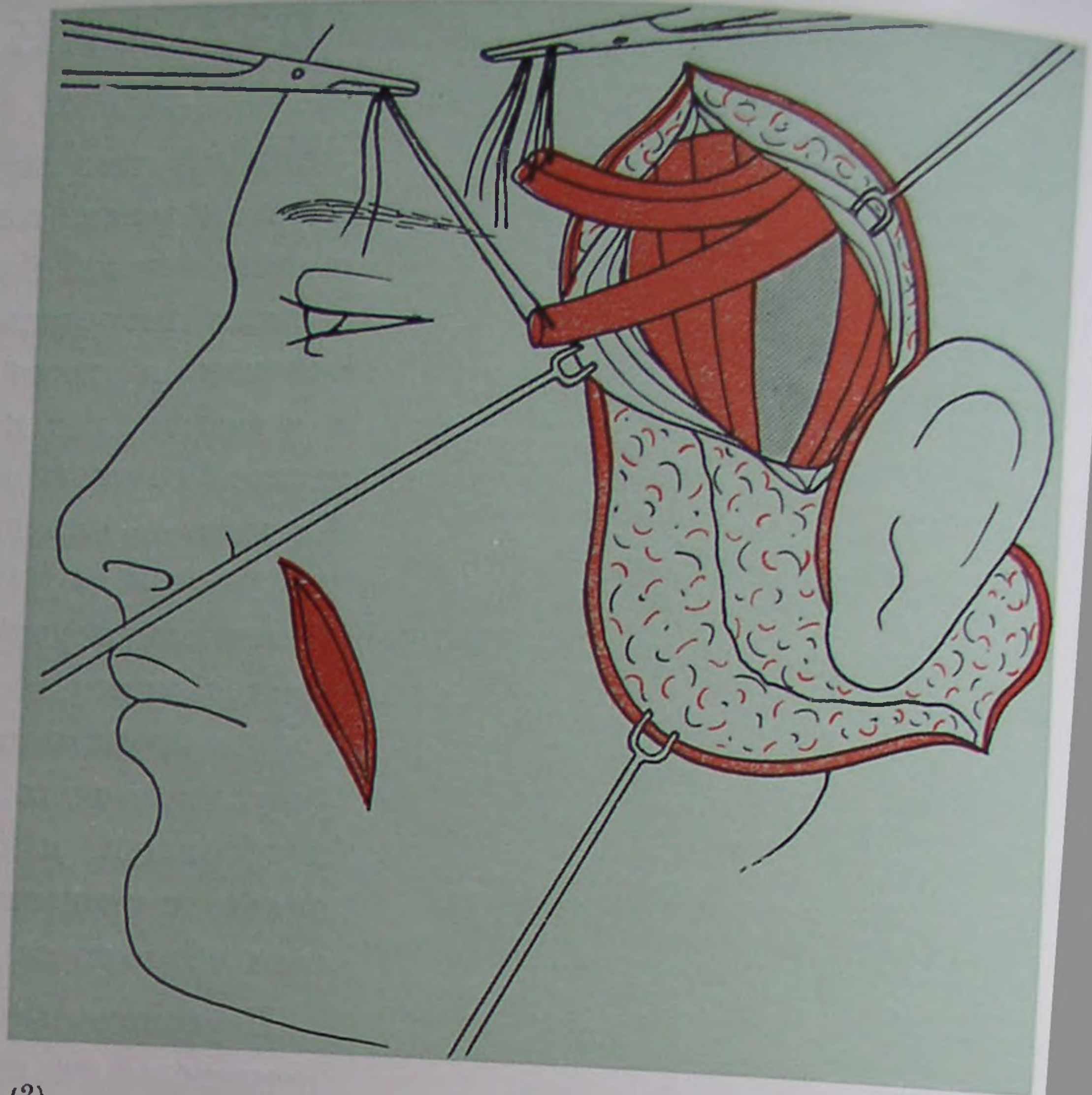
В нижней части лба по средней линии выше переносицы в большинстве случаев образуются две параллельно расположенные вертикальные складки, обусловленные деятельностью мышцы бровей (*m. corrugator*). Кожа над переносью смещается в результате деятельности депрессора к корню носа и образует здесь складку, расположенную над глубокой поперечной бороздкой.

Носогубная борозда образуется в результате деятельности мимических мышц в весьма раннем возрасте. Вялая кожа складывается в области борозды таким образом, что образует истинный перегиб.

Степень смещения кожи книзу не одинакова в различных областях лица. Иногда преобладает смещение в лобной, глазной и височной областях, чаще, однако, в нижней части лица вдоль края нижней челюсти, в сочетании с углублением носогубных борозд и свисанием кожи ниже края нижней челюсти с обеих сторон подбородка. С такой картиной приходится сталкиваться у довольно молодых, но быстро похудевших и измученных заботами женщин (р и с. 61—65).



(1)

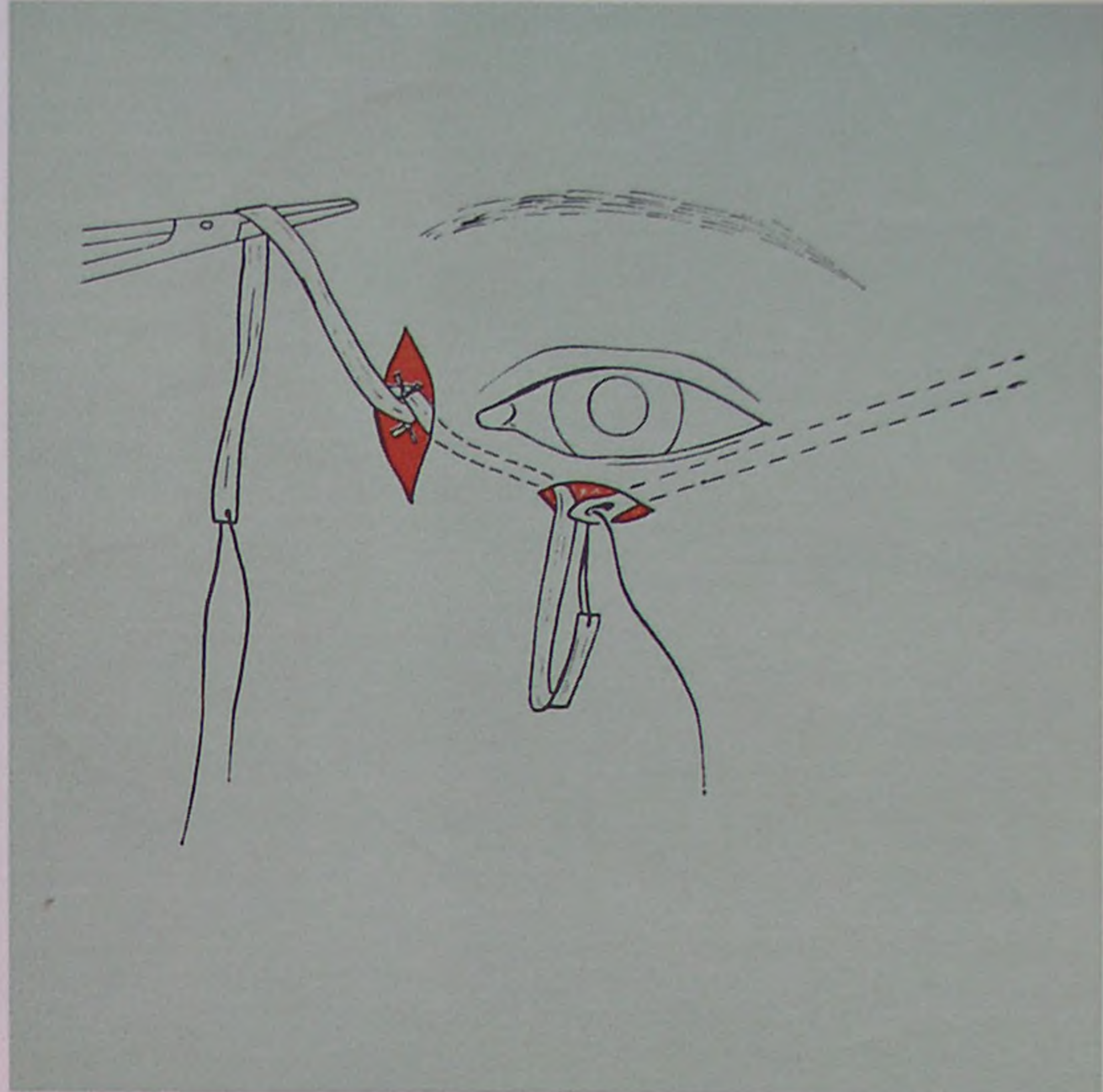
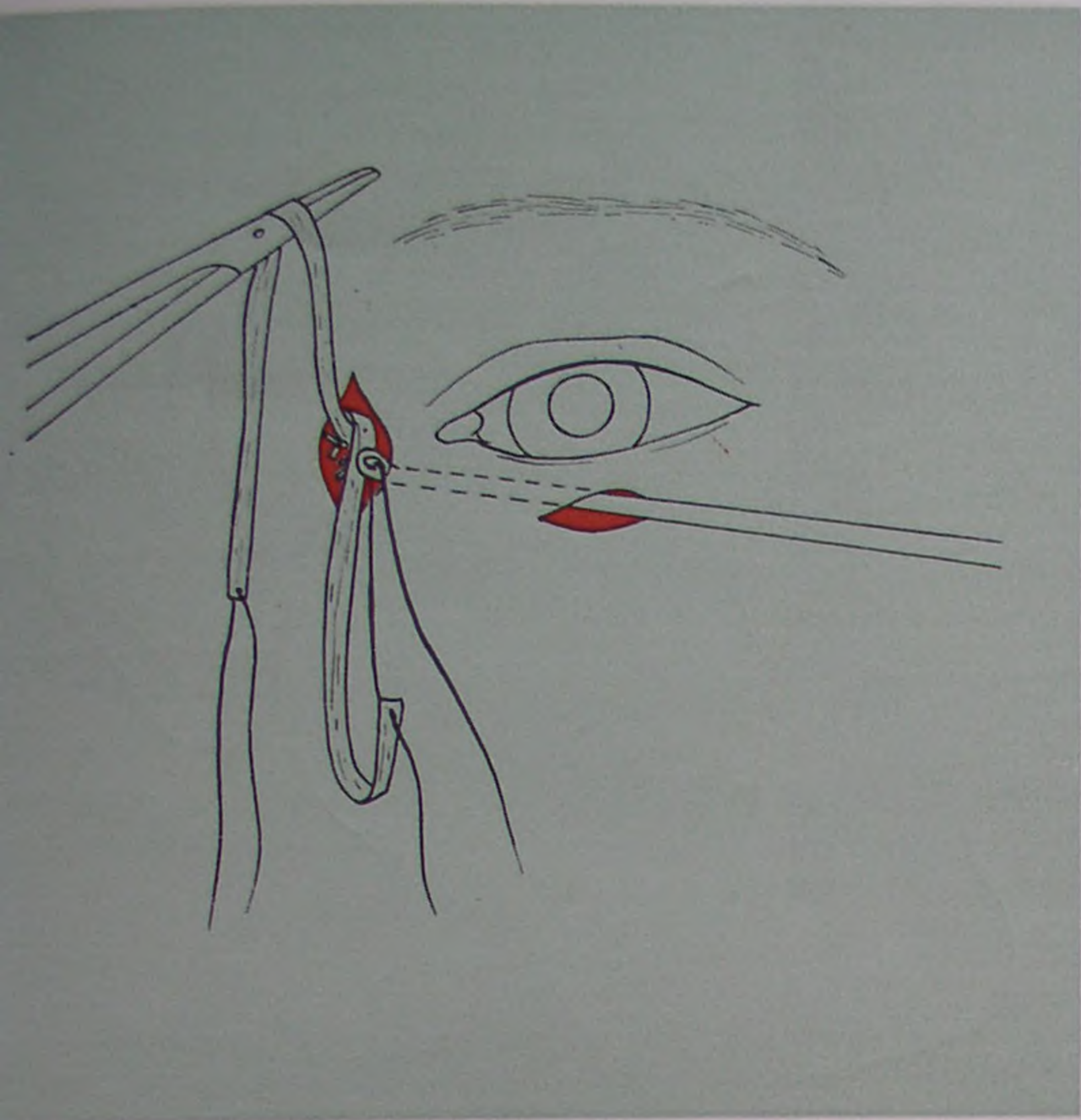


(2)

РИС. 49.

Паралич лицевого нерва. Восстановительная операция, производимая с помощью лент апоневроза и височной мышцы. 1. Разрез ведут из области виска по переднему краю ушной раковины, под мочкой уха и далее направляют в волосистую часть заушной области. По ходу носогубной борозды иссекают веретенообразный кусок кожи. Пунктиром обозначены границы, в которых производится мобилизация кожи. — 2. В височной части раны рассекают поверхностный и глубокий листки височной фасции, обнажают височную мышцу и отпрепаровывают три мышечных лоскута; последние отсекают от венечного отростка нижней челюсти. Первые два мышечных лоскута предназначены для формирования гек. В дальнейшем их удлиняют за счет ленты, выкроен-

ной из бедренного апоневроза. — 3. На рисунке намечен способ проведения ленты апоневроза под внутренней связкой века; для этого ленту вводят через небольшой надрез, нанесенный медиальнее внутреннего угла глаза. Лента апоневроза перекрещивается с указанной связкой и подшивается к ней при помощи кетгутового шва. — 4. Через небольшой разрез, произведенный под ресничным краем нижнего века, ленту апоневроза проводят при помощи зонда с ушком под внутренней частью века, вслед за этим при помощи этого же зонда, введенного через сделанный на виске большой разрез, ленту апоневроза протягивают под наружной половиной века. Аналогично протягивают и второй конец ленты апоневроза под верхним веком, после чего каждый из

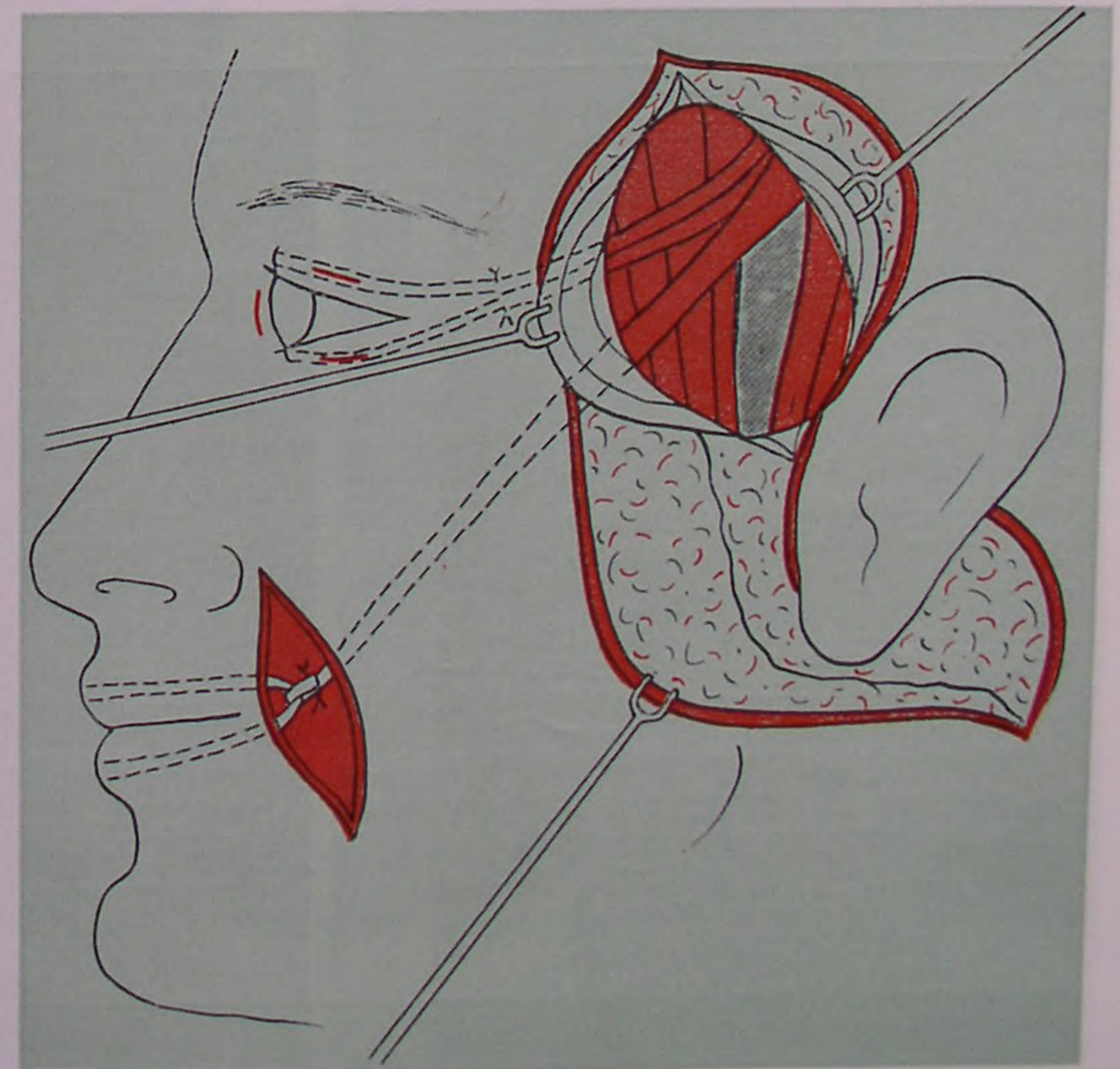


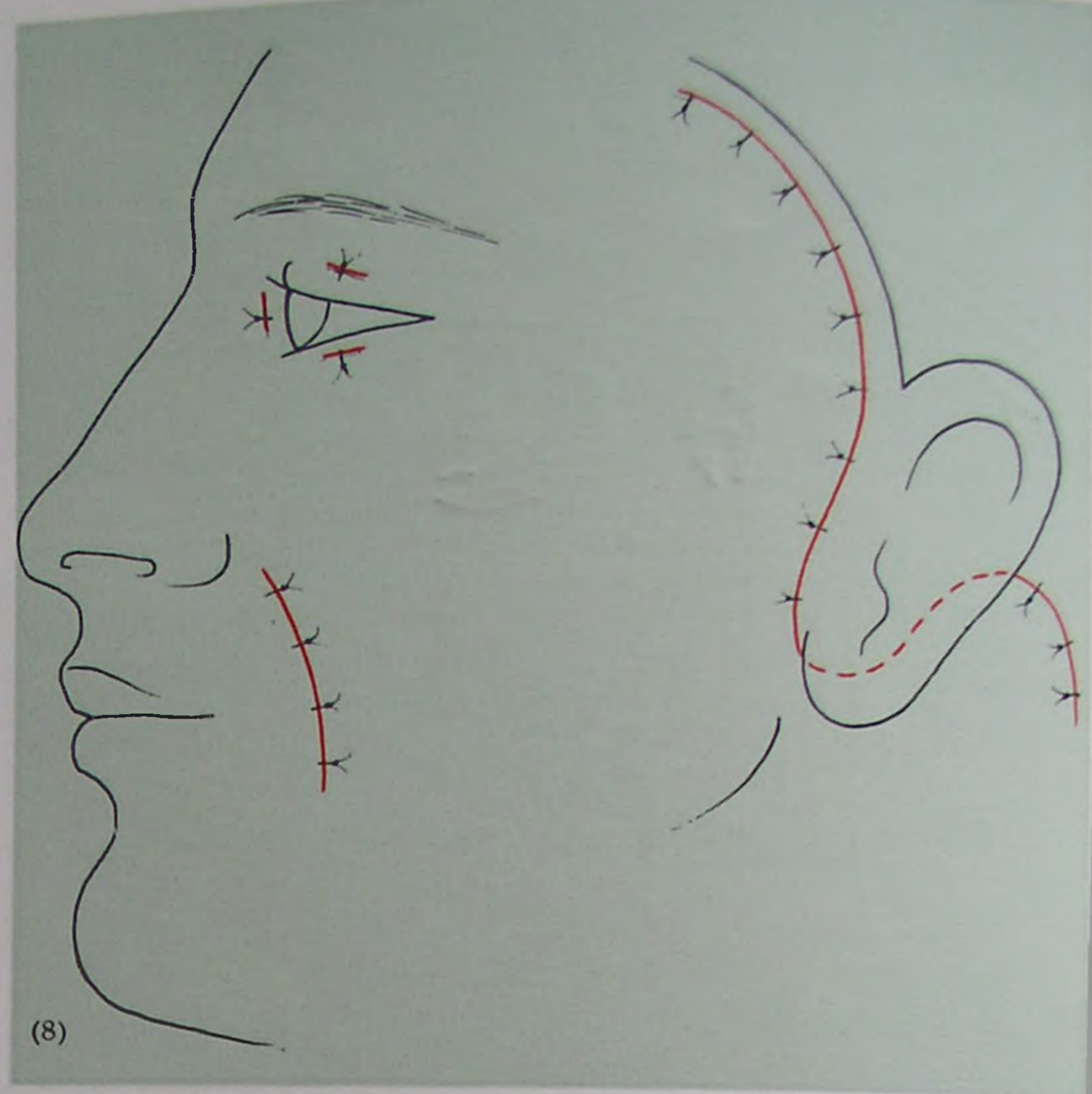
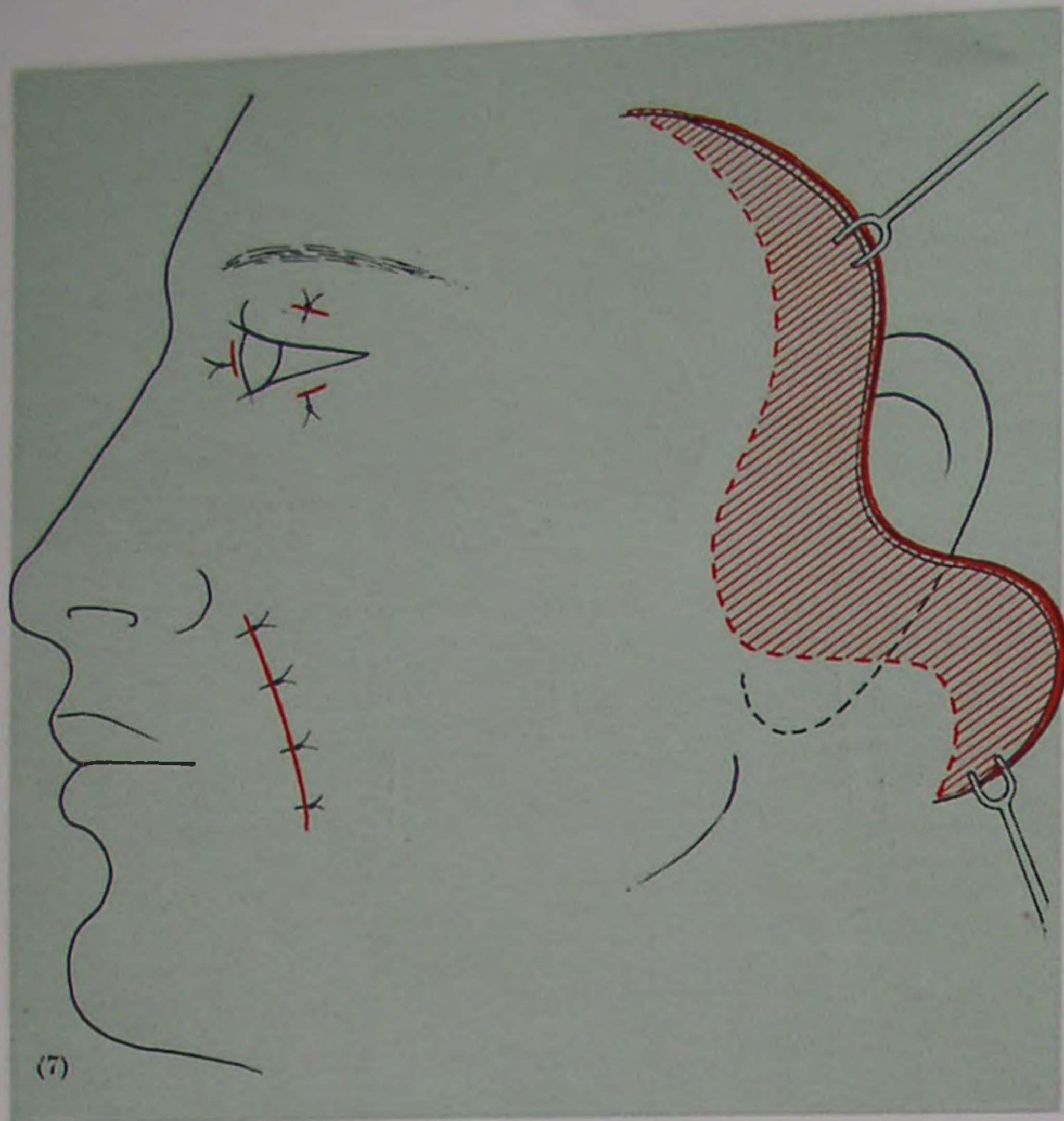
(4)

концов ленты пришивают к одному из мышечных лоскутов. Нижнюю ленту апоневроза пришивают с таким расчетом, чтобы испытывала натяжение, верхняя лента, наоборот, не должна

испытывать натяжения. — 5. Вторую ленту апоневроза вводят в рану, образовавшуюся после иссечения кожи по ходу носогубной борозды, и проводят к верхней губе; второй ее конец

(6)





проводят к нижней губе, причем в обоих случаях за пределы средней линии, т. е. к здоровой части губы. В этом месте путем небольших разрезов кожи обнажают здоровую, подвижную часть круговой мышцы рта, к которой и подшивают концы ленты апоневроза. — 6. К этой петле апоневроза в носогубной ране

пришивают на уровне угла рта новую ленту апоневроза, которую затем проводят через разрез кожи в области виска и пришивают к третьему мышечному лоскуту. — 7. Производят натяжение кожи щеки. — 8. Лишнюю кожу отсекают, все раны зашивают тонкими швами.



(1)



(2)

Р И С. 50.

Полный паралич левой половины лица. Больная М. Б., 17 лет, история болезни № 6339. 1. Лицо у больной парализовано с рождения. Скелетная часть лица несколько плоская, продольная ось лица в нижней части слегка отклоняется в правую сторону. — 2. Сильно выраженный лагофthalm. — 3. Состояние после опе-

ции, произведенной методом, описан-
 им на рис. 49. Показано содружествен-
 ное движение парализованной части
 губы при выпячивании губ. — 4. Спо-
 собность закрывать глаз полностью вос-
 становлена. Операция произведена Вац-
 вом Карфигом.



(3)



(4)

И С. 51.

ный правосторонний паралич лицевого нерва. Больной И. К.,
 лет, история болезни № 5311. 1. Согласно заявлению боль-
 о, паралич возник в трехлетнем возрасте по неизвестным при-

чинам. — 2. Состояние после излечения, наступившего после
 выше описанной операции. Нижнее веко было столь вялым и
 удлиненным, что возникла необходимость его сузить и пере-
 местить кнутри и кверху. В центральной части века было про-
 изведено ромбовидное иссечение хряща и конъюнктивы. Видно
 частичное восстановление мимики в области рта.



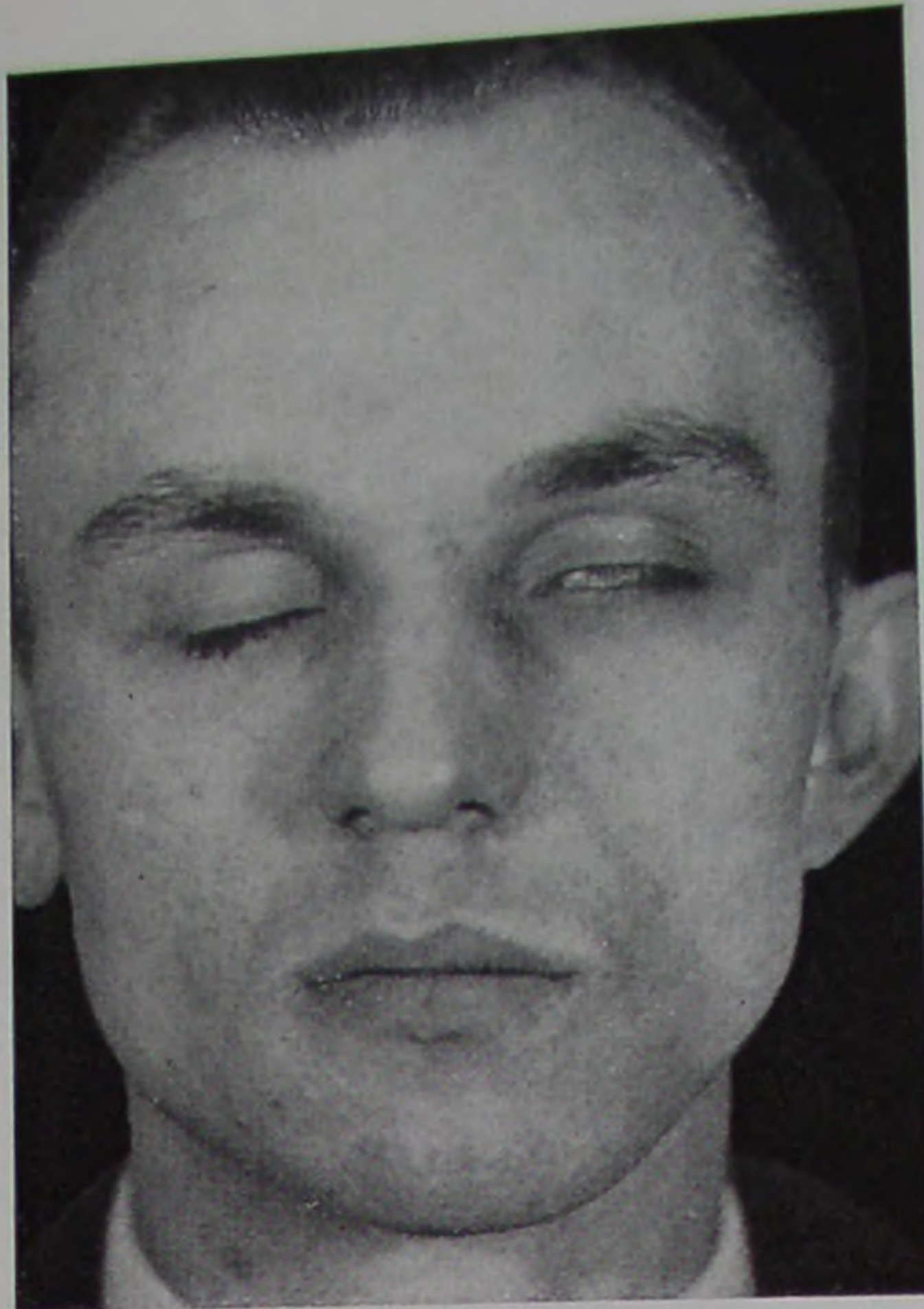
(1)



(2)



(1)



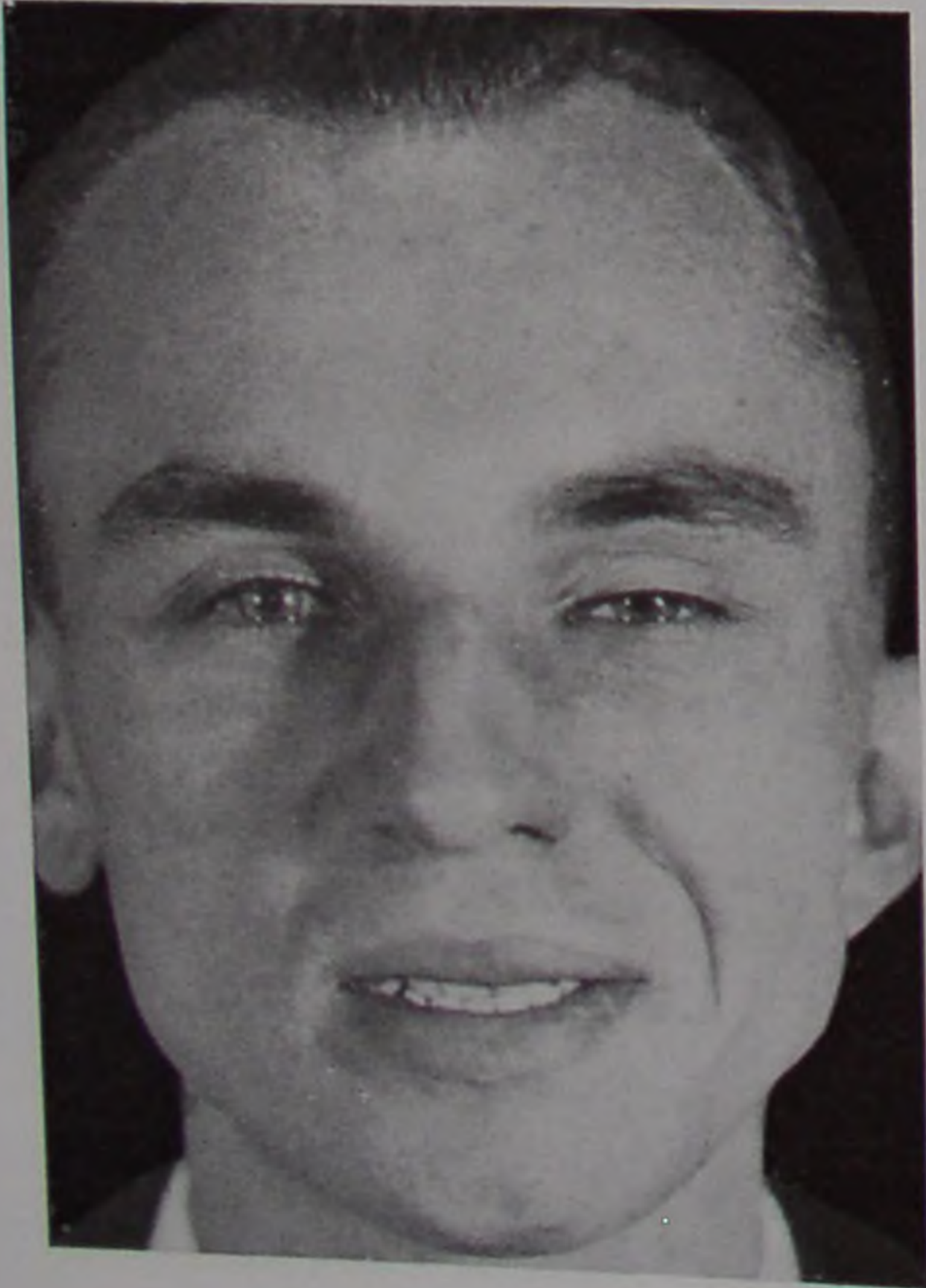
(2)

РИС. 52.

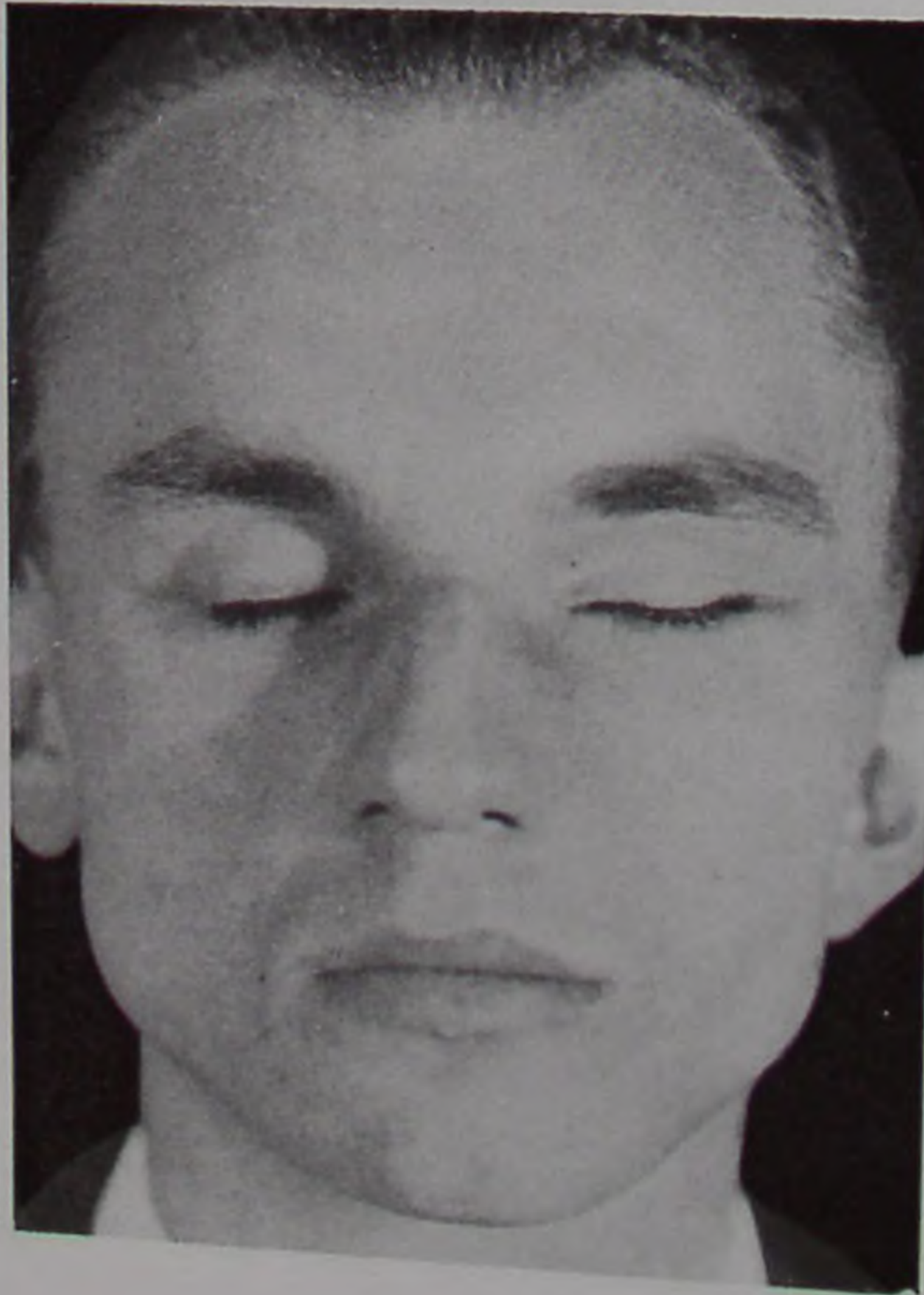
Состояние после травмы лицевого нерва, наступившей при операции. Больной А. Ф., 25 лет, история болезни № 4415. 1, 2. В семилетнем возрасте больной подвергся операции по поводу гнойного левостороннего паротита. Во время операции

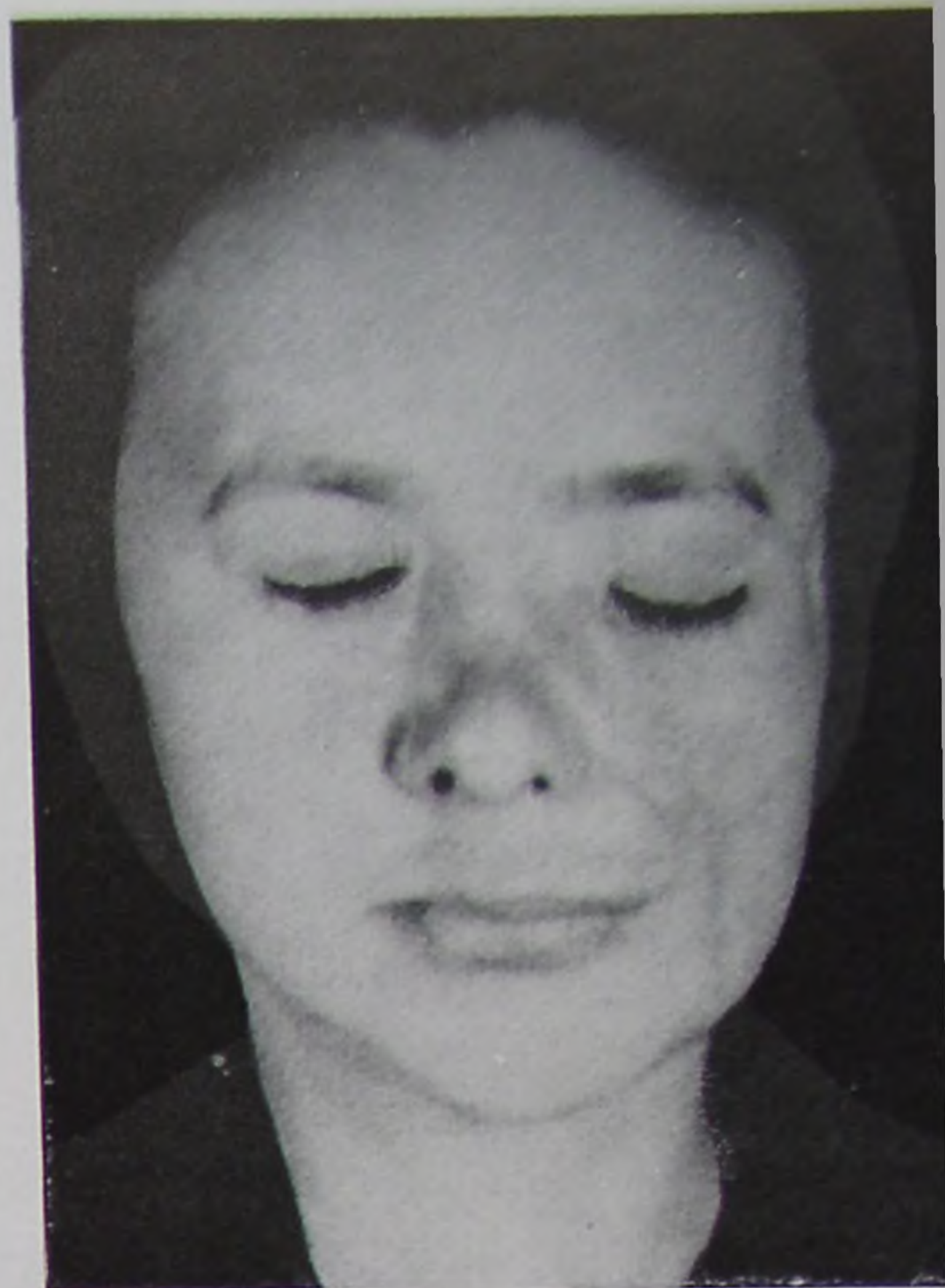
был перерезан лицевой нерв. Вид больного при по в клинику. Операция произведена 5. 3. 1941 года вы ным способом. — 3, 4. Мимика лица после операции может закрывать глаз.

(3)



(4)





1)

(2)

(3)

Р И С. 53.

Полный паралич левой половины лица. Больная М. Д., история болезни № 905. 1, 2. Паралич возник в раннем детстве по неизвестным причинам. Наблюдается сильно выраженный лагофтальм, опущение и атрофия мышц и кожи щеки. — 3. Больная

после операции, описанной на рис. 49. Полностью восстановлена способность закрывать глаз. Угол рта несколько смещен кнаружи — это смещение заметно как в состоянии покоя, так и при работе мимических мышц.

Р И С. 54.

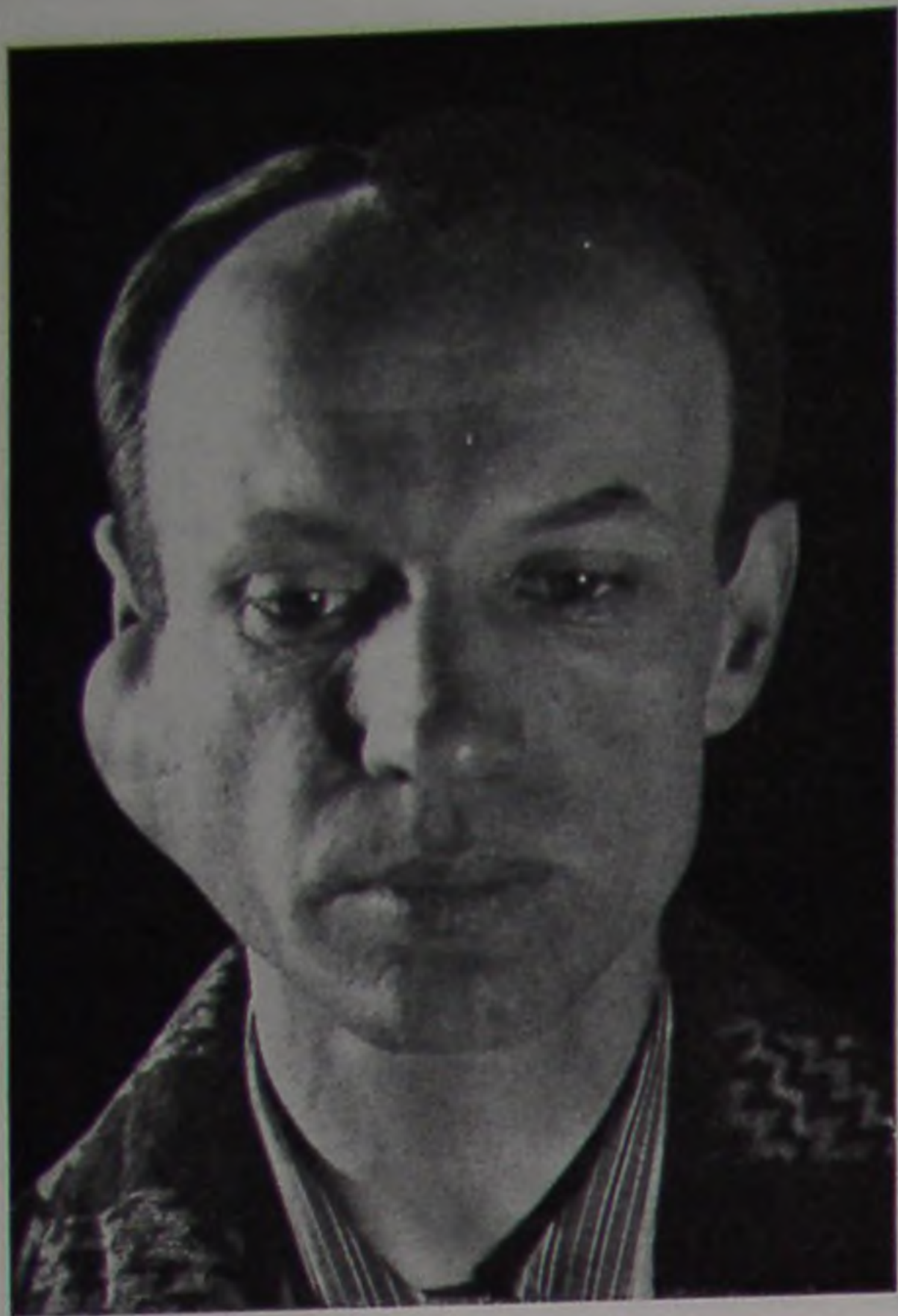
Волчанка правой щеки в детском возрасте. Больная А. Д., 21 года, история болезни № 1573. 1. Несмотря на все проводимые методы лечения, волчанка захватила все лицо. После иссечения с помощью электроножа всей пораженной волчанкой кожи на дефект пересажен и распластан стебельчатый лоскут с живота. — 2. Состояние через три года после операции. Больная в течение ряда лет находилась под нашим наблюдением. Дважды пришлось удалить в непосредственном соседстве с краем трансплантата по небольшому узелку.

(1)



(2)





(1)

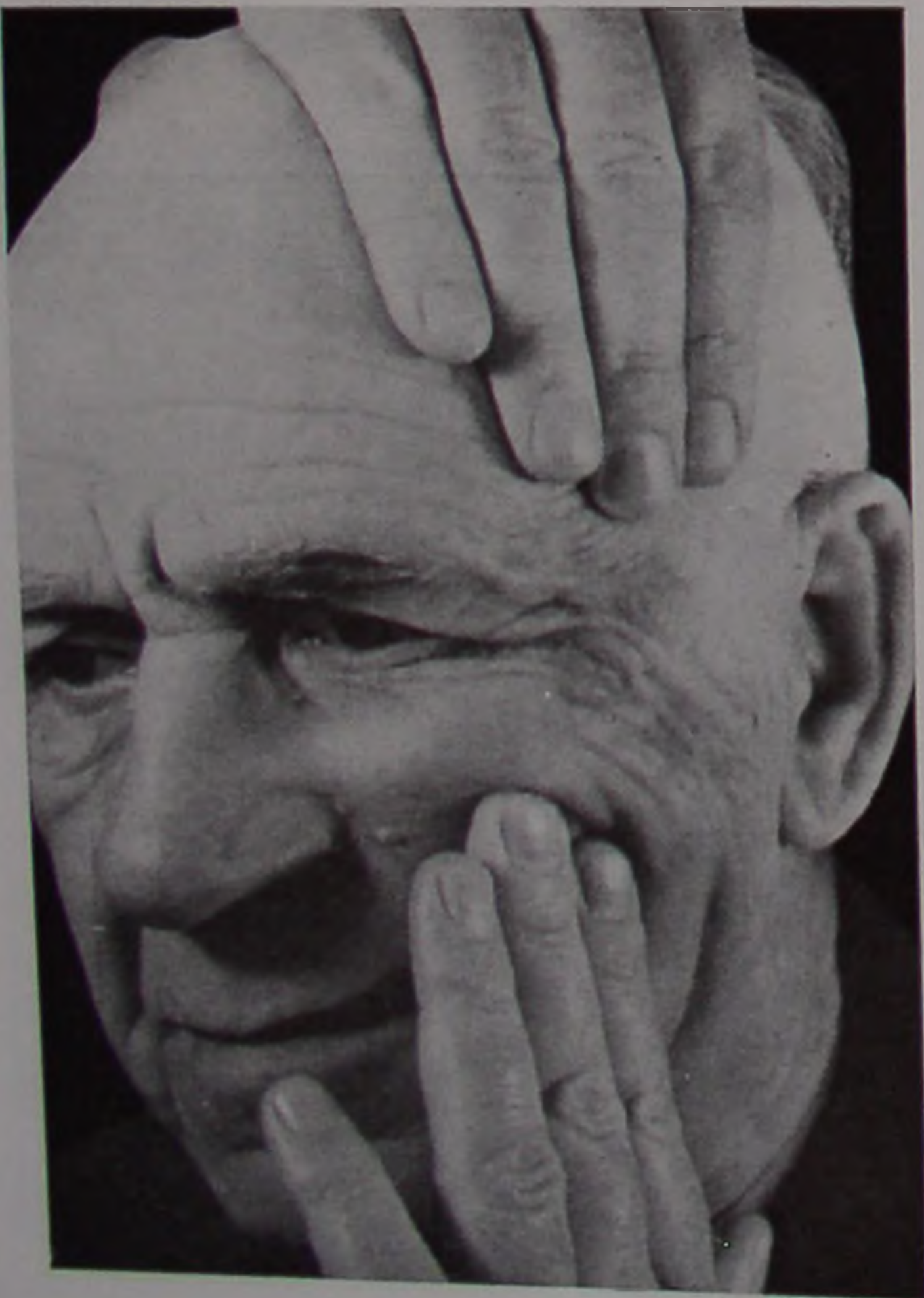


(2)

Р И С. 55.

Рецидив опухоли правой околоушной железы. Больной Б. Ч., 40 лет, история болезни № 6651. 1. Одиннадцать лет тому назад больной подвергся операции по поводу опухоли правой околоушной железы. Через 2 года после операции наступил рецидив.

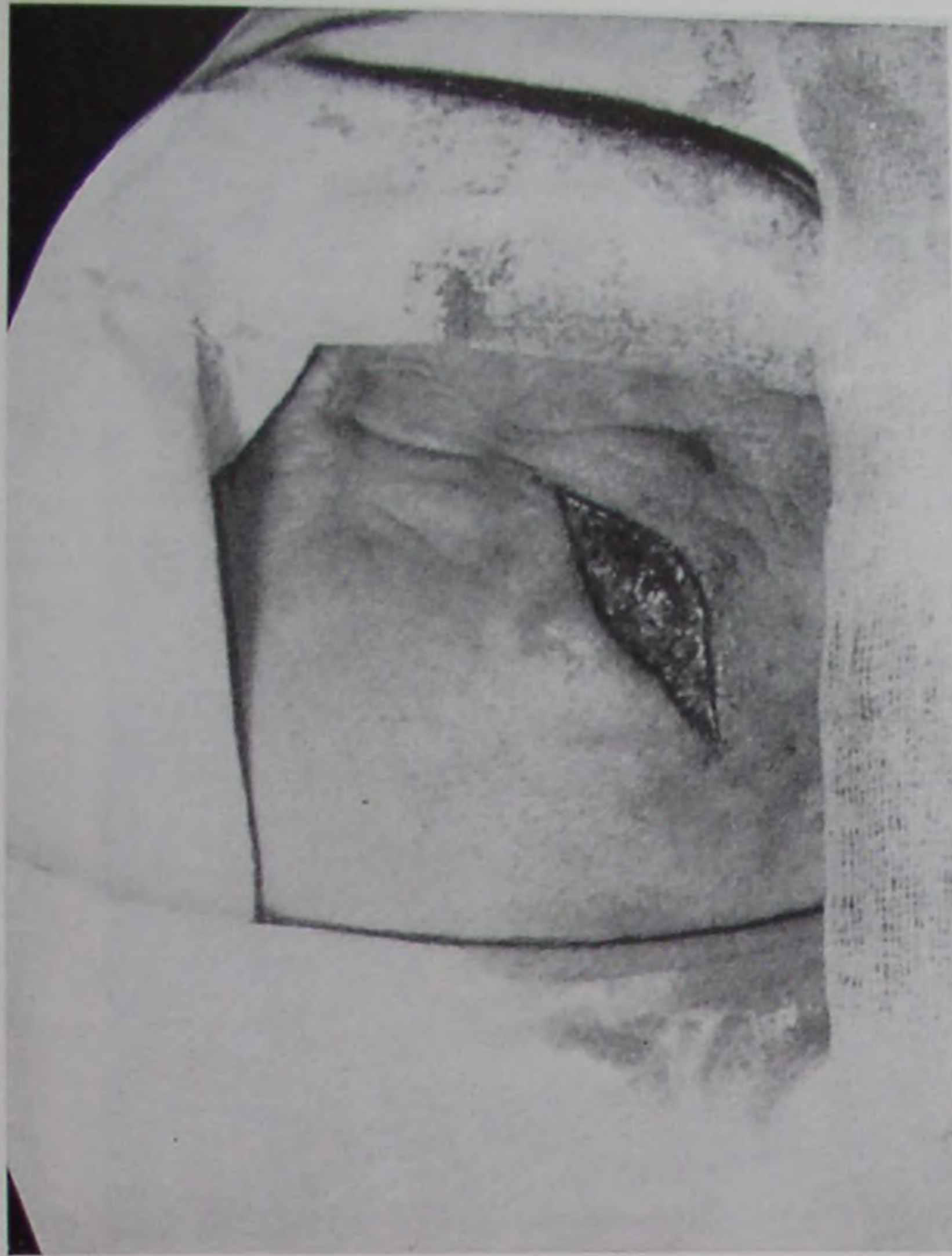
— 2. Больной через 3 года после экстирпации большей части околоушной железы. При операции была повреждена нижняя ветвь лицевого нерва. Функция нерва после первоначального паралича почти полностью восстановлена.



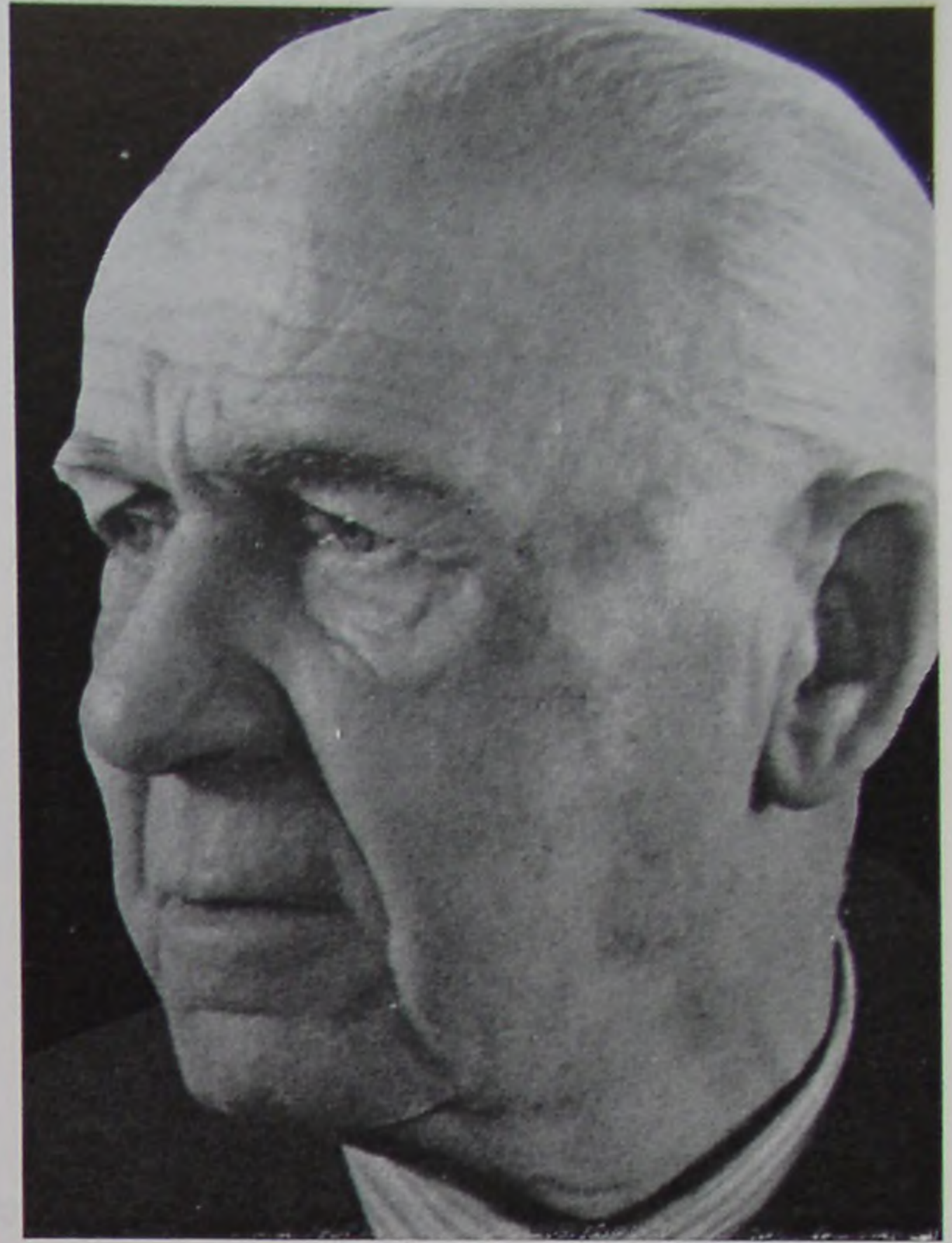
(1)

Р И С. 56

Предраковое образование в области лобного отростка скуловой кости. Больной И. К., 84 лет, история болезни № 46 521. 1. Кожа образует складки, дугообразно спускающиеся книзу от наружного угла глаза. — 2. По ходу этих складок произведено

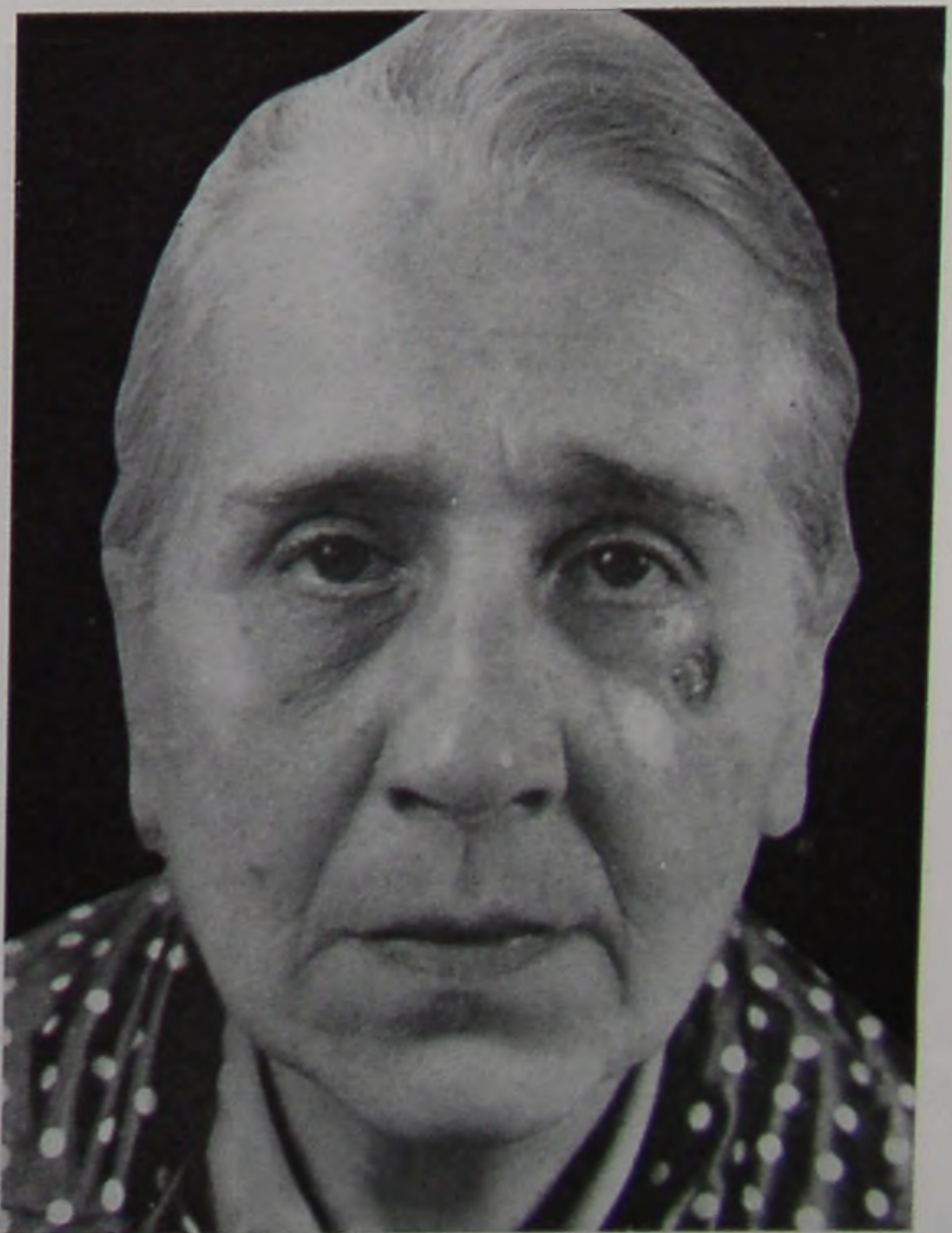


(2)



(3)

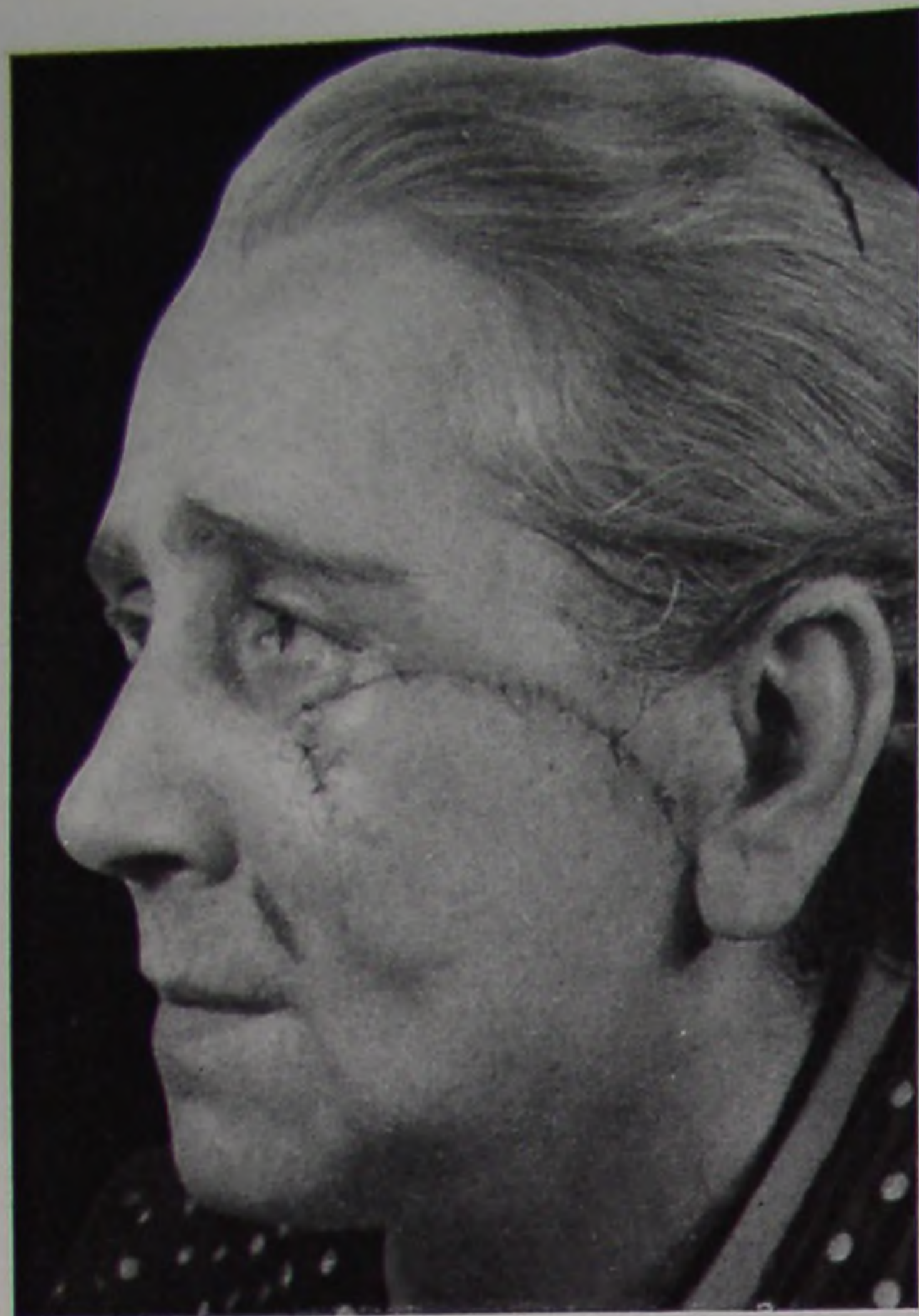
веретенообразное иссечение кожи. — 3. Через неделю после заживления остается заметным легкое припухание в месте иссечения кожи.



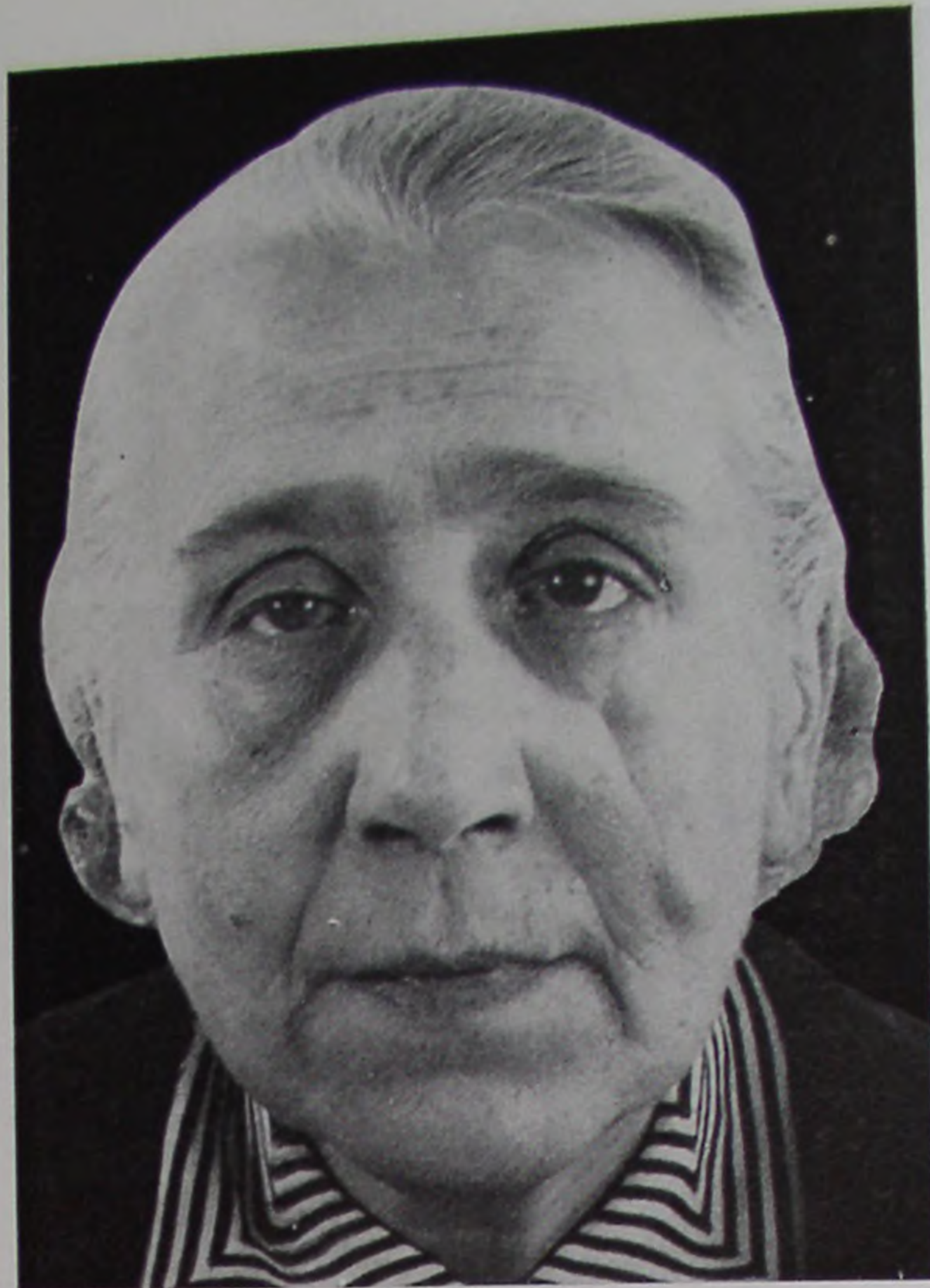
(1)

Р И С. 57.

Рак левой щеки. Больная Г. У., 62 лет, история болезни № 52 130.
1. Опухоль, расположенная на выступе скуловой кости, глубоко изъязвлена. Прилежащие участки кожи повреждены актинотера-



(2)



(3)

пией. — 2. Произведено пластическое замещение дефекта методом вращения кожи щеки. — Больная после излечения.

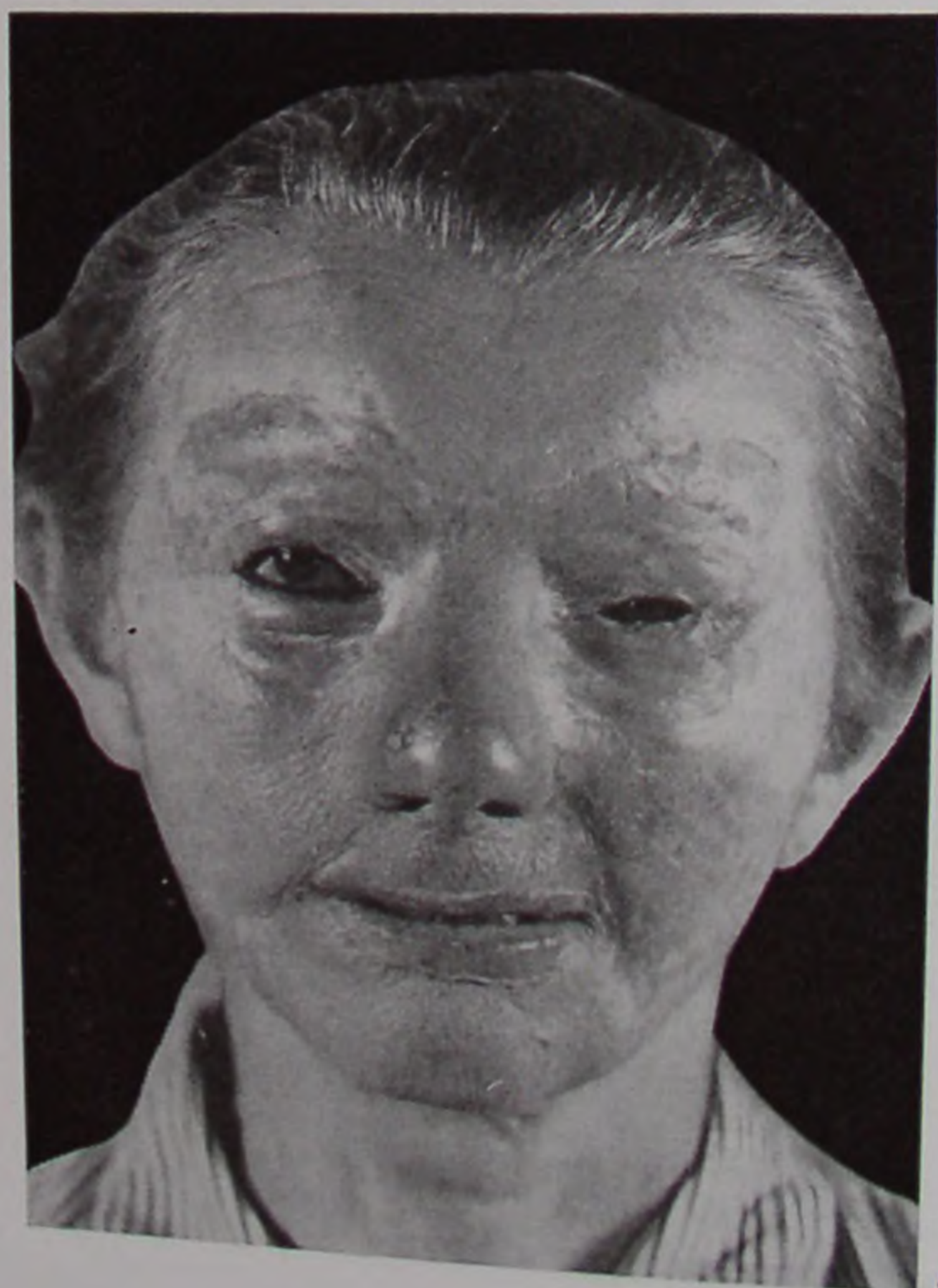
РИС. 58.

Спиноцеллюлярный рак щеки. Больная Д. К., 25 лет, история болезни № 175. 1. Больная на протяжении ряда лет страдала волчанкой и наряду с другими видами лечения подверглась рентгенотерапии. На правой щеке образовалась рентгеновская язва, а на ее почве возникла обширная раковая опухоль. В пер-

вый этап операции произведена экстирпация опухоли электроножом и иссечена кожа щеки и носа. С живота в дефект перенесен стебельчатый лоскут. Больная пожелала, чтобы была замещена и оставшая кожа, опасаясь повторной деструкции на новом месте. Поэтому рубцовая кожа была последовательно иссечена и замещена свободными кожными трансплантатами. — 2. Больная через 15 лет после операции.



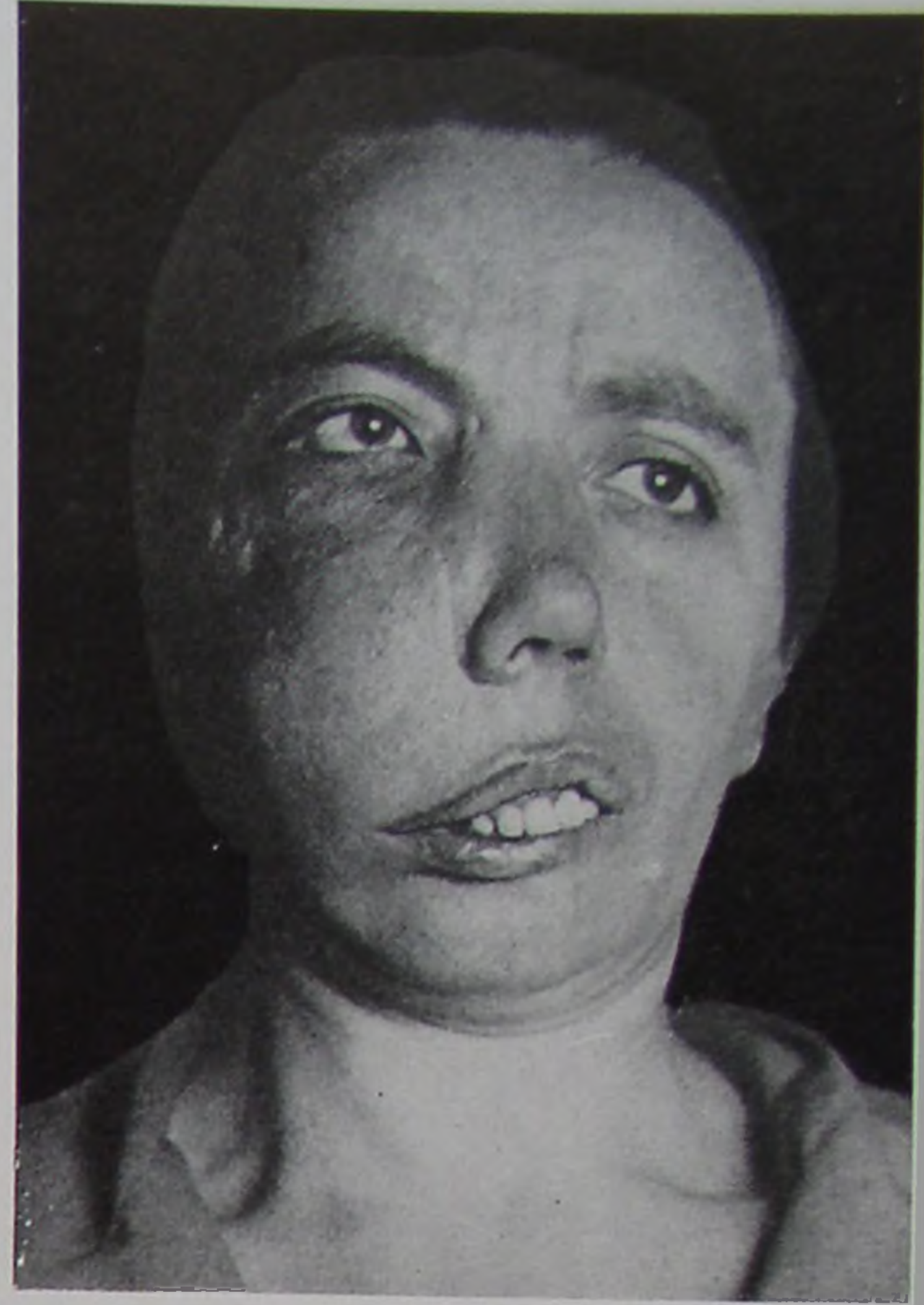
(1)



(2)

И С. 59.

раккома верхней челюсти. Больная М. Б., 34 лет, история болезни № 508. 1. Опухоль деформирует правую половину лица. — Состояние после резекции всей правой половины верхней челюсти. Верхний край слизистой оболочки щеки пришит к оставшейся левой половине неба. Под край глазного яблока подложена височная мышца. Рубец глубоко втянут. — 3, 4. На правую щеку произведена повторная пересадка дермо-эпидермальных трансплантатов. Эти операции в значительной степени смягчили асимметрию лица. Больная через 4 года после операции. Удалены келоидные рубцы.

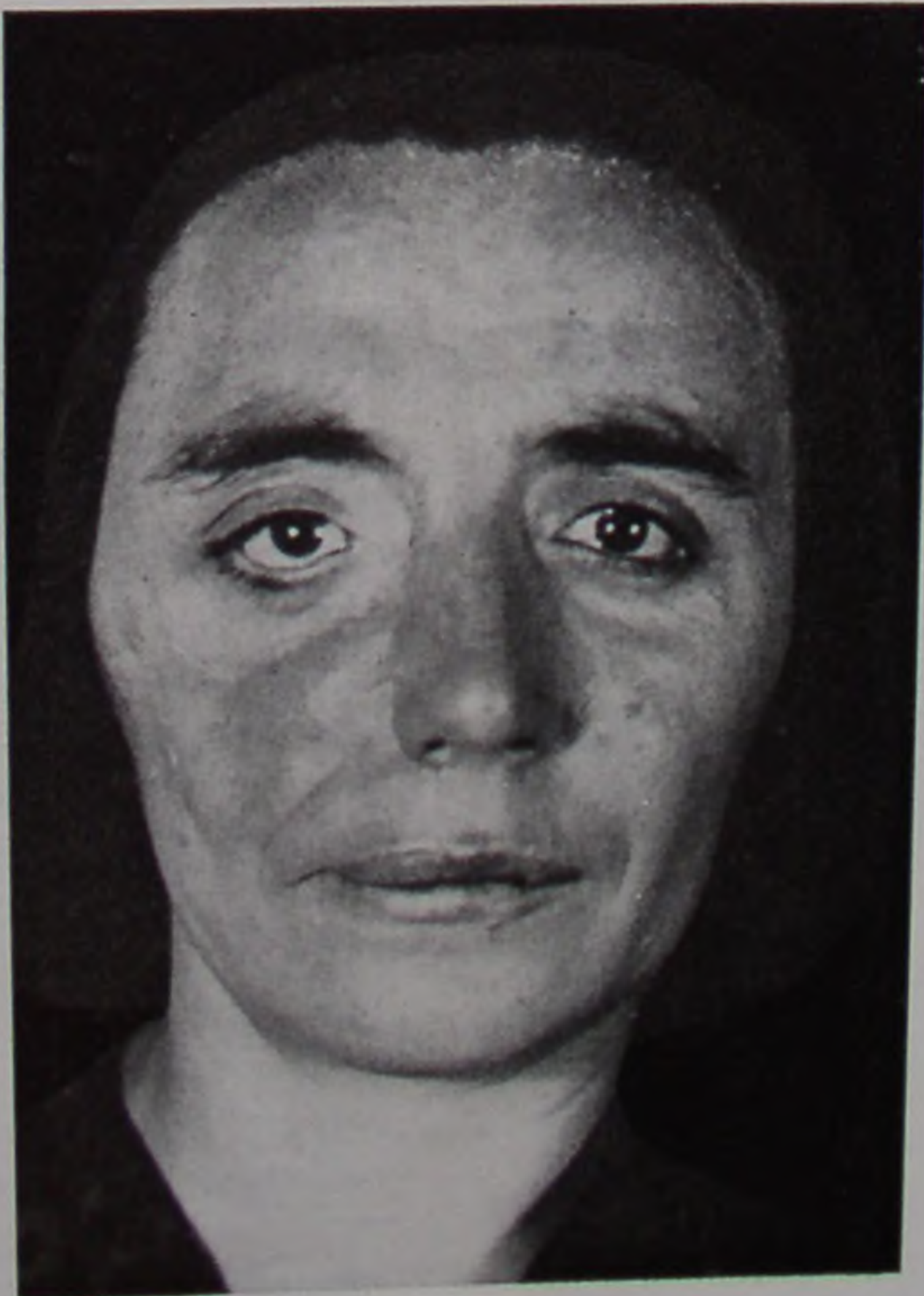


(1)

(2)

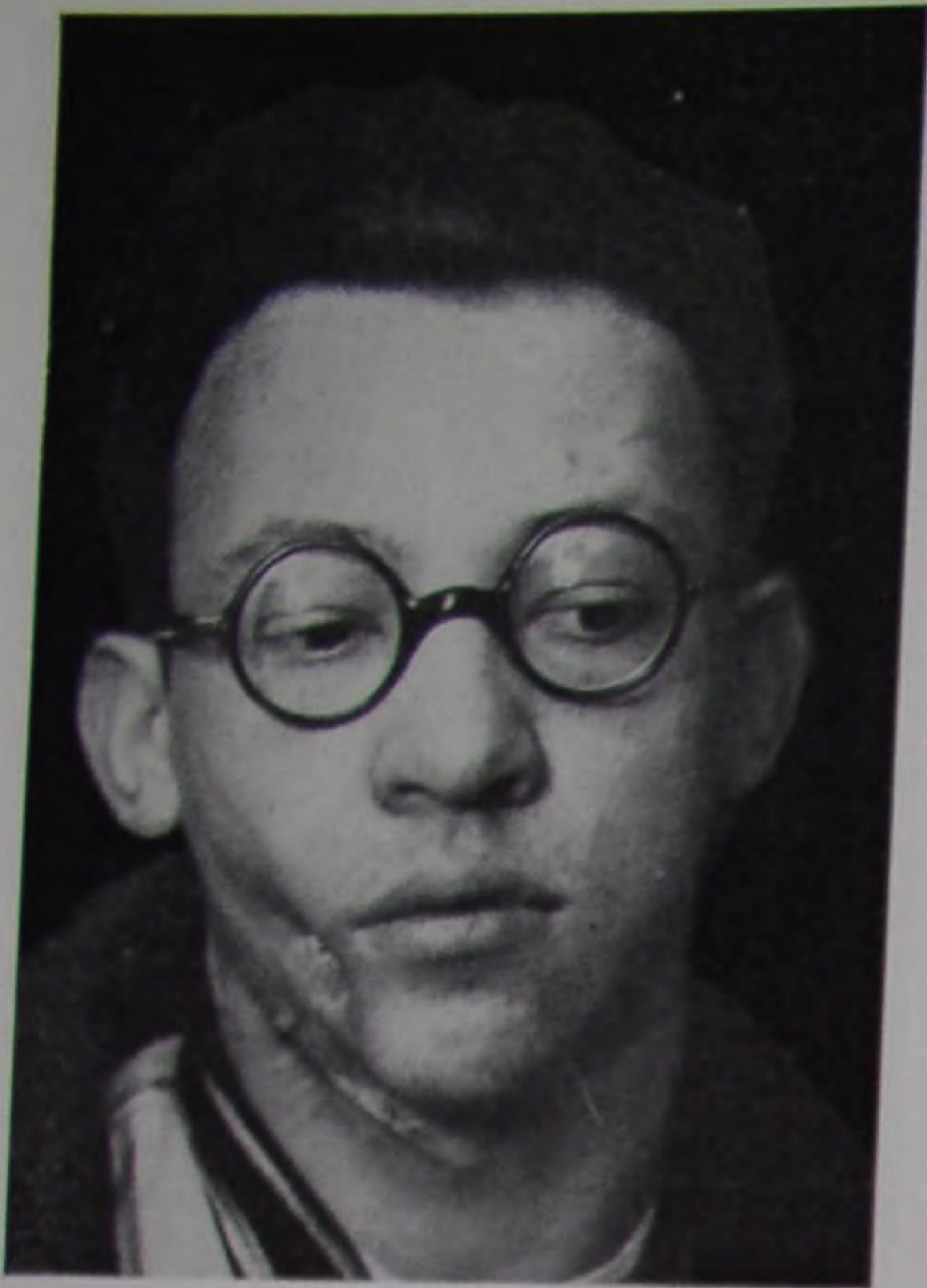


(3)

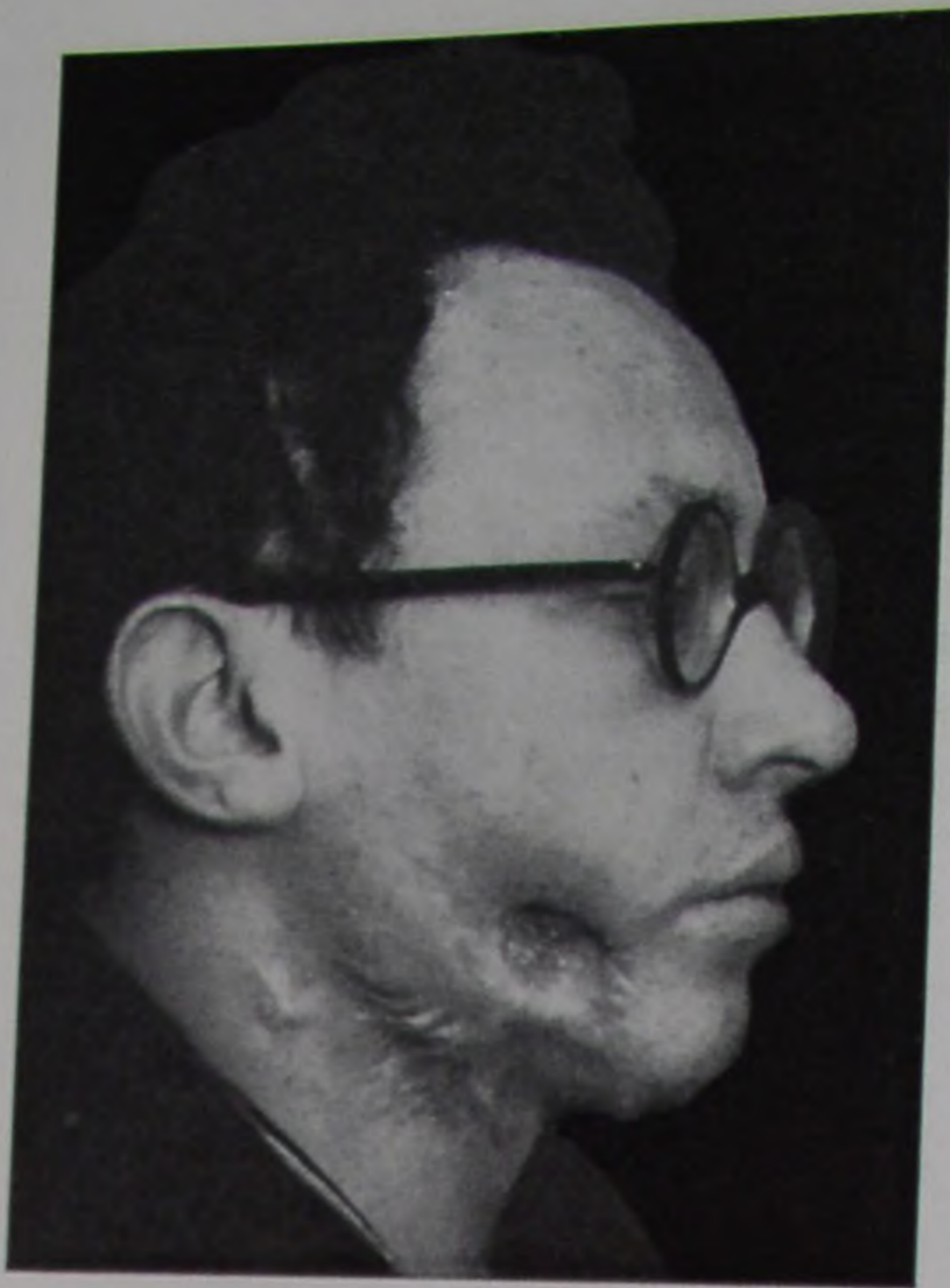


(4)





(1)



(2)



(3)

(4)

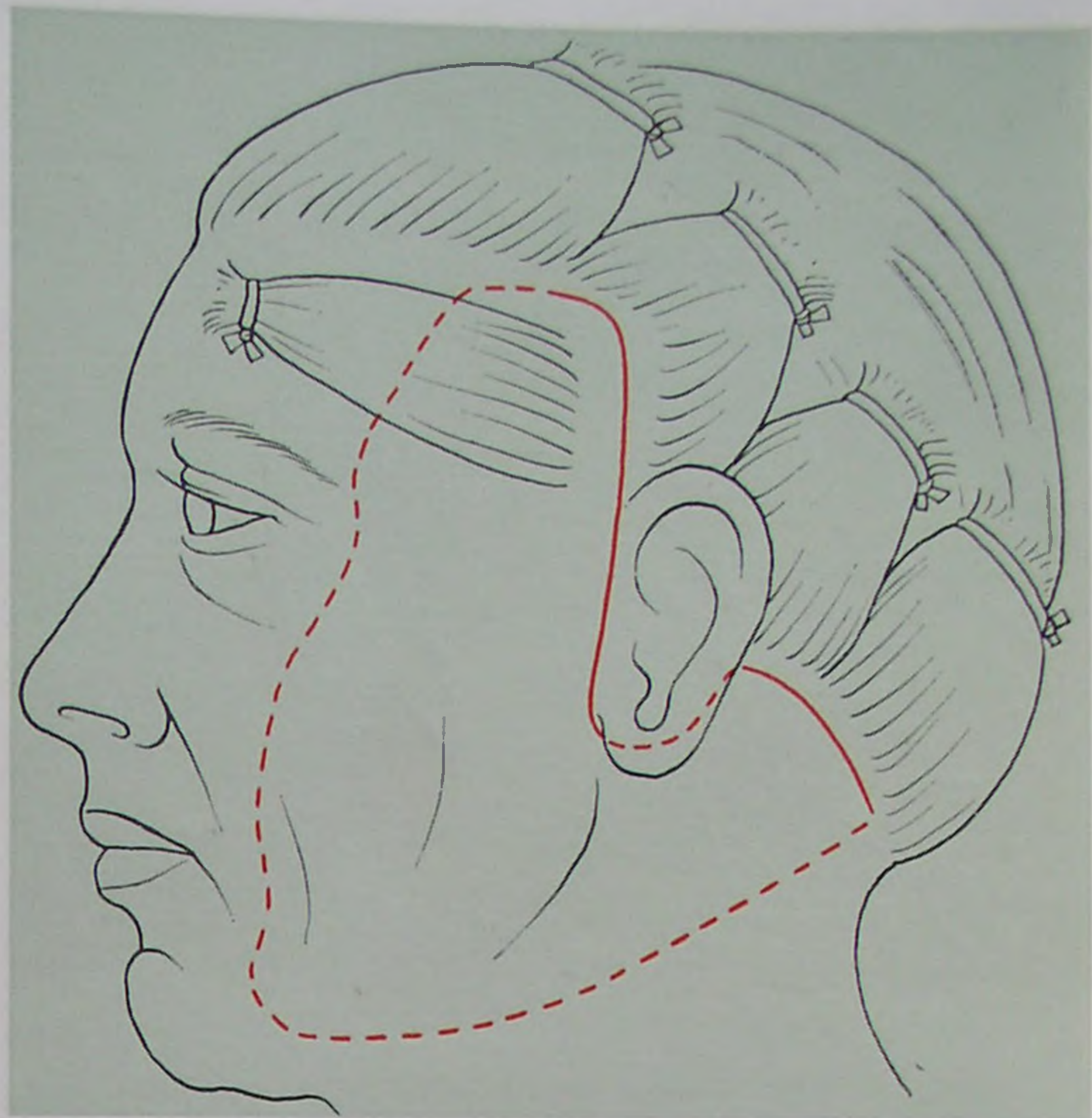


Р И С. 60.

Послеоперационный сквозной дефект правой щеки. Больной В. Н., 20 лет, история болезни № 110. 1. Дефект возник после экстирпации аденомы нижней челюсти. — 2. Больной подвергся длительному лечению рентгеном. Трижды был оперирован. Попытка закрыть сквозной дефект кожным лоскутом оказалась безуспешной. В таком состоянии больной был принят на лечение в институт пластической хирургии. Приготовлен стебельчатый лоскут на плече, дополненный лоскутом с поверхности грудной клетки. Лоскут перенесен на дефект, края которого иссечены в пределах здоровой кожи. Кожа лоскута, выкроенного с поверхности грудной клетки, подшита к слизистой оболочке. — 3, 4. Состояние после излечения. Ножка лоскута использована для замещения дефекта кожи на челюсти и шее, откуда были иссечены келоидные рубцы. В результате рентгеновского повреждения через несколько лет после актинотерапии возникла тяжелая атрофия нижней челюсти, осложнившаяся потерей всех зубов. С правой стороны в возрасте 60 лет в результате редукции челюсти от нее остался лишь тонкий столбик, который в конце концов переломился. В дальнейшем потребуется произвести пересадку костного трансплантата.

РИС. 61.

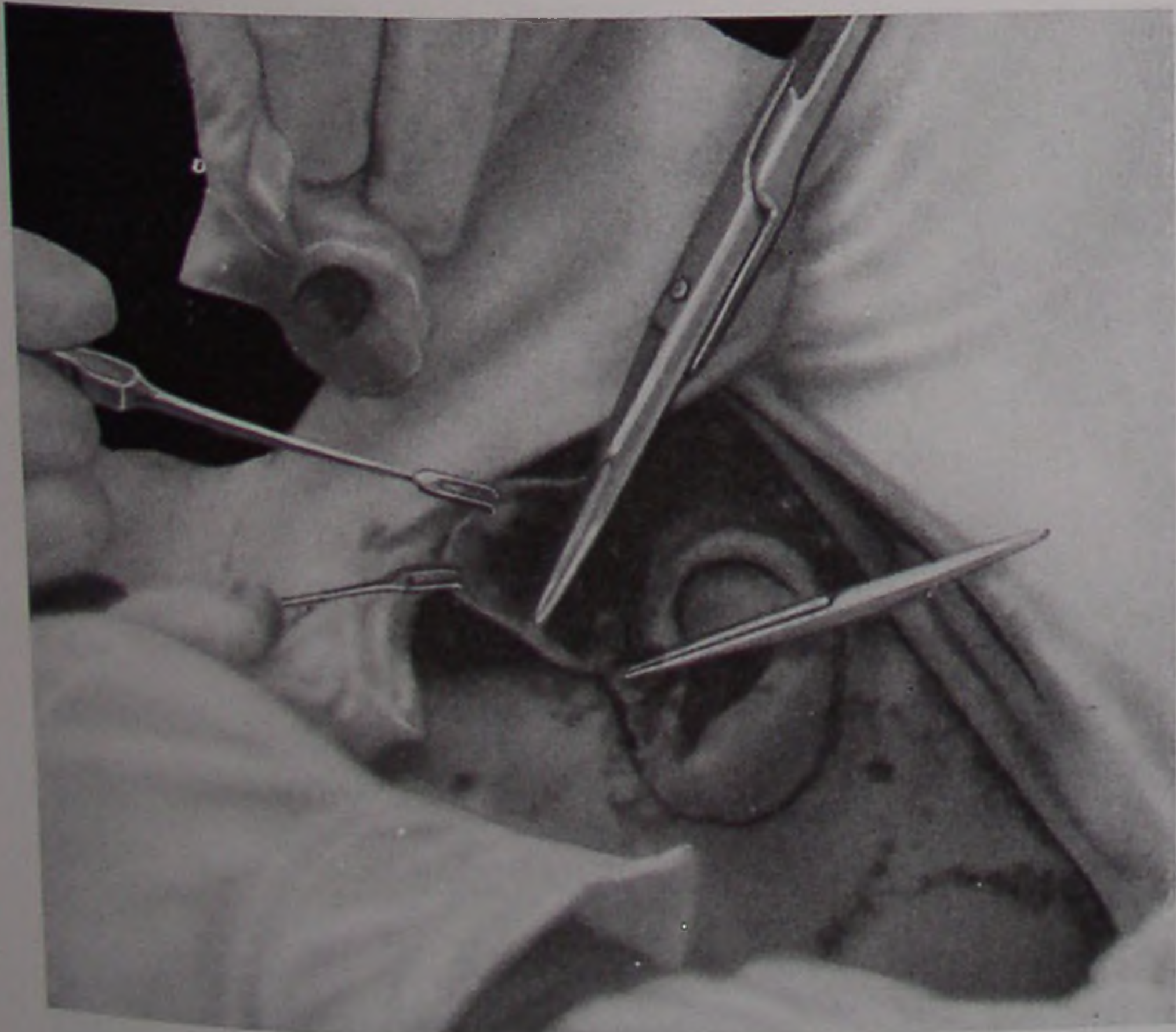
Операции при птозе лица. 1. За ушной раковиной и в области виска выбривают полосу волос шириной 2—3 см. Намечают направления, по которым будет перемещаться кожа, и наносят линии разрезов, а именно: линию, расположенную вертикально перед ушной раковиной, и направляющуюся вверх в височную область, где она круто поворачивается кпереди. Внизу линия разреза проходит прямо в бороздке под ушной мочкой, затем идет по ходу заушной складки, на половине длины которой дугообразно поворачивает кзади и книзу. Волосы по обеим сторонам раны разреза тщательно смазывают 10 % настойкой йода. Кожу обезболивают 0,5 % раствором прокаина, после чего иглу с 0,25 % раствором анестетика вводят вглубь и инфильтрируют подкожно-жировую клетчатку на лбу, щеке, шее и в заушной области в границах предполагаемой мобилизации кожи. — 2. Проводят слегка выпуклый кпереди вертикальный разрез от ушной мочки кверху в область виска. В первую очередь отсепааровывают кожу на виске, где ее можно легко отслоить от фасции височной мышцы. Затем отсепааровывают кожу книзу и кпереди. Кожу щеки отсепааровывают над выступом скуловой кости. Под ним имеется место, величиной с ноготь, где кожа несколько утончена и прикреплена к ниже лежащим тканям при помощи коротких и плотных фиброзных тяжей. В этом месте следует работать очень осторожно, чтобы избежать разрыва кожи и повреждения сосудов. Кожу отсепааровывают до носогубной борозды. Кровотокающие сосуды захватывают зажимами типа «москит», а образовавшийся карман заполняют марлей, пропитанной теплым физиологическим раствором. — 3. Разрез кожи по ходу заушной складки, на половине длины которой линия разреза поворачивает кзади, а затем дугообразно книзу. — 4. Осматривают ушную мочку. Если



(1)

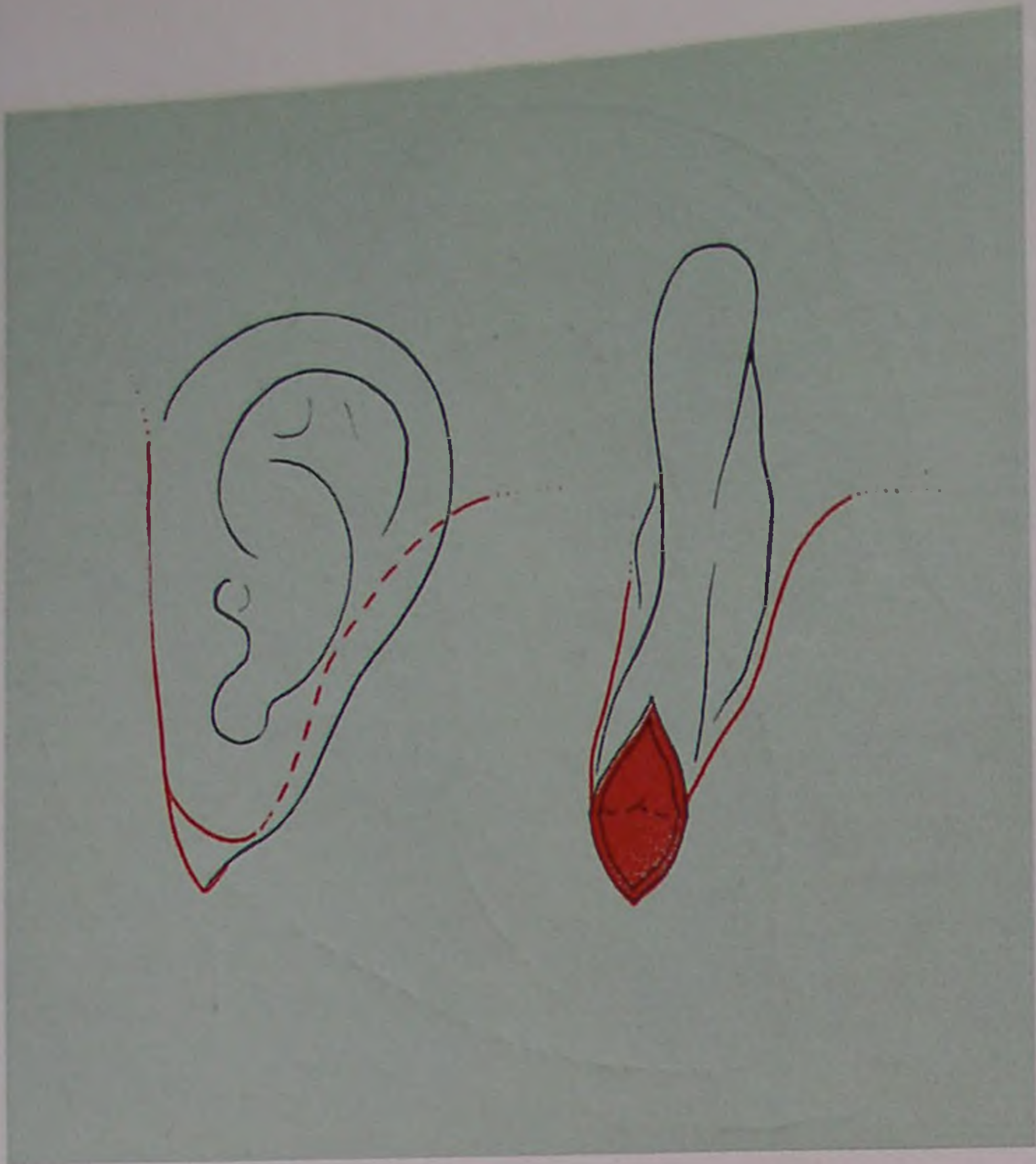
она прикрепляется к щеке на слишком большом протяжении, то из ее переднего края иссекают треугольный лоскут. Кожу за ушной раковиной препарируют очень осторожно, так как она здесь тоже очень тонка и спаяна с апоневрозом грудино-ключично-сосковой мышцы плотными и густо расположенными фиброзными тяжями, содержащими большое количество сосудов. Кожу отсепа-

(2)



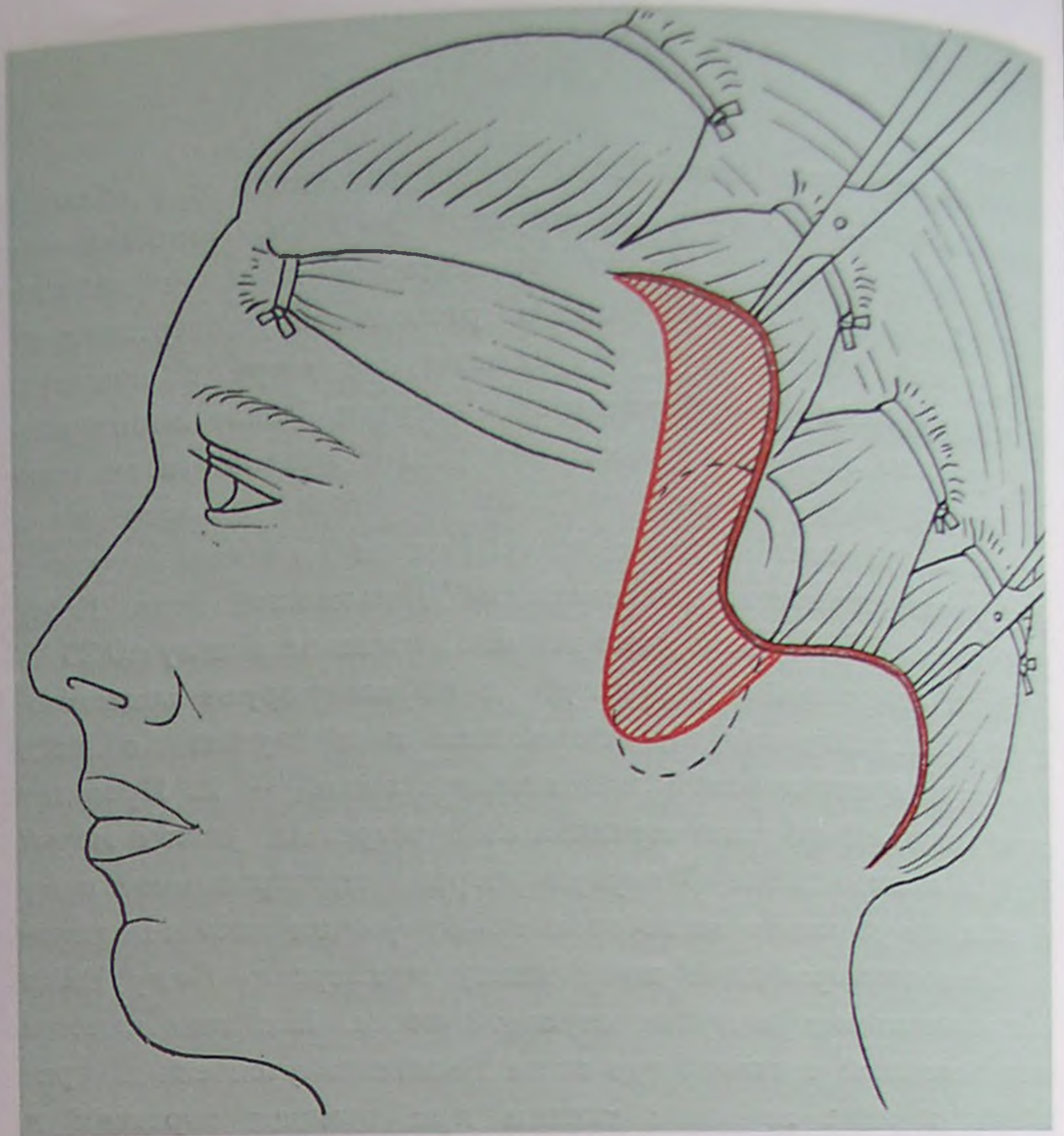
(3)





(4)

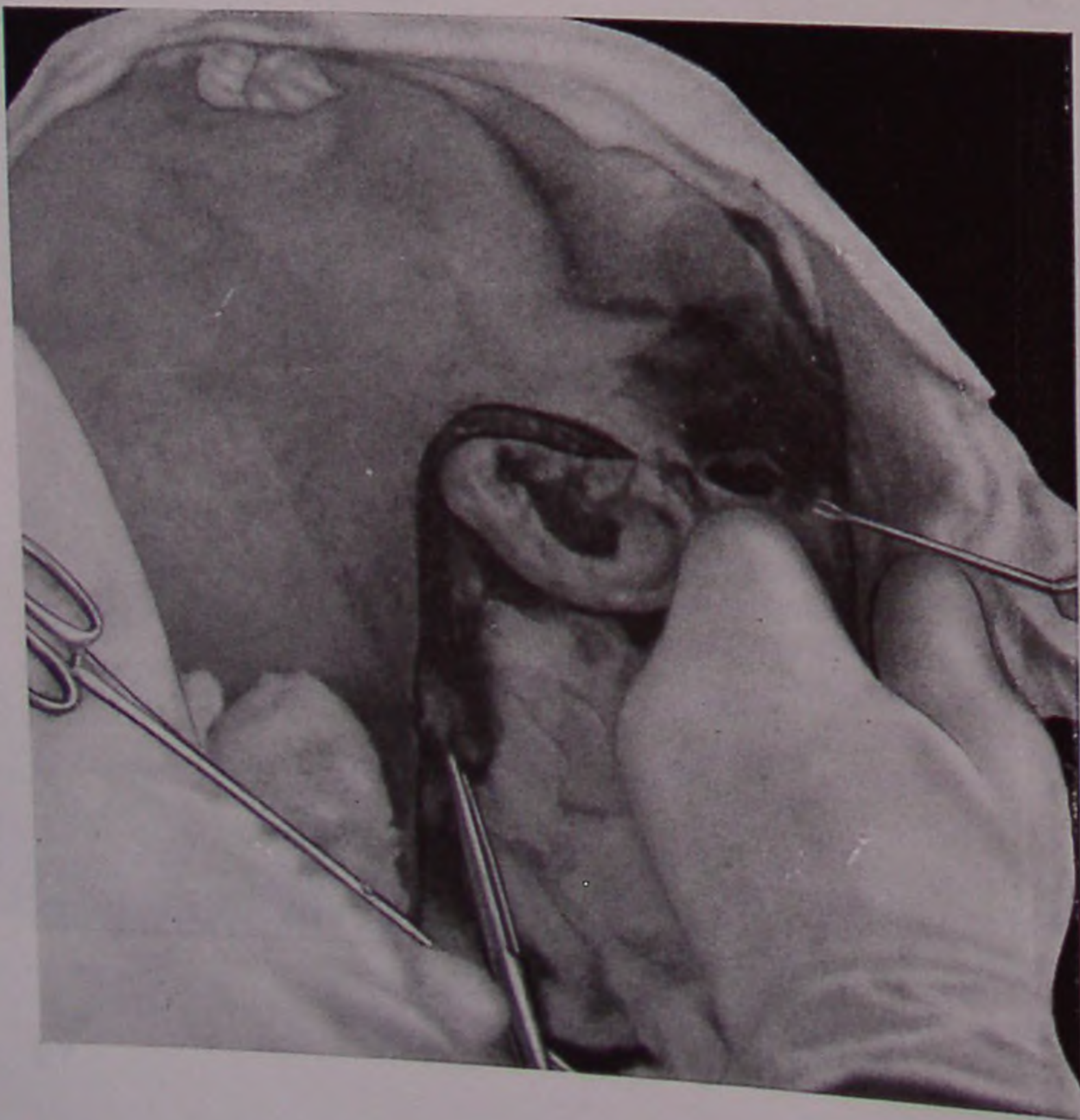
ровывают вначале книзу и кпереди, а затем кверху, пока не образуется единый дугообразный карман. У верхнего края ушной раковины кожу отсепааровывают кзади на площади 1—2 X 3—4 см для того, чтобы в дальнейшем можно было в этом месте произвести ее иссечение. Приподняв отсепаарованную кожу, производят электрокоагуляцию захваченных зажимами сосудов, равно как и тех сосудов, которые еще кровоточат. — 5. Края отсепаарованной кожи захватывают зажимами, приподнимают и слегка на-



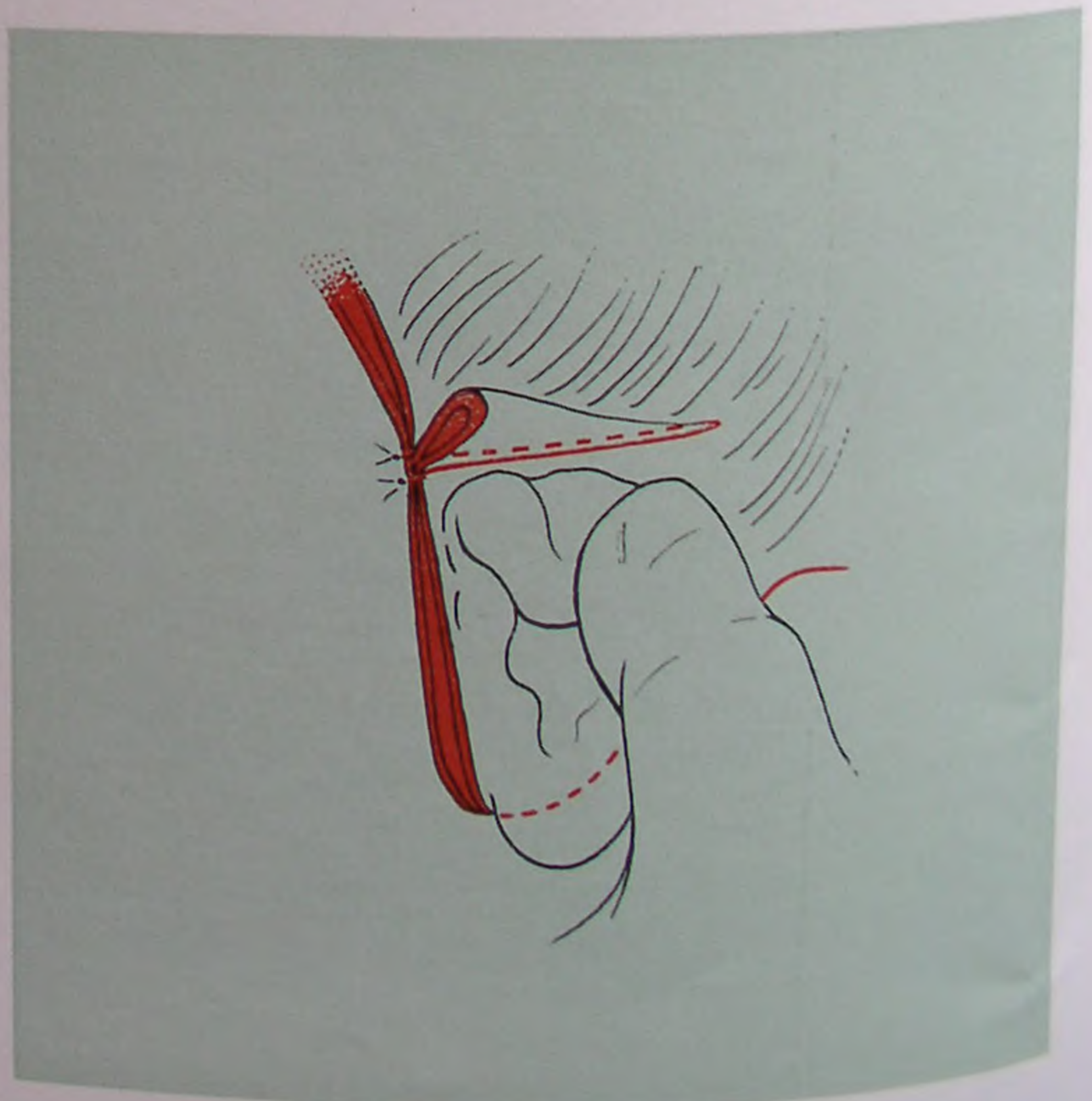
(5)

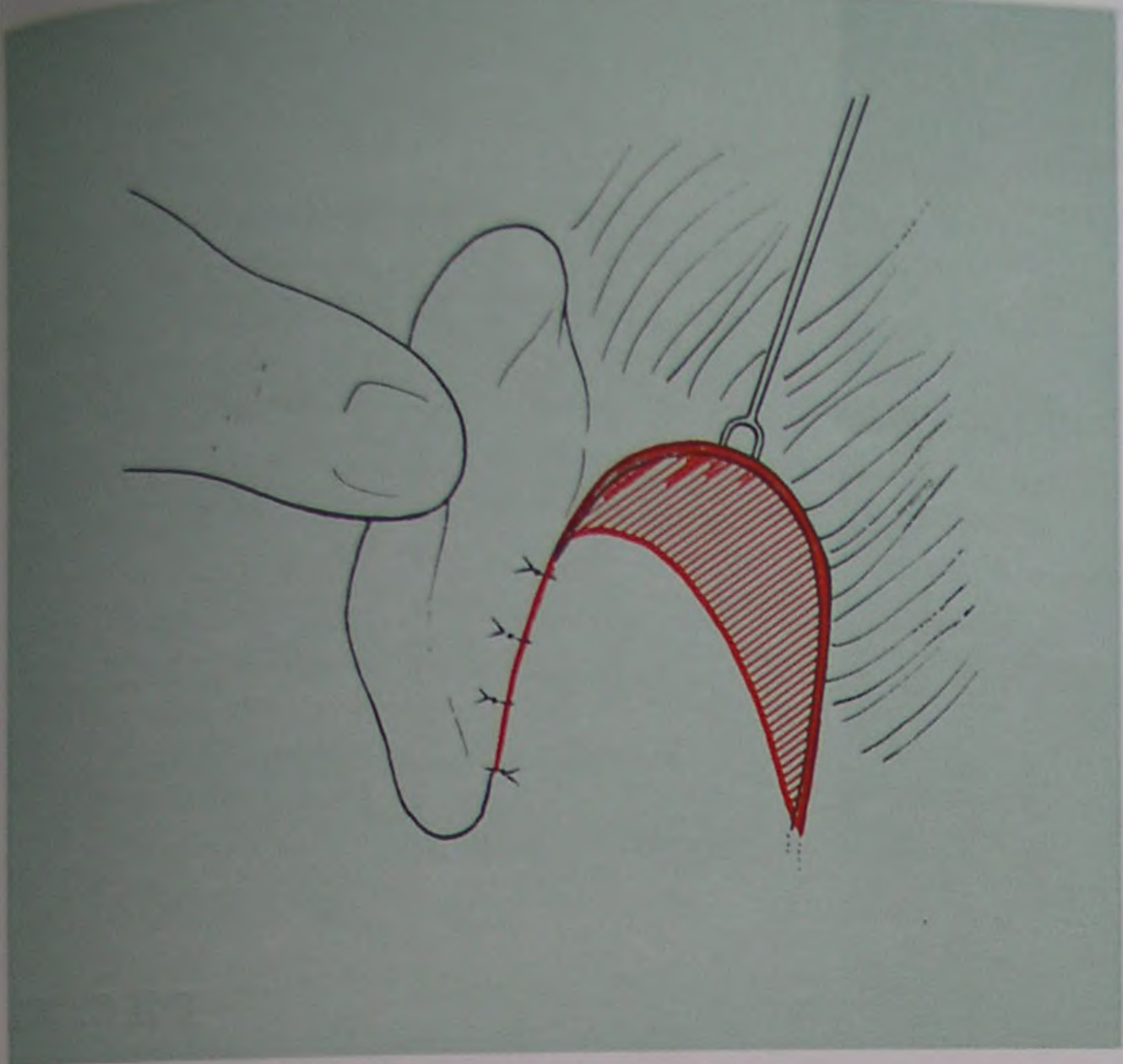
тягивают в указанном направлении. При этом задний край разреза придерживают крючком на своем месте, так что становится возможным определить ширину ленты, подлежащей иссечению. Иссечение производят по направлению сверху вниз. Ниже ушной мочки кожу иссекают с таким расчетом, чтобы мочка не оттягивалась книзу. За ушной раковиной отсепаарованную и оттянутую кожу прижимают к поверхности головы, затем отрезают ее избыток в соответствии с линией разреза в заушной складке. —

(6)



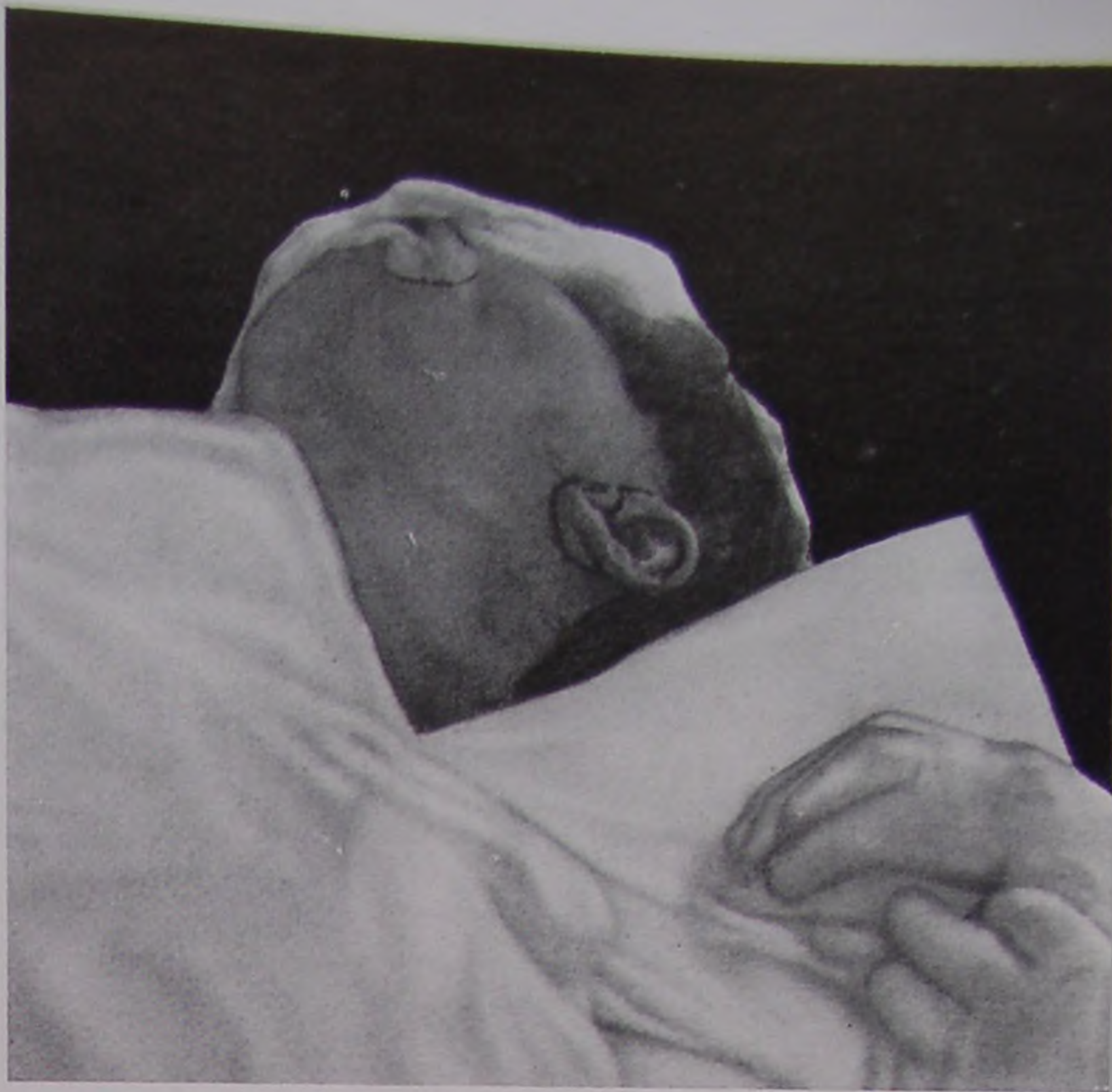
(7)





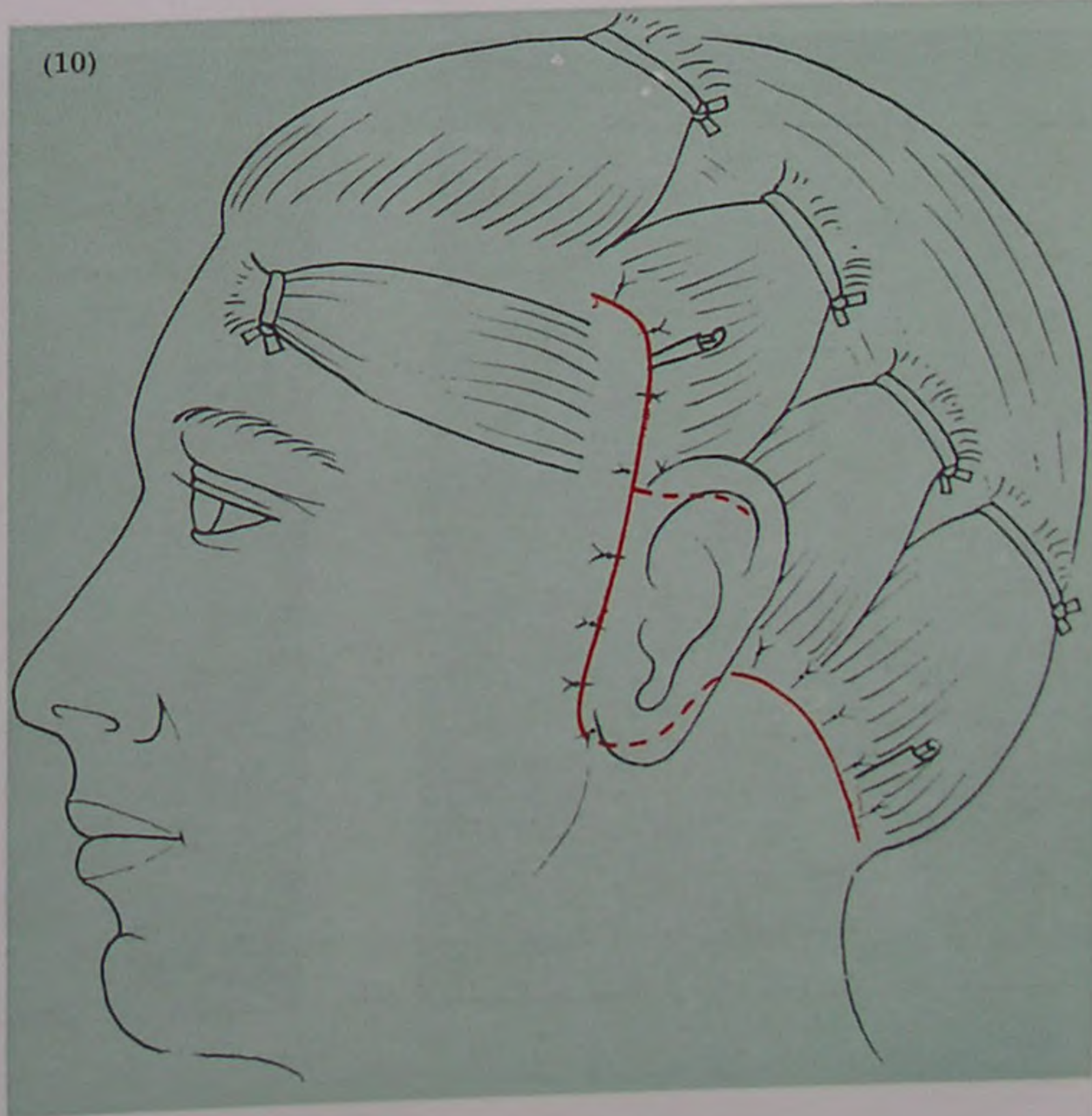
(8)

6. Убедившись в том, что кровотечение полностью остановлено, приступают к наложению швов. — 7. Первый шов накладывают на уровне верхнего края ушной раковины. Оттянув ушную раковину кверху, накладывают второй шов. Между ними возникает над ушной раковиной складка кожи, мобилизованной в начале операции; ее клиновидно иссекают. — 8. Наложив шов на рану в области виска, приступают к зашиванию разреза в области ушной мочки. Сместив кожу на требуемую высоту и натянув по мере надобности, ее края пришивают к краю кожи в заушной



(9)

области. Последним иссекают излишек кожи в области сосцевидного отростка. После наложения шва в этом месте в рану вводят капиллярный дренаж. — 9, 10. Последний этап операции. Наложение шва на рану, расположенную перед ушной раковиной. Зашивать рану следует очень тщательно, накладывая внутрикожные и тонкие узловатые швы на мочку. Кроме того, накладывают несколько удерживающих швов. Вторым капиллярный дренаж вводят в рану в области виска. После операции следят за тем, чтобы не образовалась гематома.



(10)



(1)



(2)

Р И С. 62.

Птоз лица. Больная Г., 54 лет, история болезни № 30 333.
1. Общая дряблость и смещение книзу кожи лица. — 2. Больная после описанной выше операции. В дальнейшем ей предстоит

операция для удаления отвисшего жира в области нижних век; кроме того, придется приподнять брови.

Общий птоз лица. Больная К., 48 лет, история болезни № 1032.
1. Общий птоз лица, скопления жира в нижних веках. —
2. Больная после операции, при которой был не только ликви-

дирован птоз, но и удалены скопления жира и приподняты брови методом серповидных иссечений кожи.



(1)



(2)

Р И С. 63.



(1)

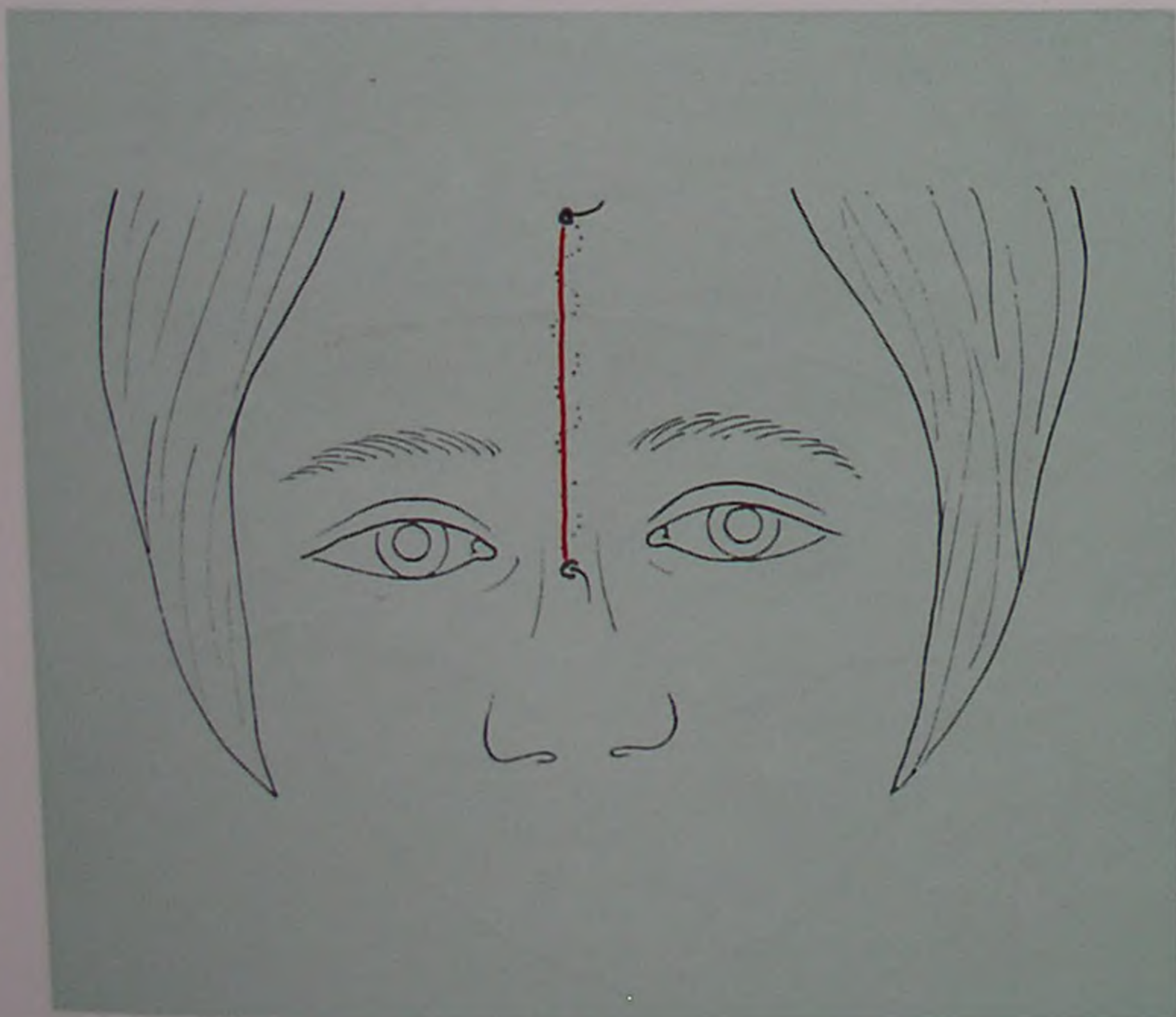


(2)

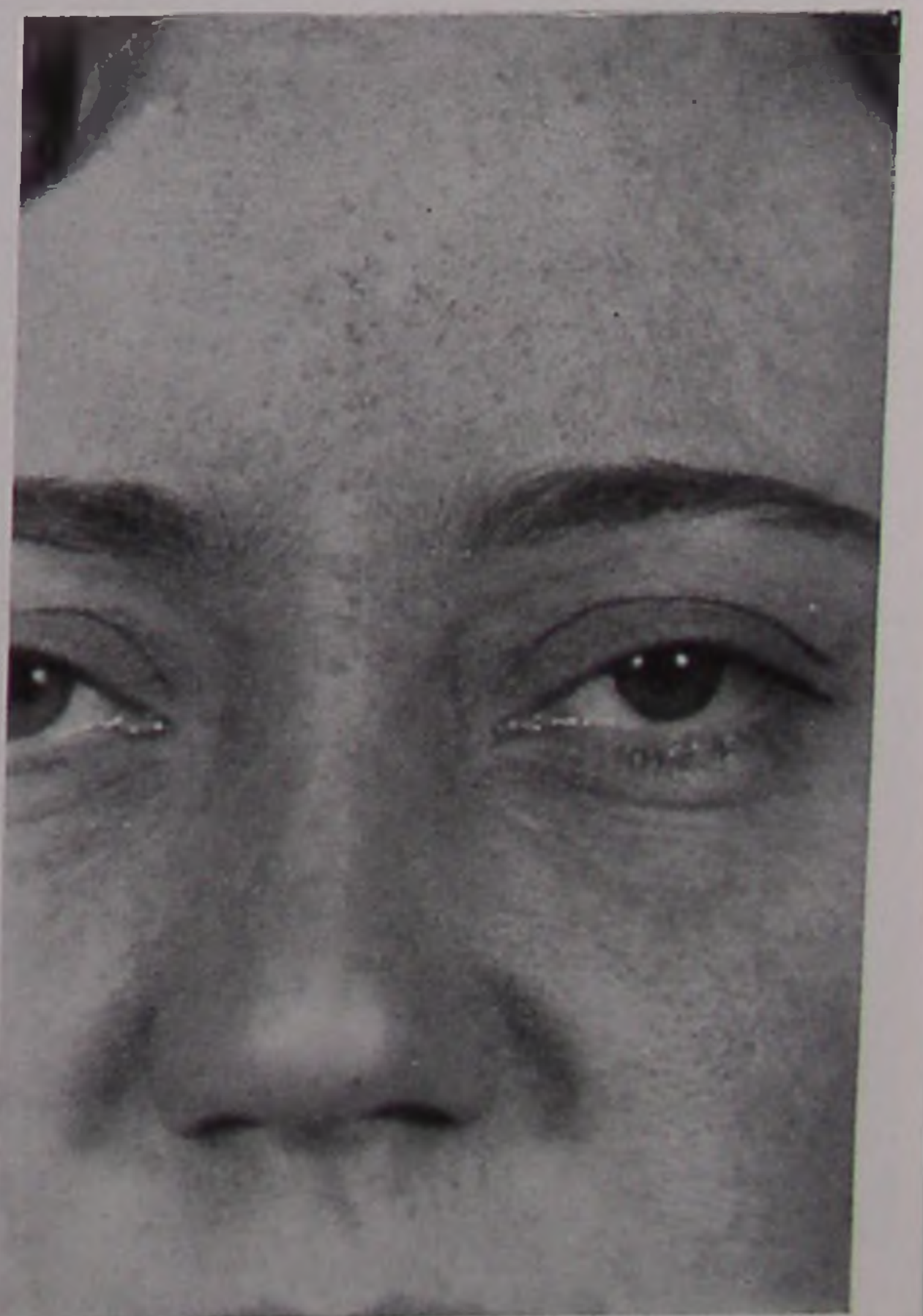
Р И С. 64.

Вертикальные морщины лба и надпереносья. Больная Б., 38 лет, история болезни № 21 235. 1. Морщины начинаются на боковых поверхностях корня носа и направляются по обеим сторонам надпереносья на лоб. Правая морщина глубже и длиннее левой. — 2. Вертикальное веретенообразное иссечение кожи. — 3. Внутрикожный шов, наложенный с помощью тонкой нити. В резуль-

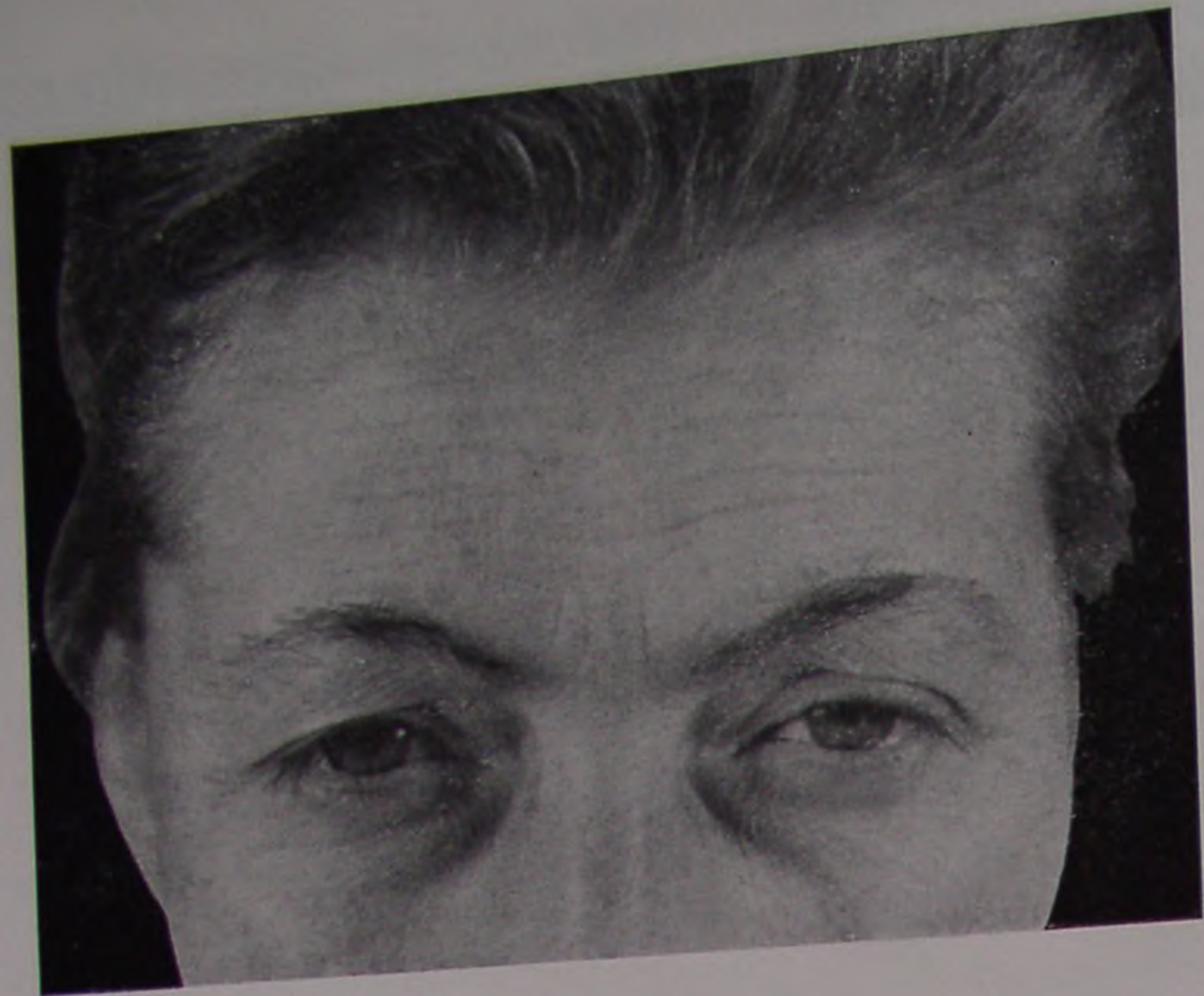
тате смещения отсепарованной кожи морщины сгладились. — 4. Больная после операции. У женщин с низким лбом производят иссечение фронтально расположенной полосы кожи в волосистой части головы, у женщин с высоким лбом иссекают полосу кожи у верхнего края лба, у самой границы волос.



(3)



(4)

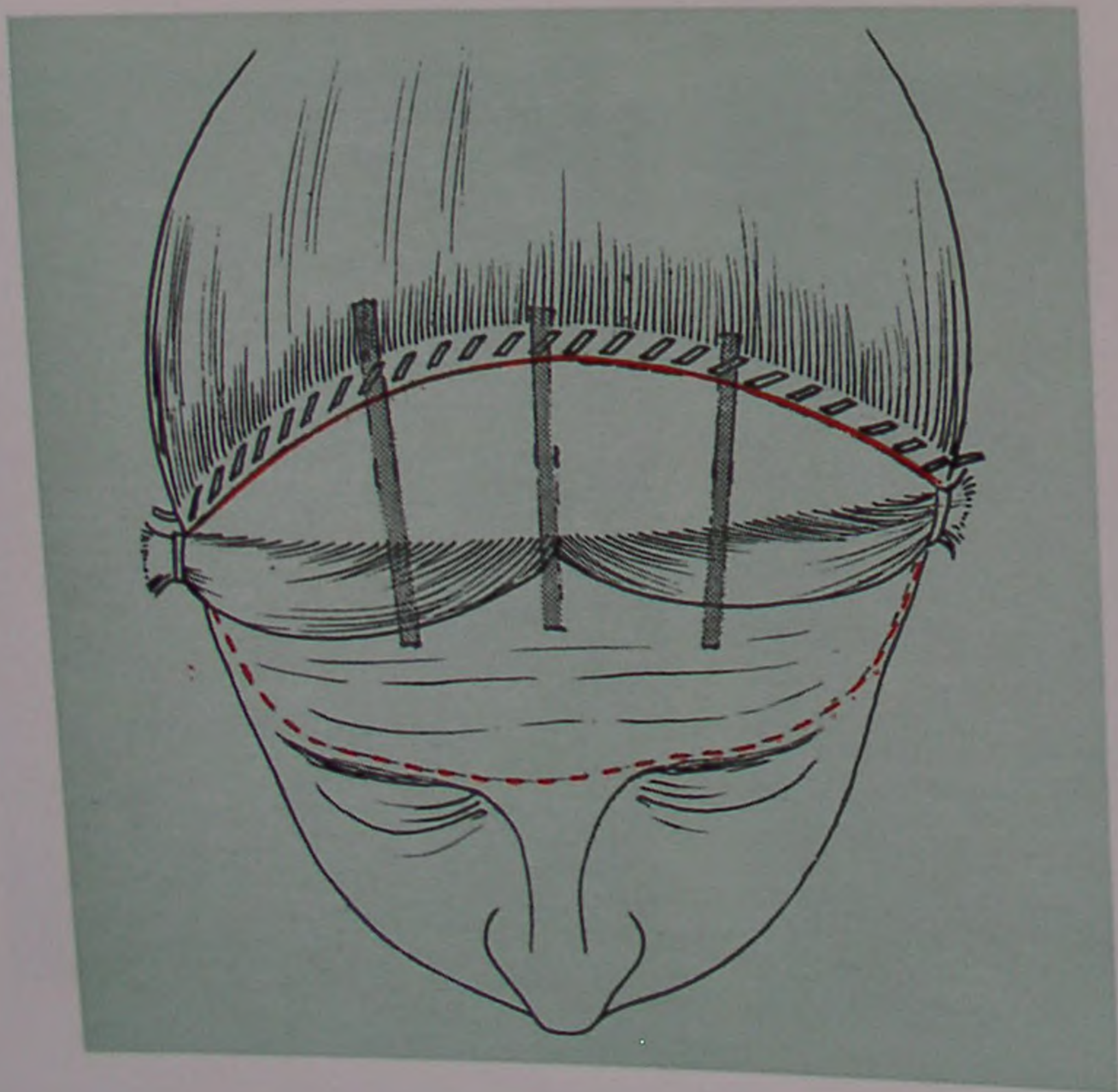


Р И С. 65.

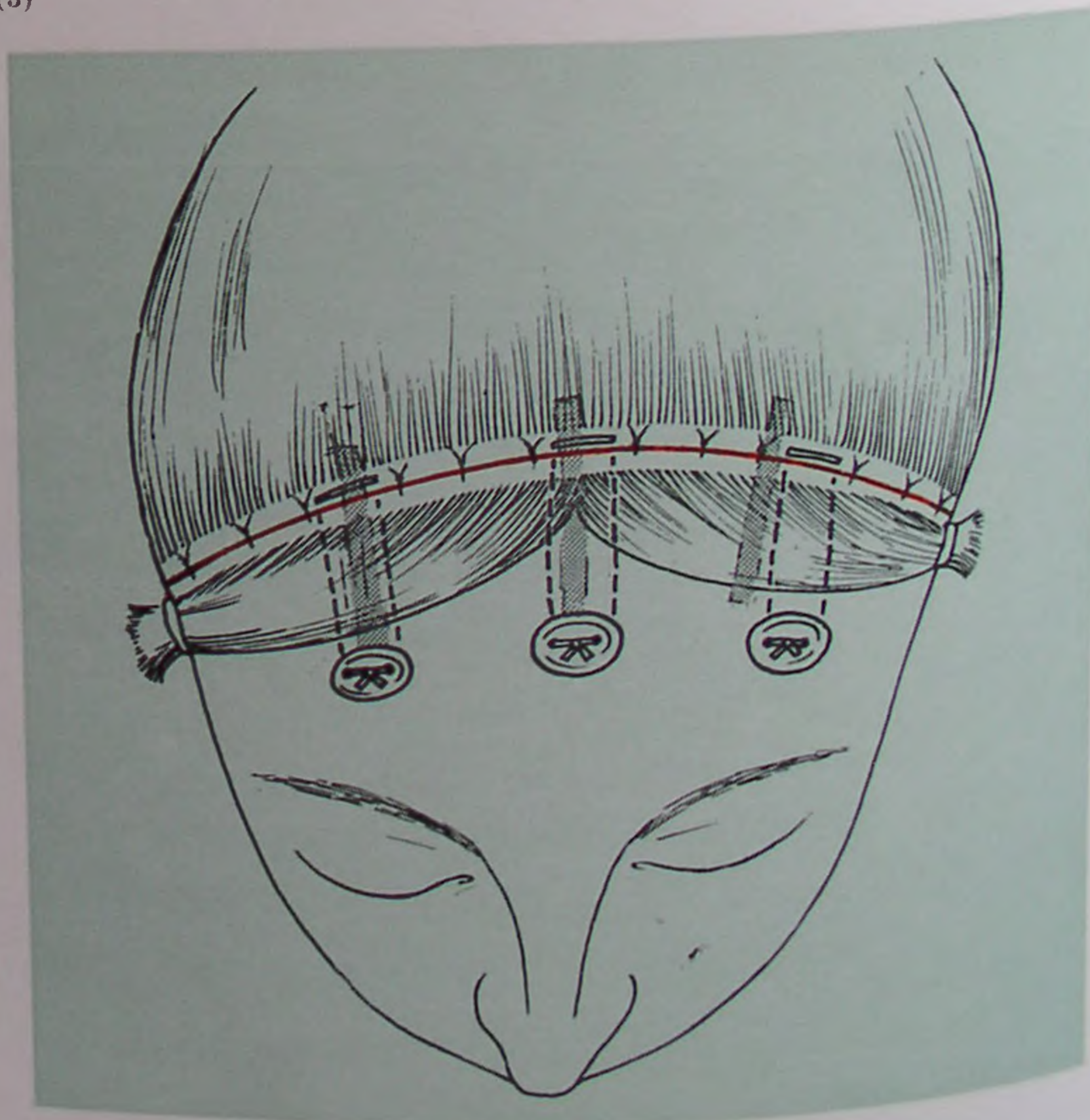
Значительная морщинистость кожи довольно невысокого лба. Больная М. Б., 41 года, история болезни 49 037. 1. Опущение бровей и кожи верхней части век, образовавших нависающие складки. — 2. Схематическое изображение выбритой части лба. Намечены линии саггитальной оси и боковые вспомогательные линии. Виден непрерывный шов, наложенный в целях остановки кровотечения вдоль заднего края выбритой полосы. Разрез, соединяющий оба виска, ведут непосредственно над этим швом. Кожу лба отслаивают от периоста вместе с апоневрозом. Отслойку производят при помощи турунды, пропитанной физиологическим раствором; в случае наличия плотных тяжей, последние рассекают. Кожу отсепаровывают до верхнего края глазниц и надпереносья. — 3. Края отслоенной кожи берут псановскими зажимами и натягивают; на натянутую кожу накладывают матрацные швы, захватывающие задний край раны, и завязывают на лбу на пуговицах. На натянутой коже вычерчивают участок, подлежащий иссечению. Первый шов накладывают по средней линии. Если полосу кожи иссекают в волосистой части головы, то рану зашивают в обе стороны от первого шва непрерывным нейлоновым

(1)

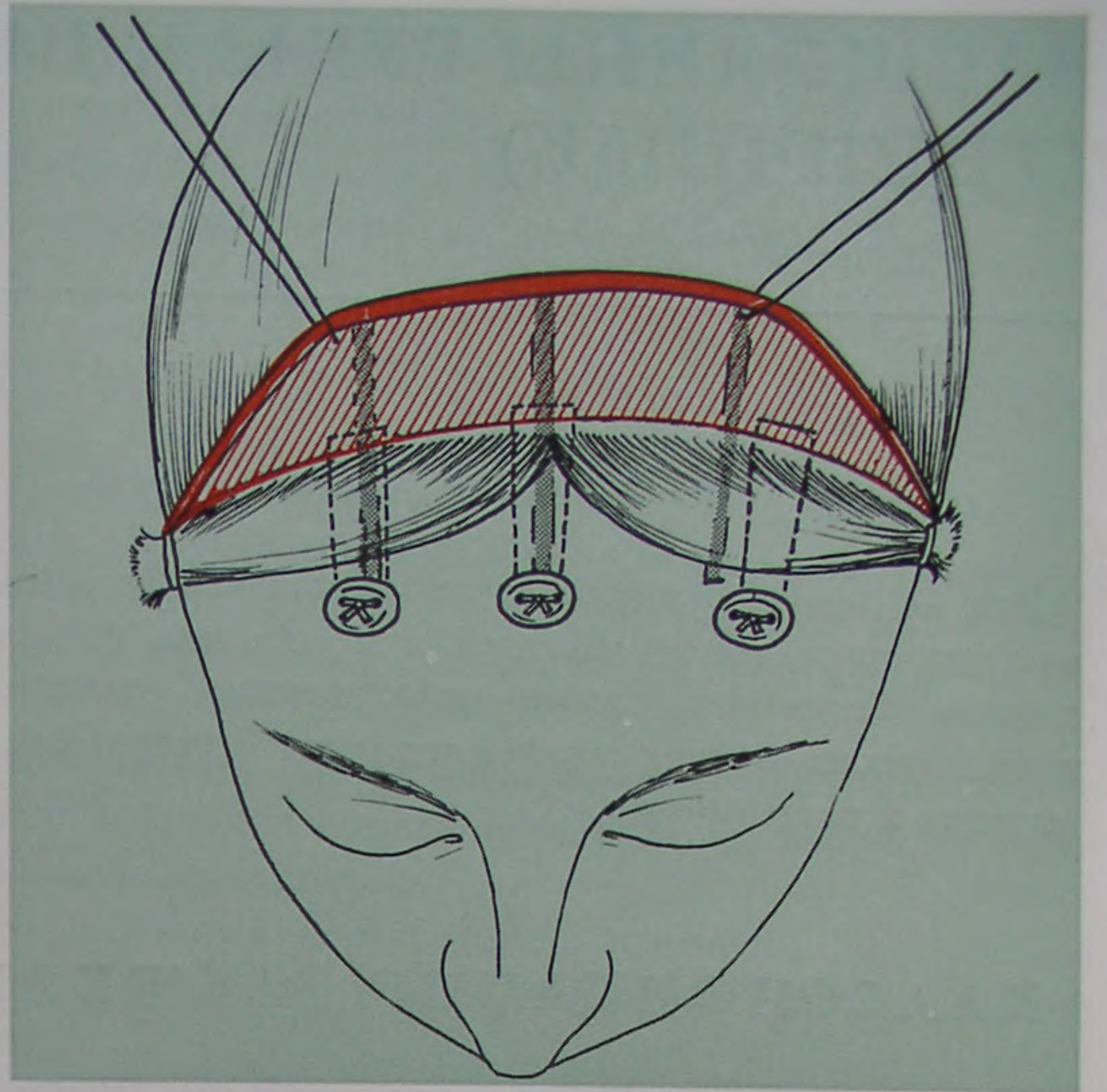
(2)



(3)



Если резекция произведена на непокрытой волосами коже
го на рану накладывают узловые швы. Вкол иглы в таком
е производят у самого края разреза, причем в глубине
захватывают ткани на широком протяжении. — 4. На-
тие шва закончено. Непрерывный шов, наложенный в целях
преждения кровотечения на задний край раны, удален. —
остояние после излечения. Была иссечена веретенообразная
а кожи в волосистой части головы, ширина которой до-
ла максимально 28 мм.



(4)

(5)



РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ И НЕБА (ТИПИЧНЫЕ)

Это — группа аномалий, включающая в себя случаи отсутствия или недостатка определенной части губы и неба или неправильное развитие этих органов. Результаты такого неправильного развития сказываются и на примыкающих отделах верхней челюсти. В результате нарушаются функции дыхания и пищеварения.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАСЩЕЛИН

В зависимости от эмбрионального развития (Victor Veau, 1934, Kernahan, Stark, 1938), принято различать следующие виды расщелин: 1. Расщелины первичного неба — губы, челюсти или обоих органов; эти расщелины могут быть полными и неполными. 2. Расщелины вторичного неба, т. е. собственно неба; эти расщелины могут быть неполными и полными, т. е. распространяться до резцового отверстия, являющегося границей между двумя генетическими единицами (Andersen, 1942). 3. Расщелины первичного и вторичного неба, т. е. общие; эти расщелины могут быть односторонними или двухсторонними, в некоторых случаях с мостиками.

Для клинических целей выгоднее пользоваться латинскими названиями, в которых можно без труда отразить генетические аспекты.

CHEILOSCHISIS — расщелина губы, которая может быть односторонней, двухсторонней, неполной и полной. Чистые формы расщелины этого типа встречаются редко, обычно они сочетаются по крайней мере с выемкой на альвеолярном отростке и с углублением нижнего края грушевидного отверстия (первичное небо) (рис. 66).

GNATHOSCHISIS — расщелины челюсти. Принято различать односторонние, двухсторонние, неполные и полные, распространяющиеся до резцового отверстия расщелины, в большинстве случаев сочетающиеся с полной или неполной расщелиной губы (с мостиком). Эти аномалии относятся к нарушениям первичного неба (рис. 67).

PALATOSCHISIS — изолированные расщелины мягкого неба, распространяющиеся и на твердое небо. Полные расщелины доходят до резцового отверстия. Эта группа аномалий относится к нарушениям вторичного неба (рис. 68).

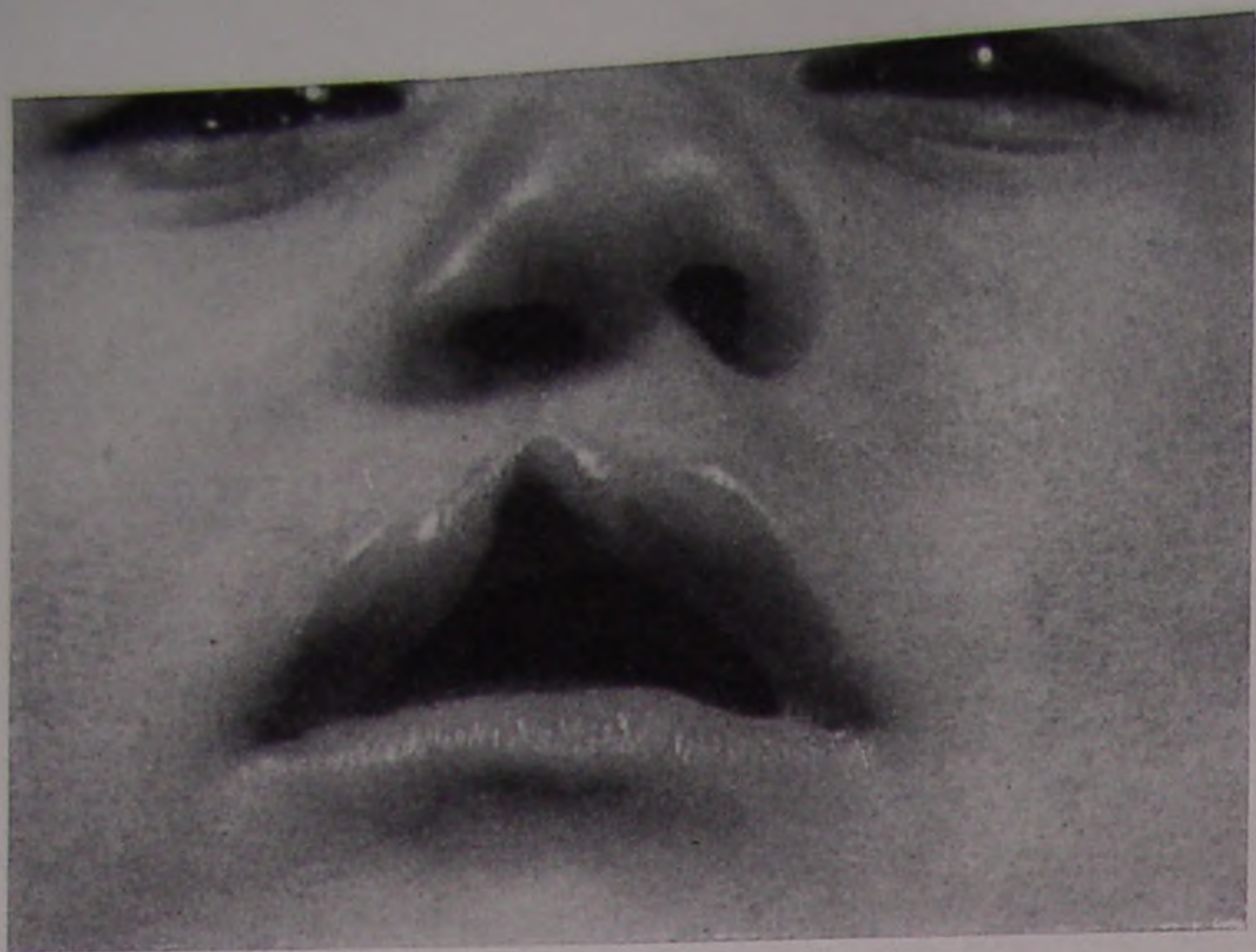
CHEILOGNATHO-PALATOSCHISIS — расщелины односторонние, двухсторонние, общие или с мостиком. Сюда же относятся и расщелины губы с небольшой выемкой в челюсти или в сочетании с расщелиной мягкого неба (первичное и вторичное небо) (р и с. 69—74).

АНАТОМИЯ И ПАТОЛОГИЯ РАСЩЕЛИН

Для того, чтобы правильно понять задачи, стоящие перед хирургом, готовящимся произвести пластическую операцию для устранения расщелин неба, необходимо внимательно разобраться в нормальной анатомии органов, расположенных в центре лица, и изучить их физиологию (р и с. 6, 7 и 75—82).

Столь же необходимо изучать патологическую анатомию и физиологию расщелины (р и с. 83, 84). Патологическая физиология расщелин до настоящего времени разработана недостаточно.

Физиологические исследования подтверждают предположение, что при расщелинах наступают расстройства основных физиологических функций: дыхания и пищеварения.

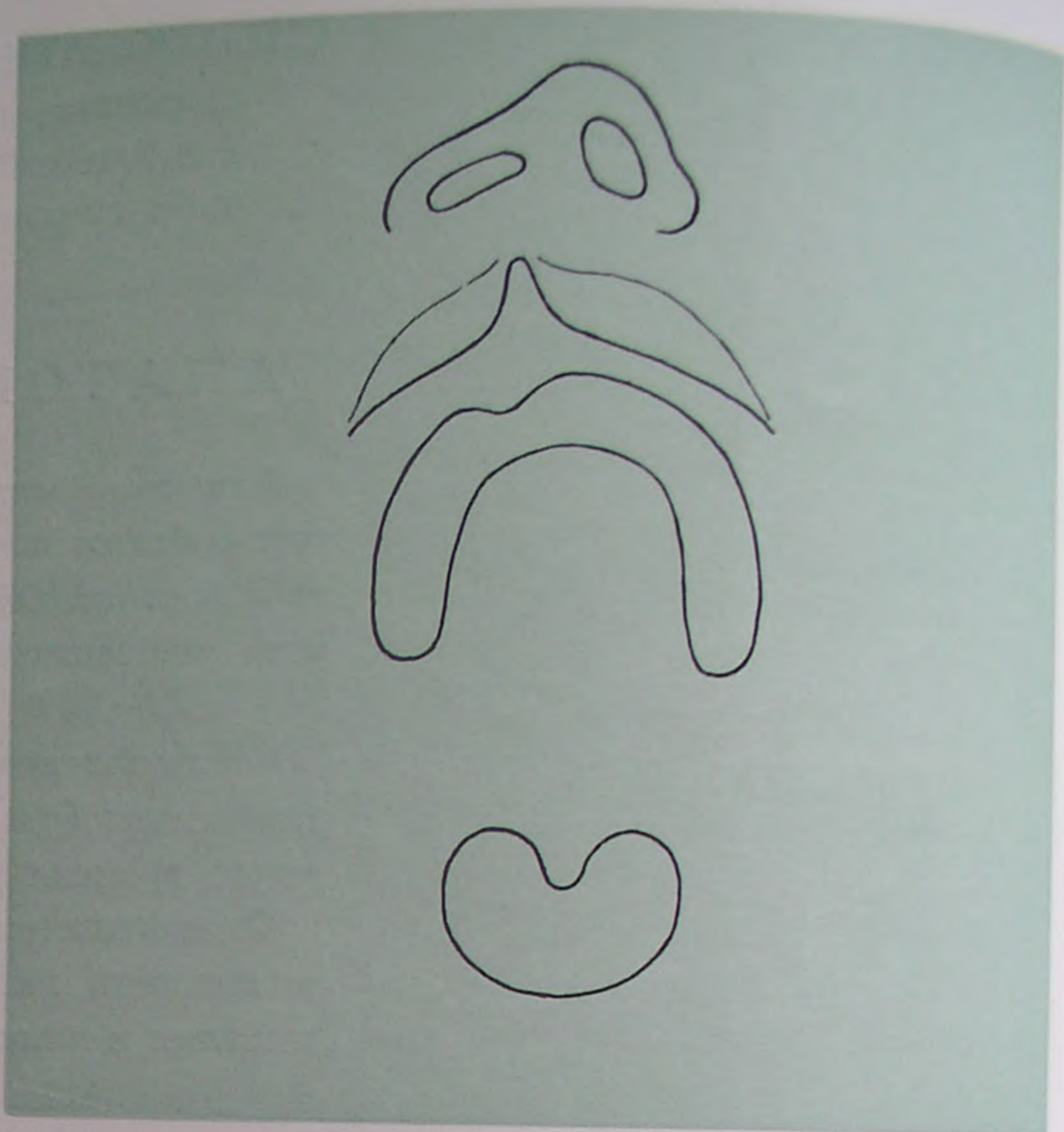
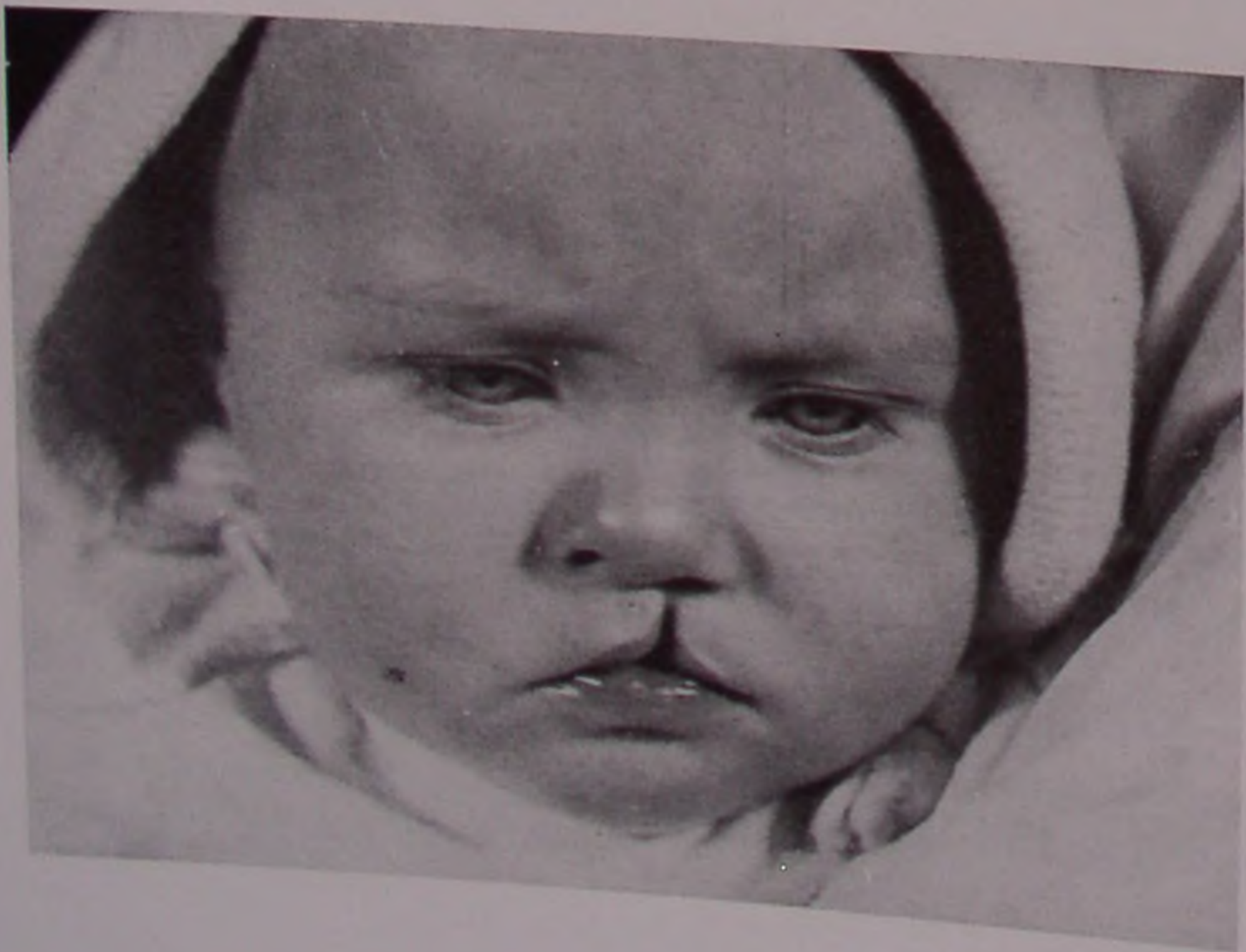


(1)

Р И С. 66.

Cheiloschisis. 1, 2. Неполная правосторонняя расщелина губы с легкой деформацией кончика носа. На рисунке обозначена расщелина альвеолярной дуги верхней челюсти. — 3. Левосто-

(3)

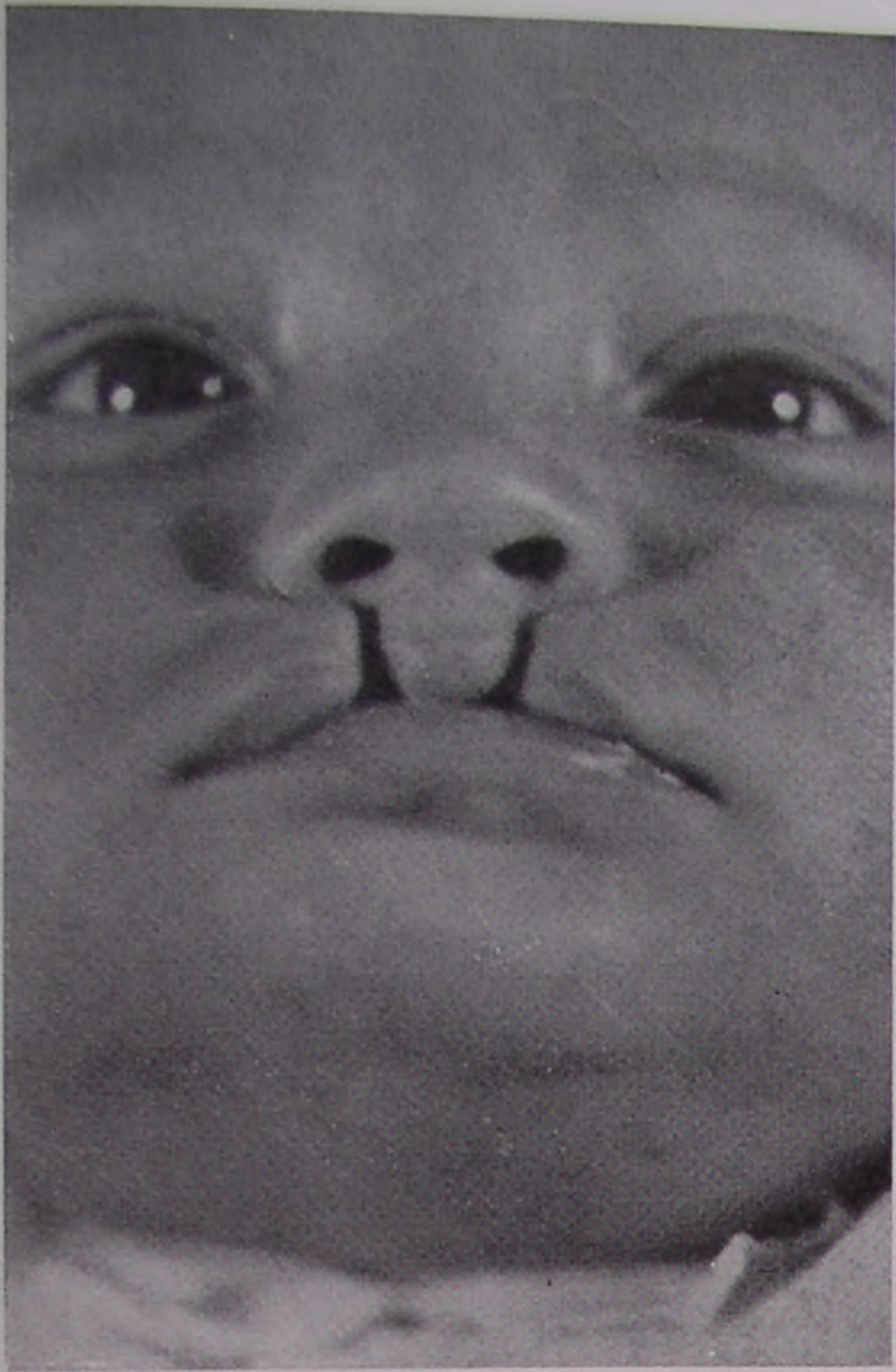


(2)

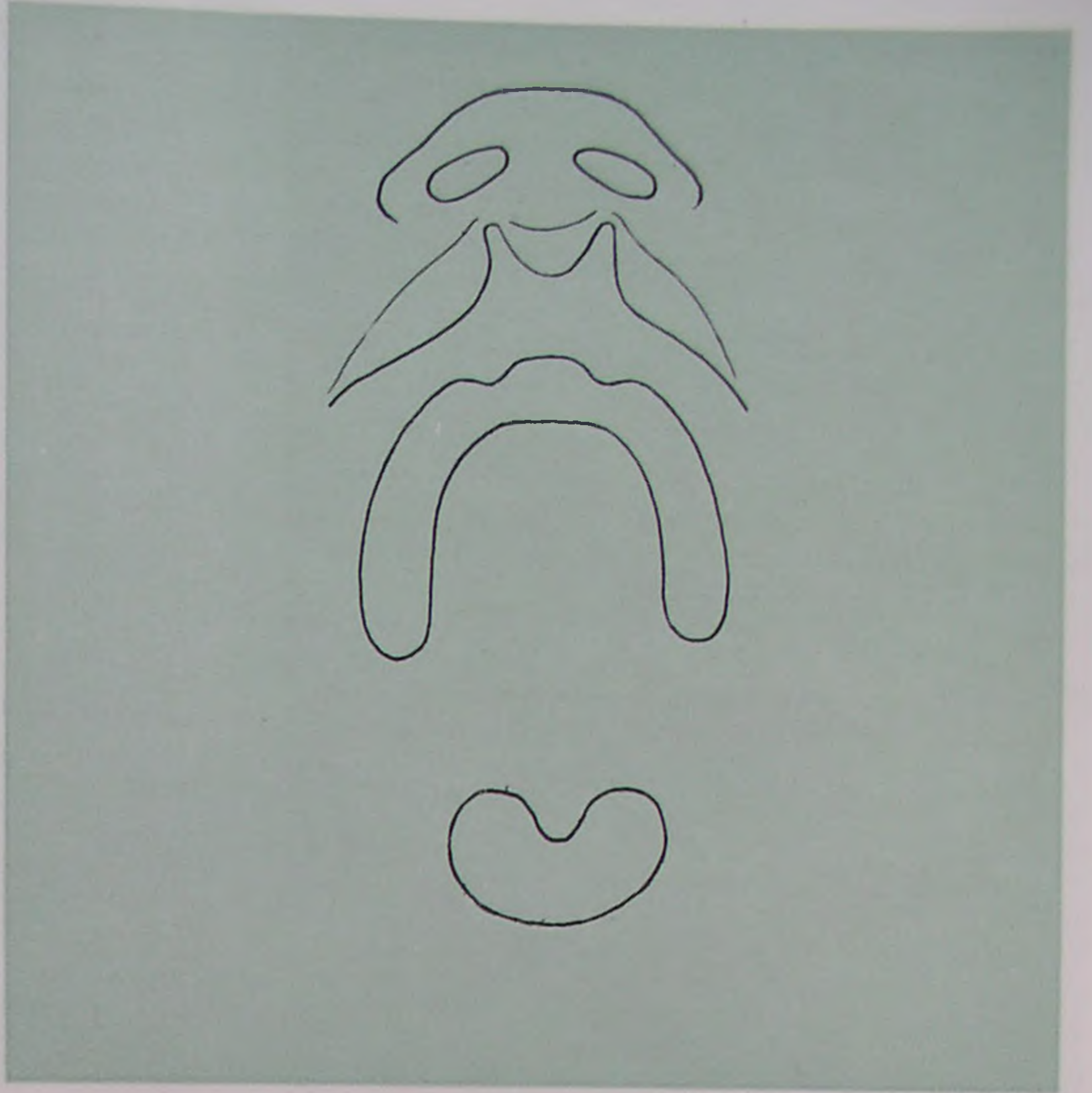
ронная расщелина губы с выемкой, распространяющейся к порогу ноздри. — 4. Схема левосторонней расщелины губы. На альвеолярном отростке бывает выемка или аномалия наружного

(4)





(5)

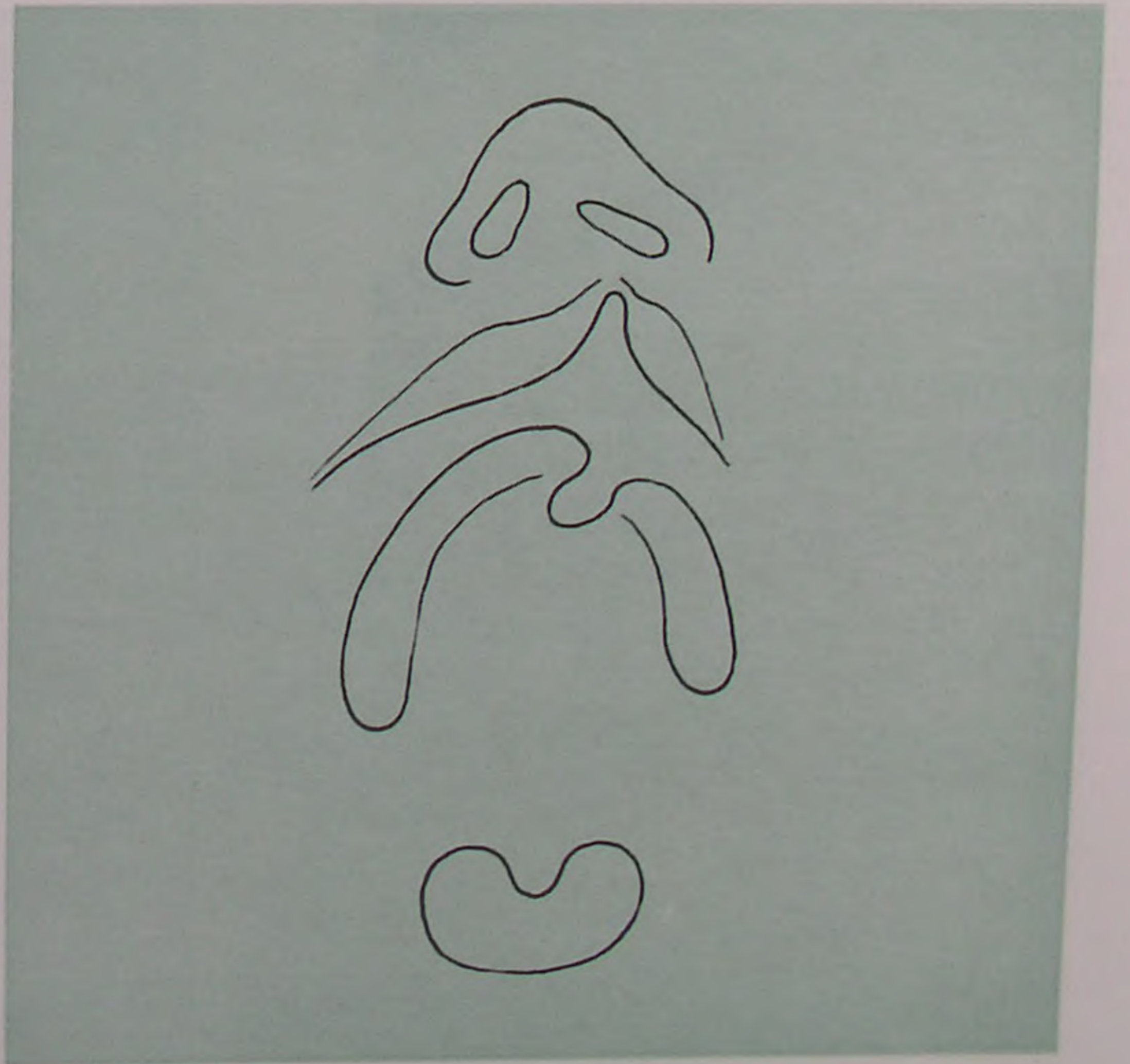


(6)

— 5, 6. Двусторонняя неполная, симметричная расщелина

С. 67.

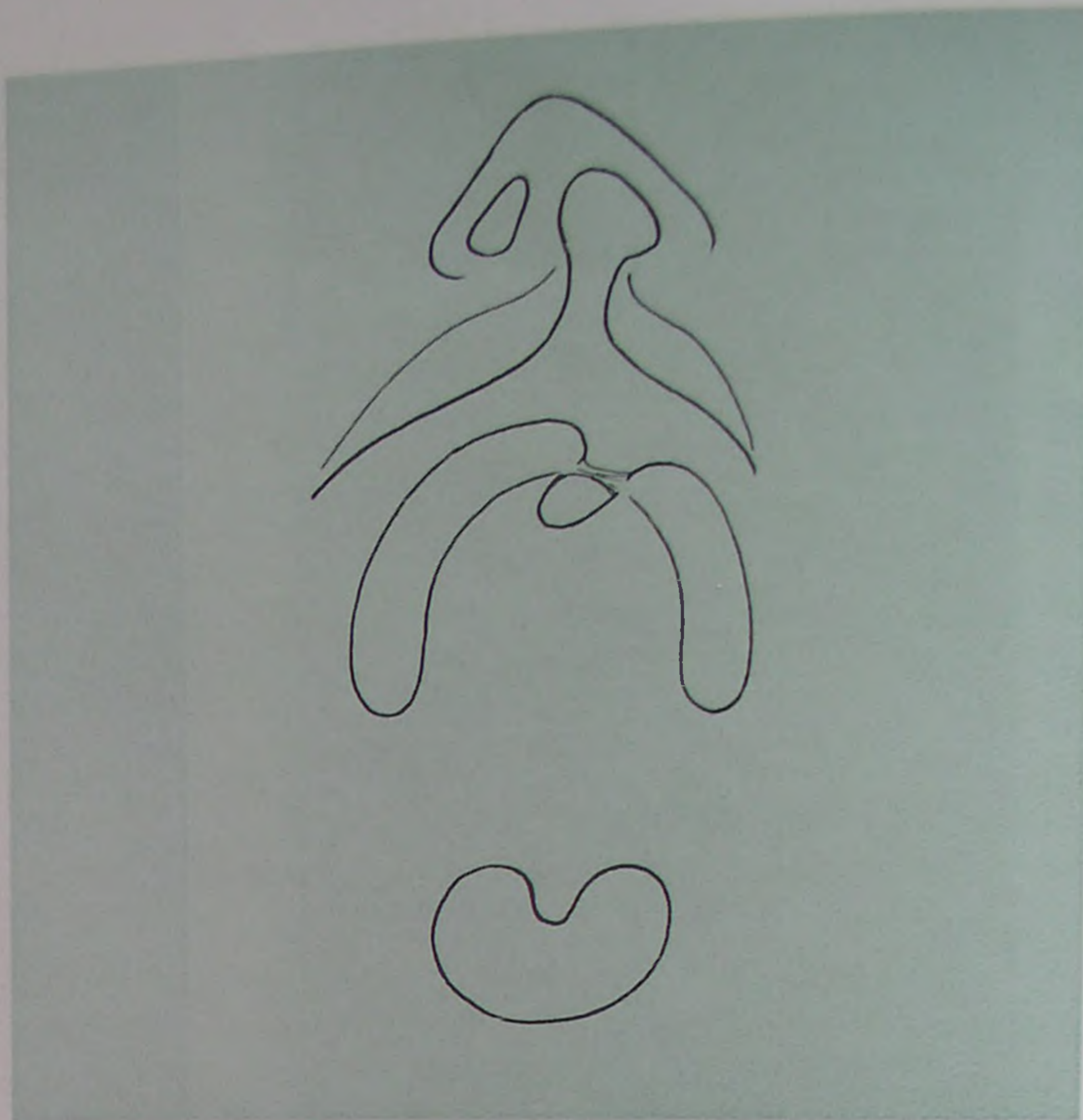
Cheilognathoschisis. — 1, 2. Неполная левосторонняя расщелина и полная расщелина челюсти. Cheilognathoschisis с мостиком.



(2)



(3)

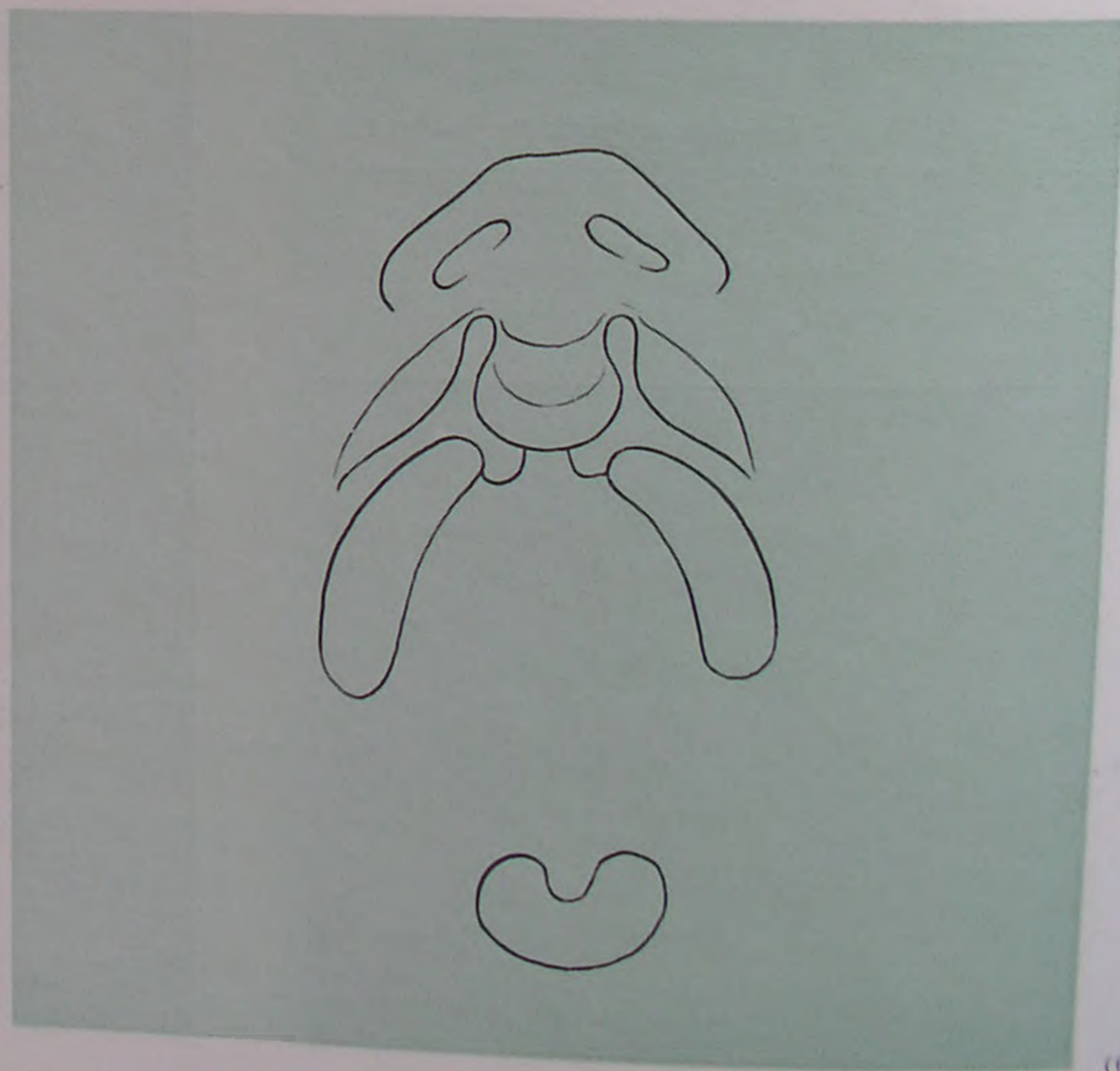


— 3, 4. Полная левосторонняя расщелина губы и челюсти, с тонким мостиком между полюсами челюсти. Значительная деформация носа; основание крыла носа вдавлено в щеку. — 7, 8. Двусторонняя неполная расщелина губы и челюсти (д

сторонняя неполная расщелина губы и челюсти (д
полная расщелина первичного неба); большая
кость. — 7—9. Несимметричная двусторонняя р



(5)



(6)



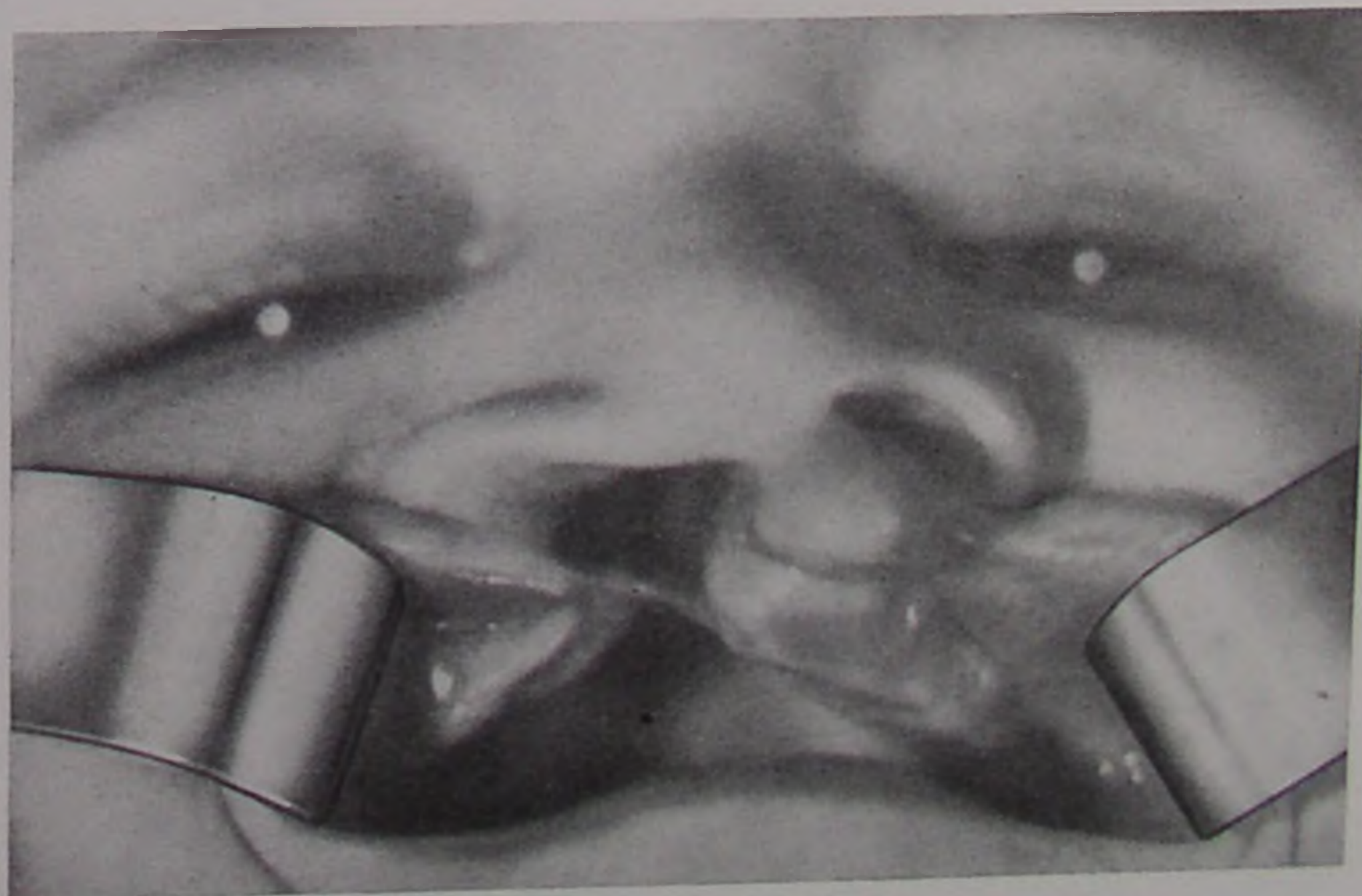
(7)



(8)

и челюсти: С правой стороны полная расщелина с тонким мостиком между губой и шейкой межчелюстной кости, с левой стороны — неполная. Влево на альвеолярном отростке имеется всего лишь

(9)





(10)



(11)

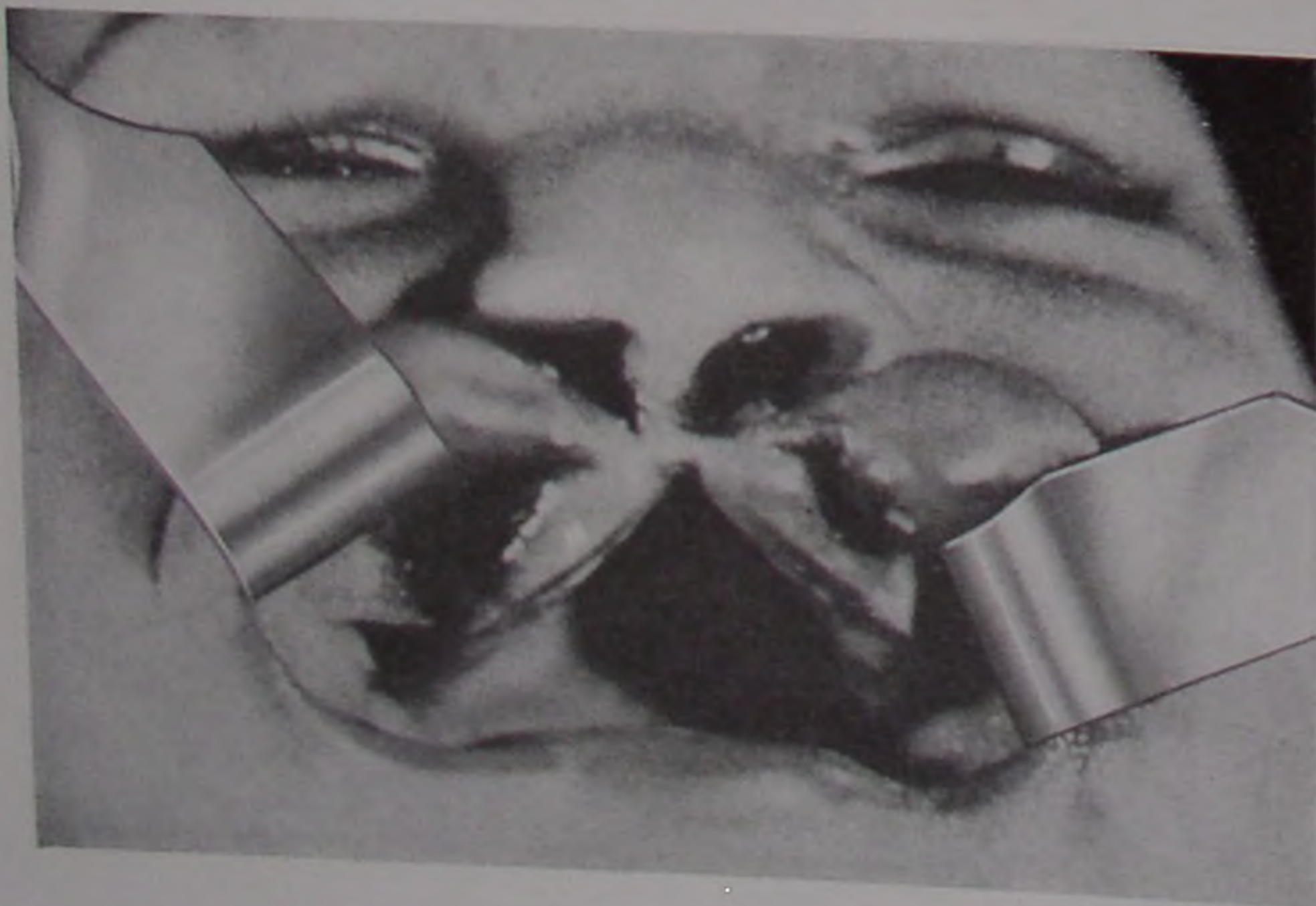


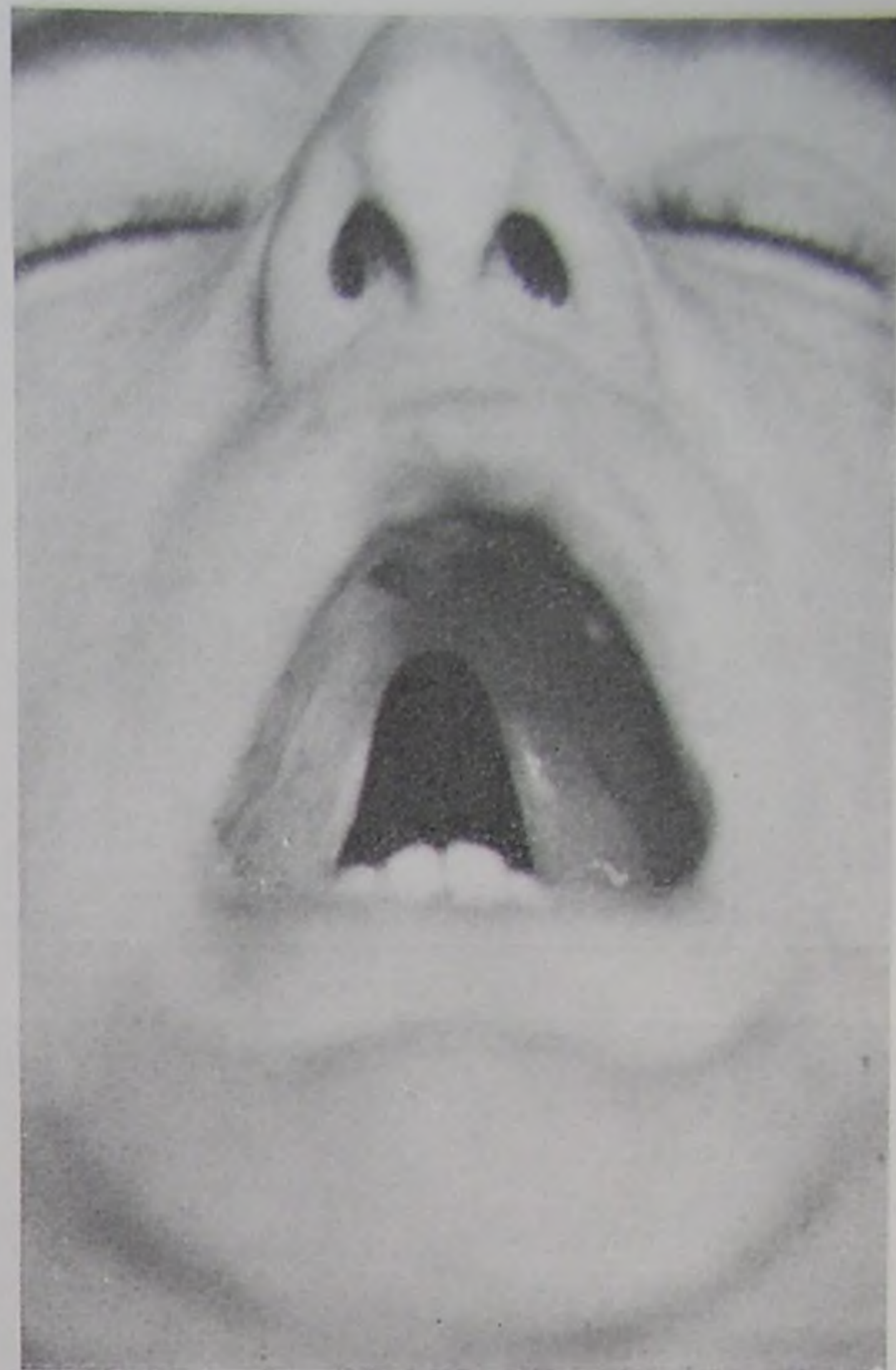
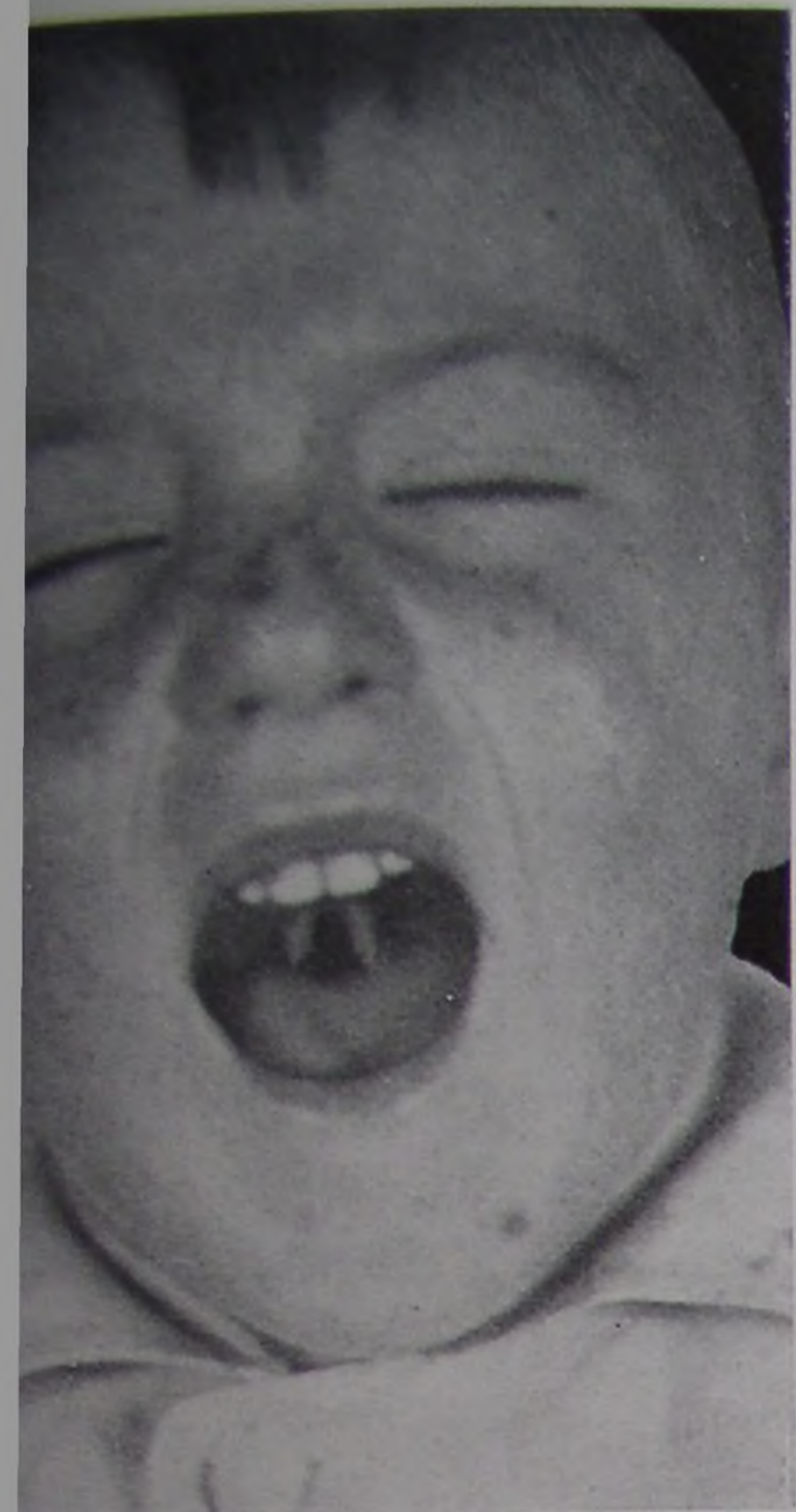
(12)

выемка; межчелюстная кость небольшого размера. — 10—12. Двусторонняя полная расщелина губы и челюсти: межчелюстная кость несколько выступает вперед. Схематическое изображение двусторонней полной расщелины губы и челюсти; сошник и шейка меж-

челюстной кости расположены по средней линии. — 13. Редкий случай двусторонней расщелины губы и челюсти или медиальной расщелины губы с дефектом межчелюстной кости, филтрума и части кожного отдела носовой перегородки.

(13)



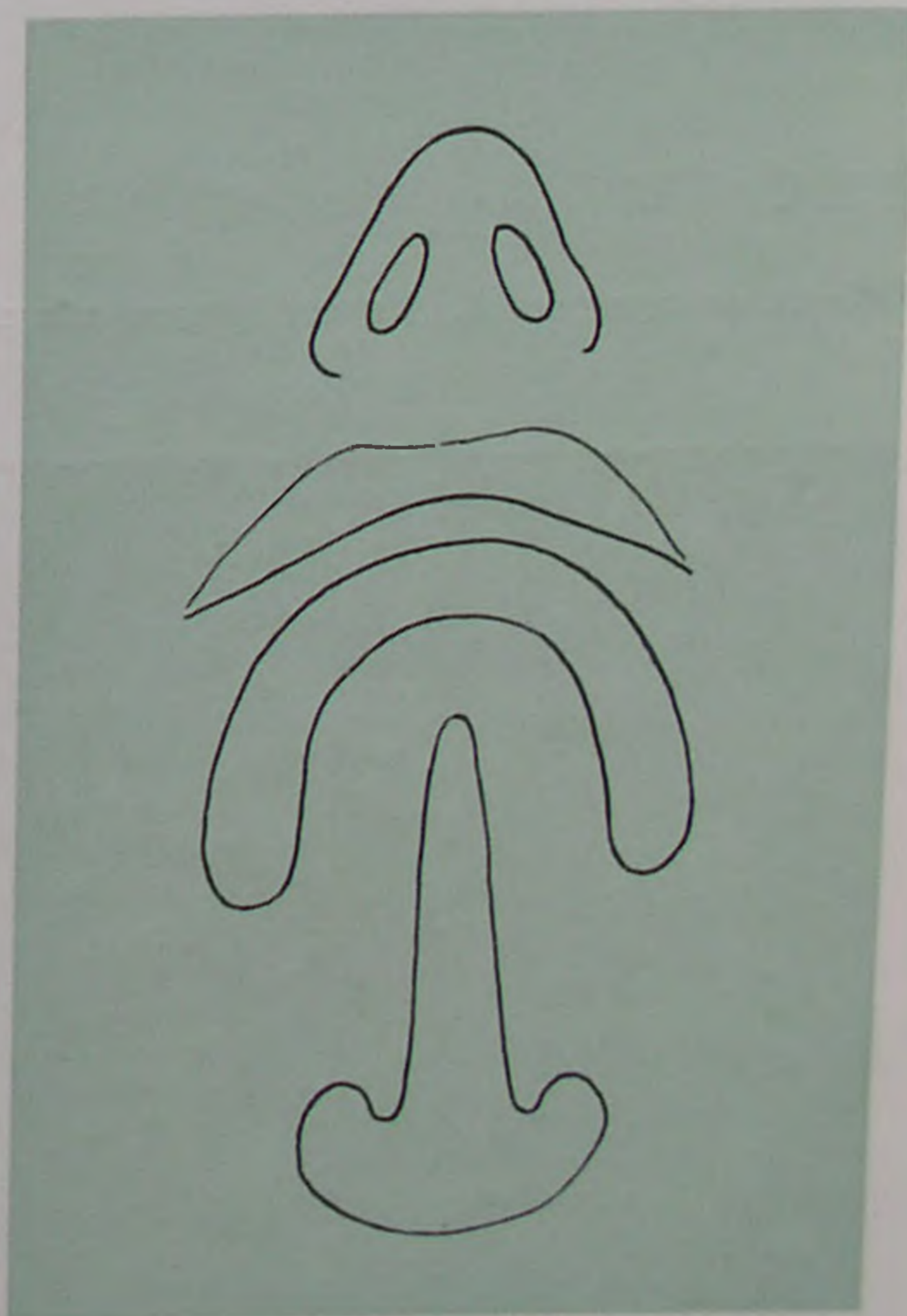


(2)

(3)

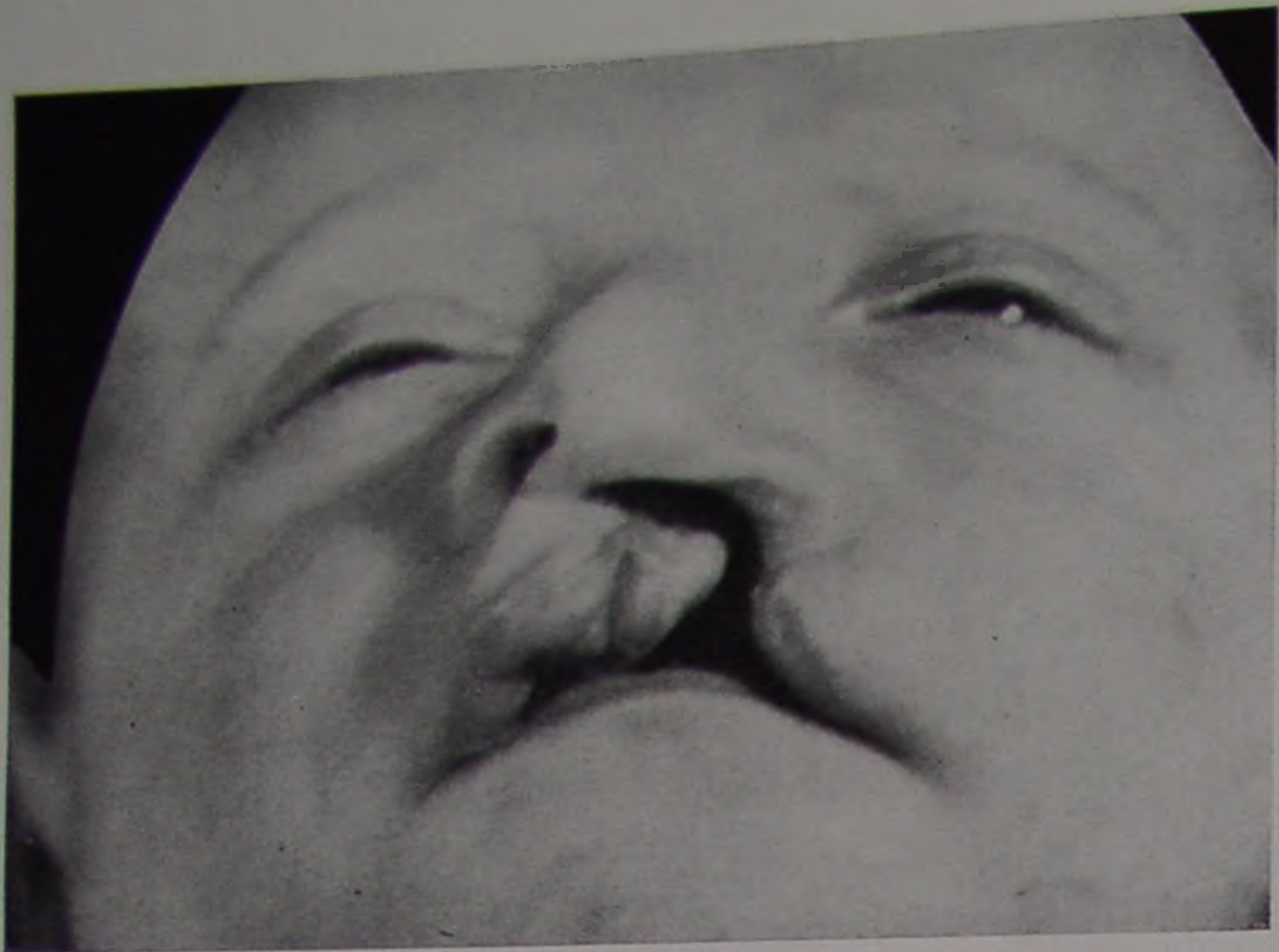
Р И С. 68.

Самостоятельная расщелина неба. 1. Расщелина язычка. — 2. Расщелина мягкого неба. — 3. Расщелина неба до свода. — 4, 5. Полная расщелина неба, распространяющаяся до резцового отверстия. Схематическое изображение полной расщелины неба.

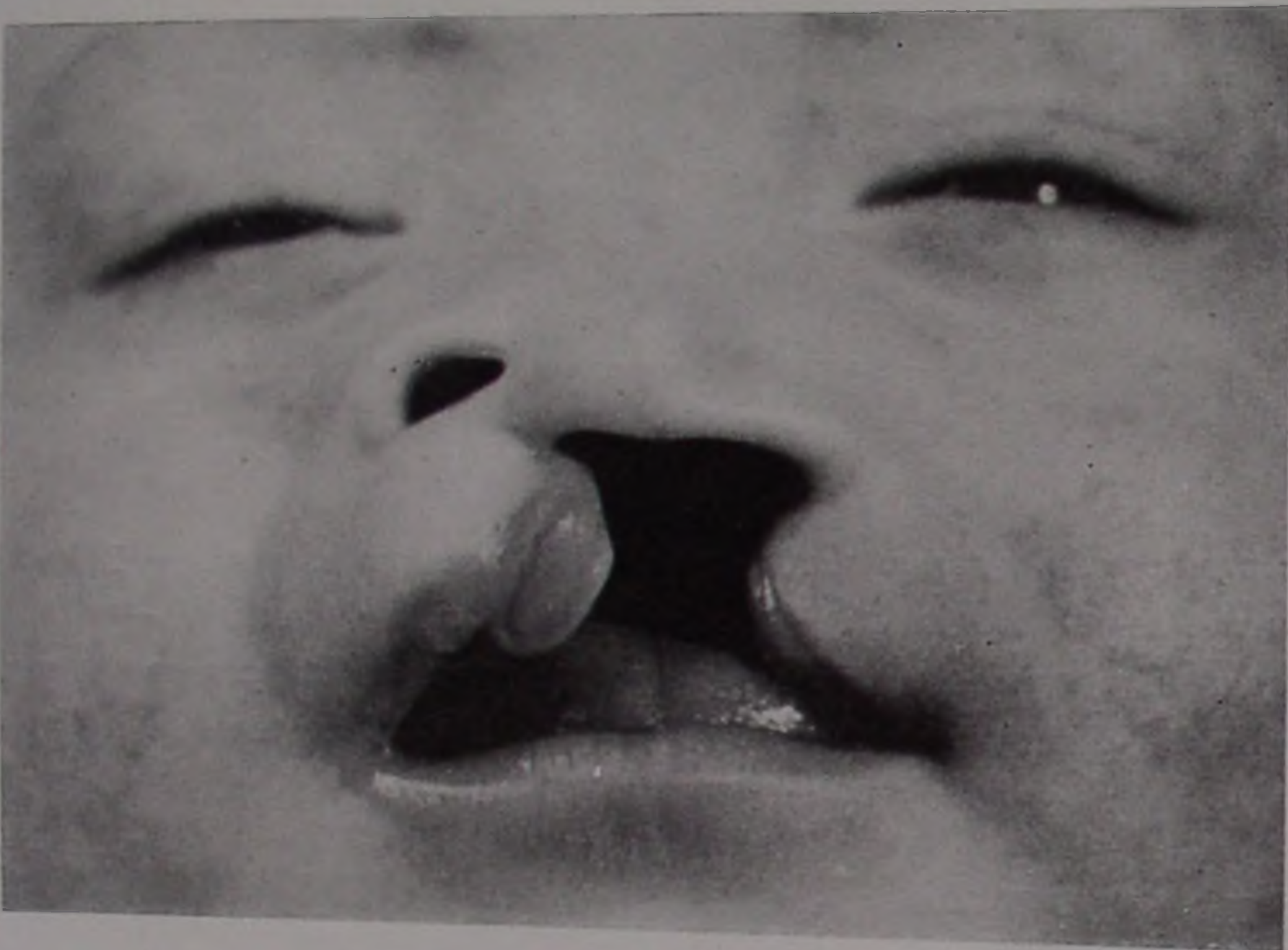


(4)

(5)



(1)



(2)

Р И С. 70.

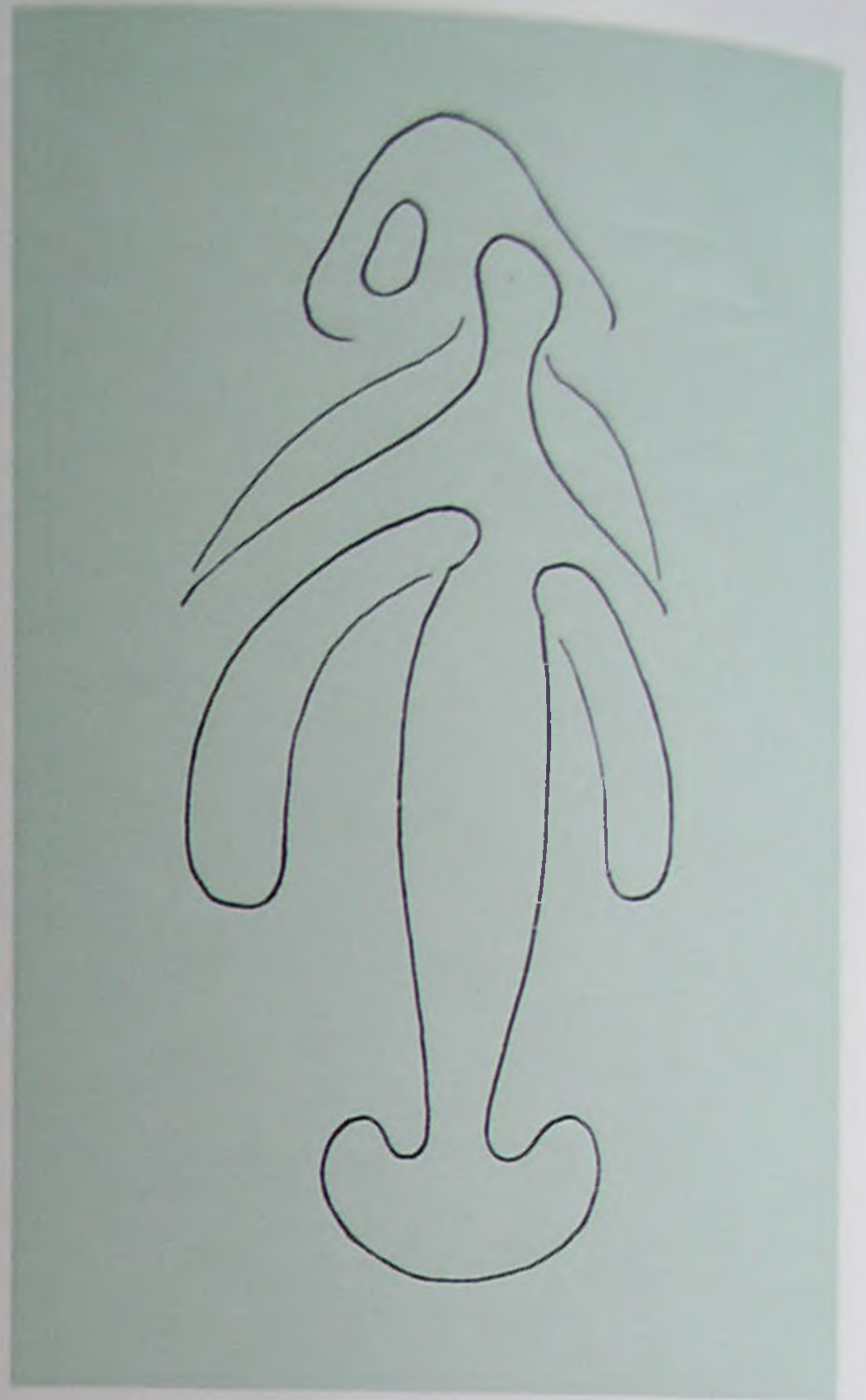
Общие расщелины. 1. Легкая форма общей левосторонней рас-



(1)



(2)



(3)

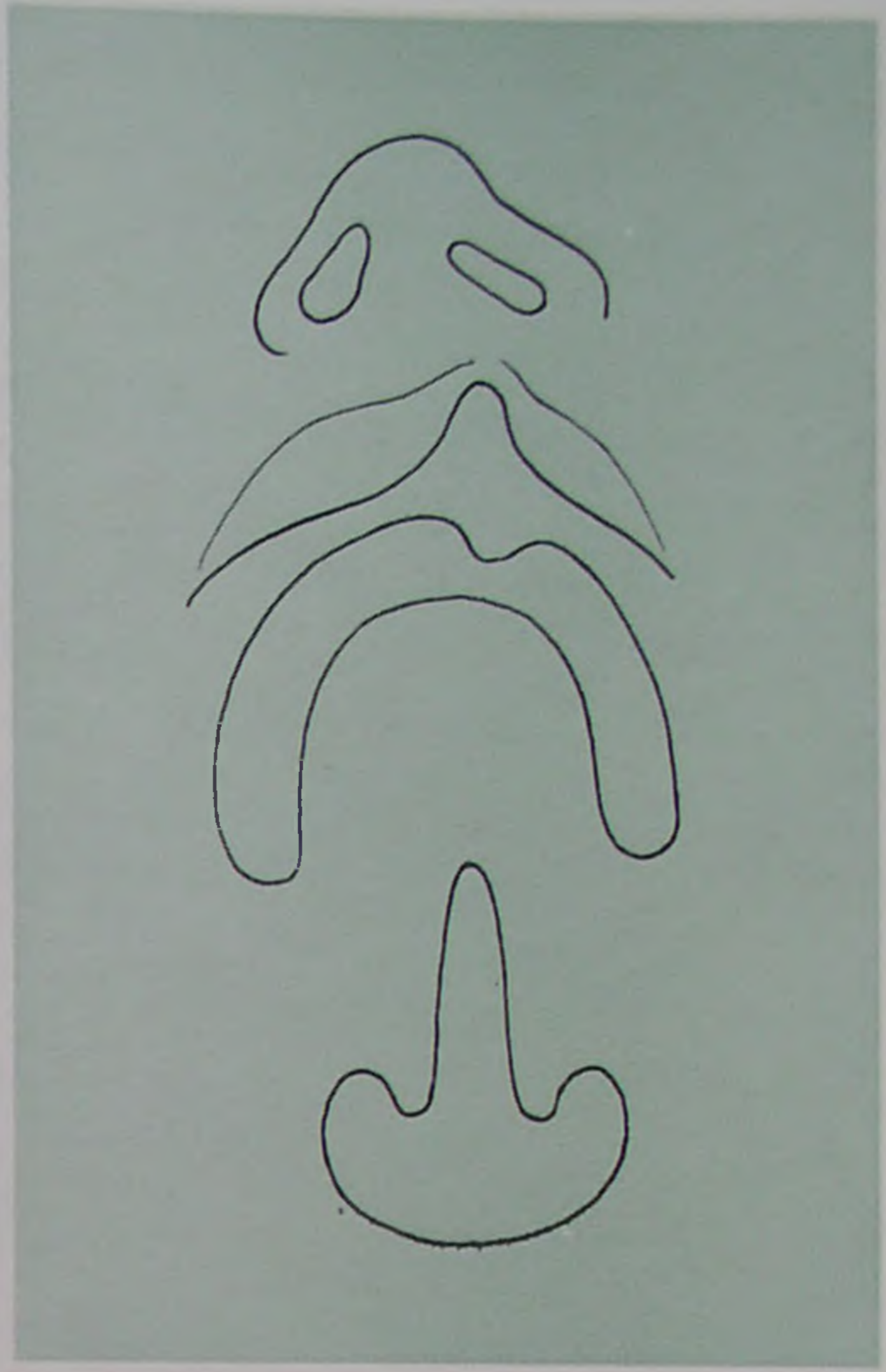
Р И С. 69.

Общие расщелины. 1. Общая левосторонняя расщелина средней степени. Межчелюстная кость хорошо развита. — 2, 3. Очень широкая общая левосторонняя расщелина. Левое крыло носа натянута в горизонтальной плоскости над щелью; резко выраженная гипоплазия межчелюстной кости.

щелины; межчелюстная кость хорошо развита. — 2. Общая, очень широкая правосторонняя расщелина. Гипоплазия челюсти и межчелюстной кости, максимальная деформация носа.

С. 71.

Схематическое изображение общей левосторонней расщелины сложной формы. Неполная расщелина губы, челюсти



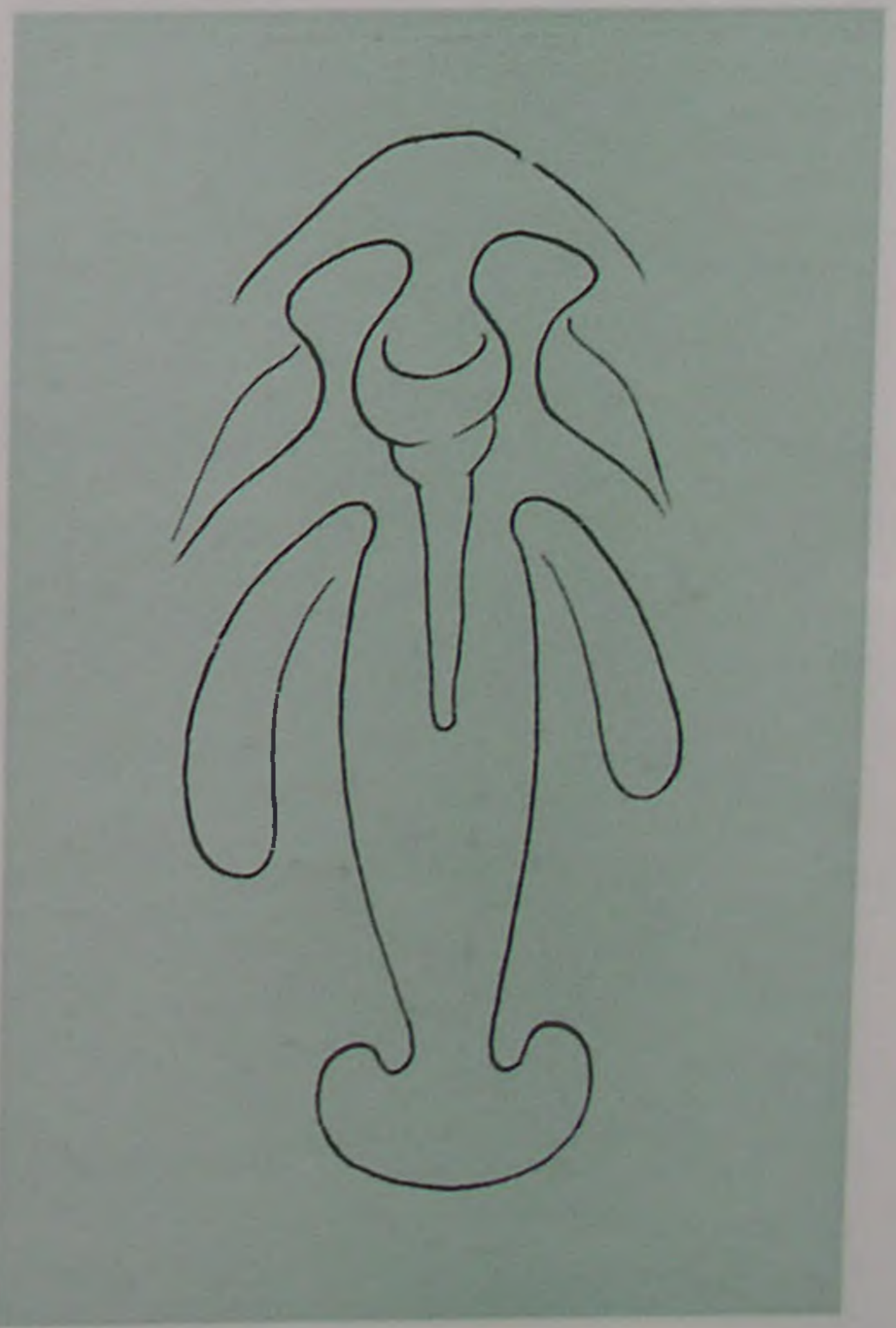
С. 72.

Симметричная общая расщелина. 1. Ось «сошник-межчелюстная кость» расположена по средней линии (дву-

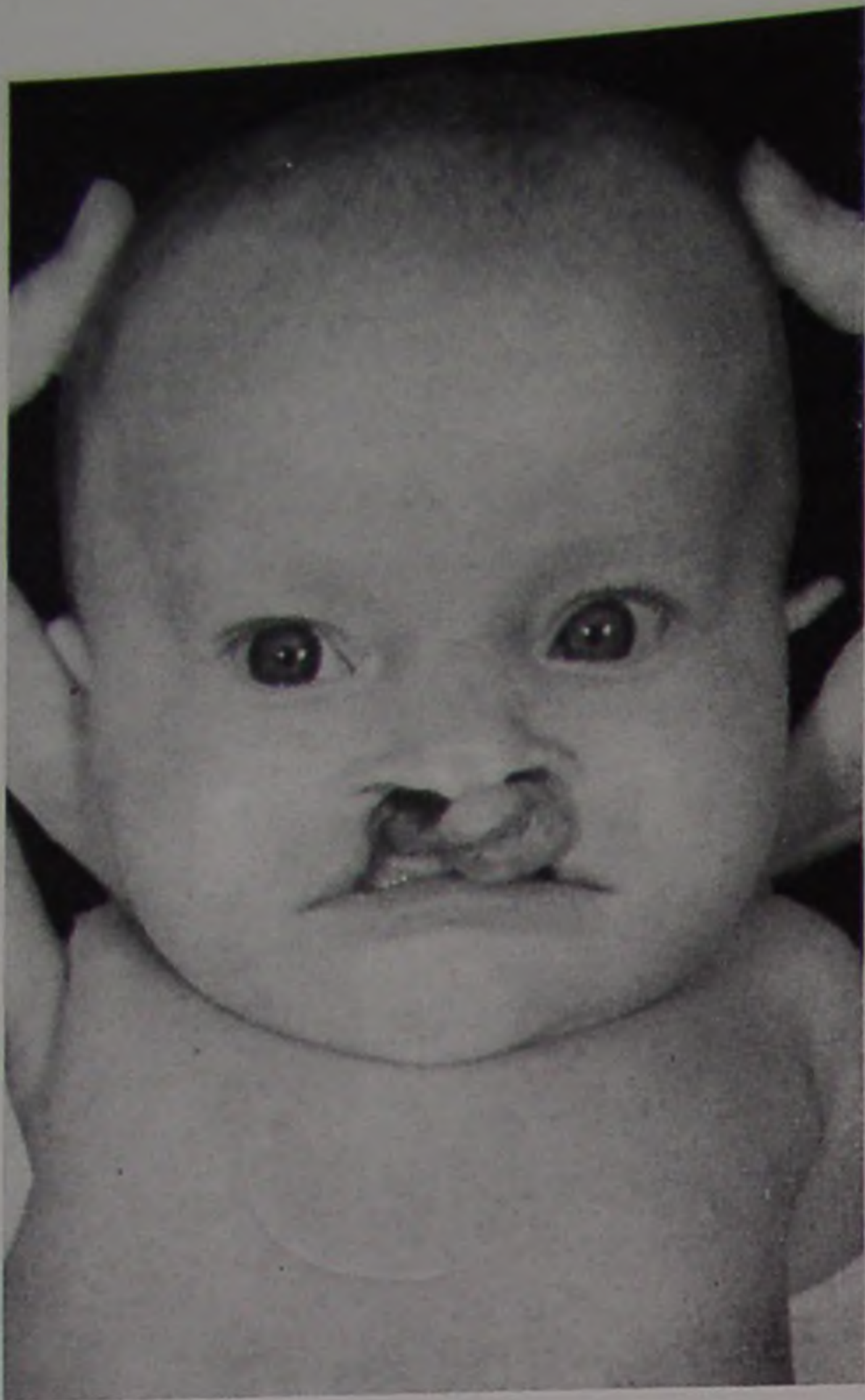
сторонняя расщелина первичного и вторичного неба). — 2. Значительное выпячивание межчелюстной кости. — 3. Схематическое



(1)



(2)



(3)

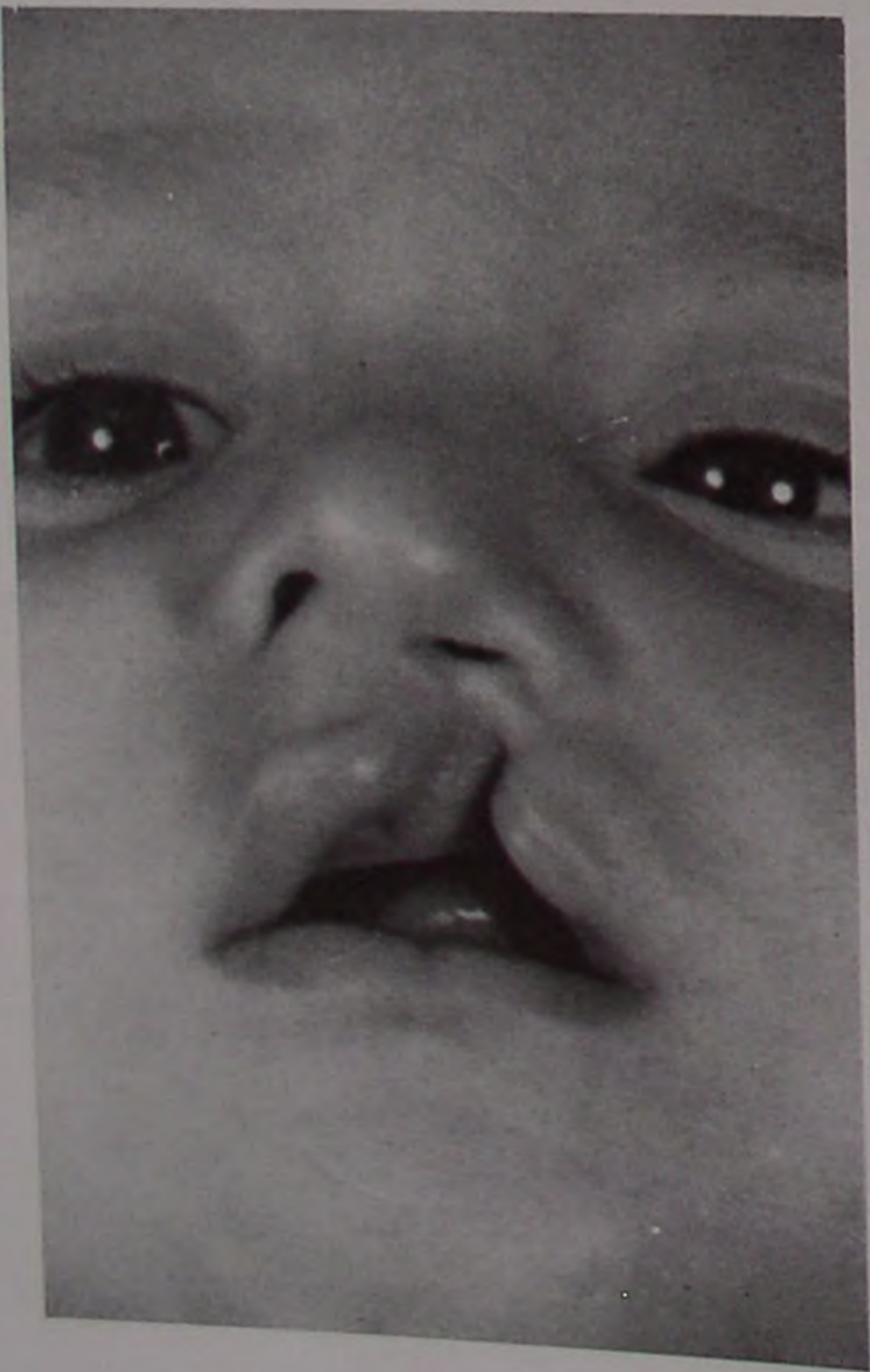


(4)

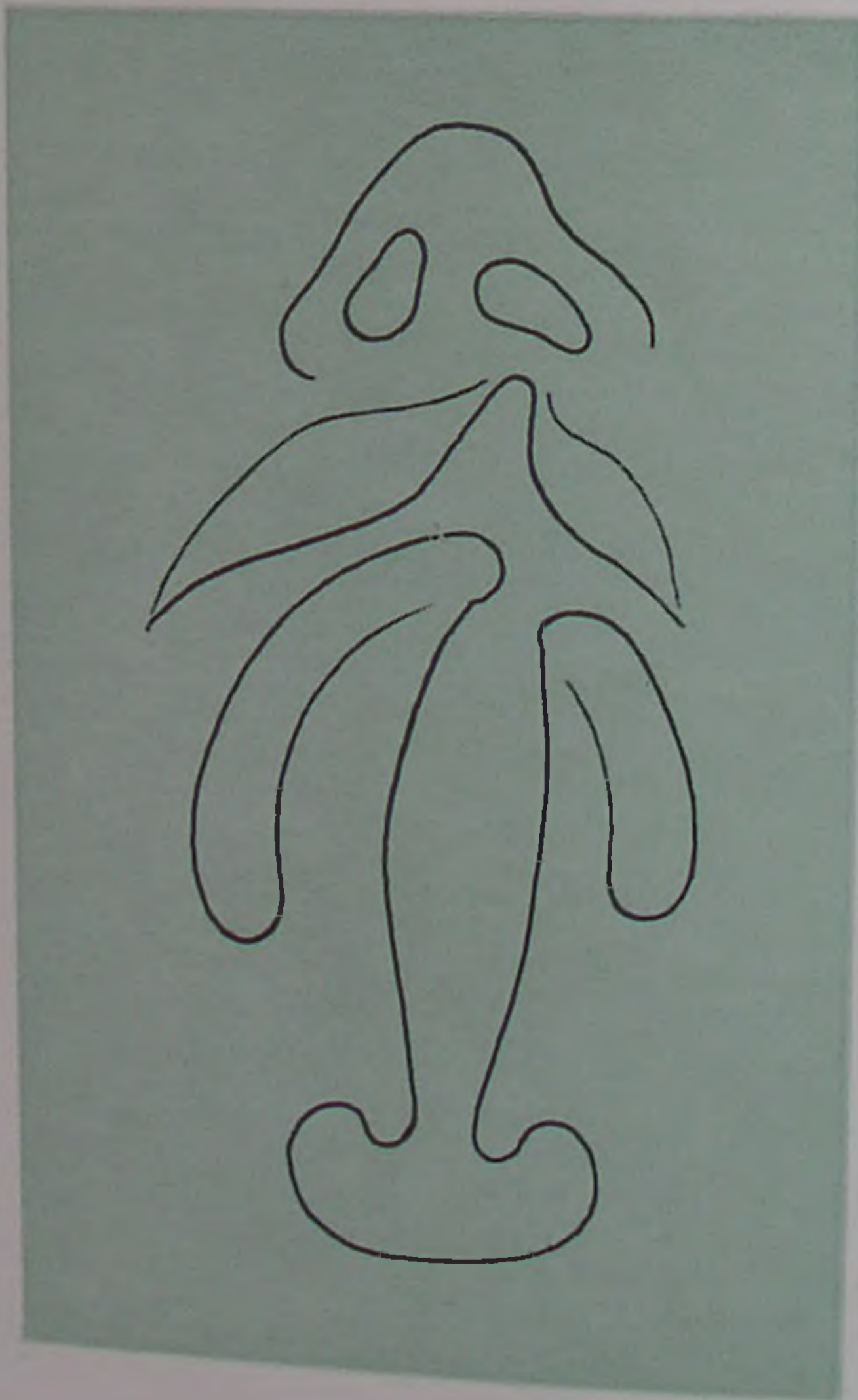
изображение двусторонней симметричной общей расщелины. —
 4. Общая несимметричная двусторонняя расщелина; межчелюстная
 кость выгнута в левую сторону (по всей вероятности, в результате
 воздействия тяжа, исчезнувшего еще до рождения).

Р И С. 73.

Общие расщелины с мостиками (неполные расщелины, первичного и вторичного неба). — 1. Общая левосторонняя расщелина с мостиком, образующим порог ноздри. — 2. Схематическое изображение общей левосторонней расщелины с мостиком.



(1)



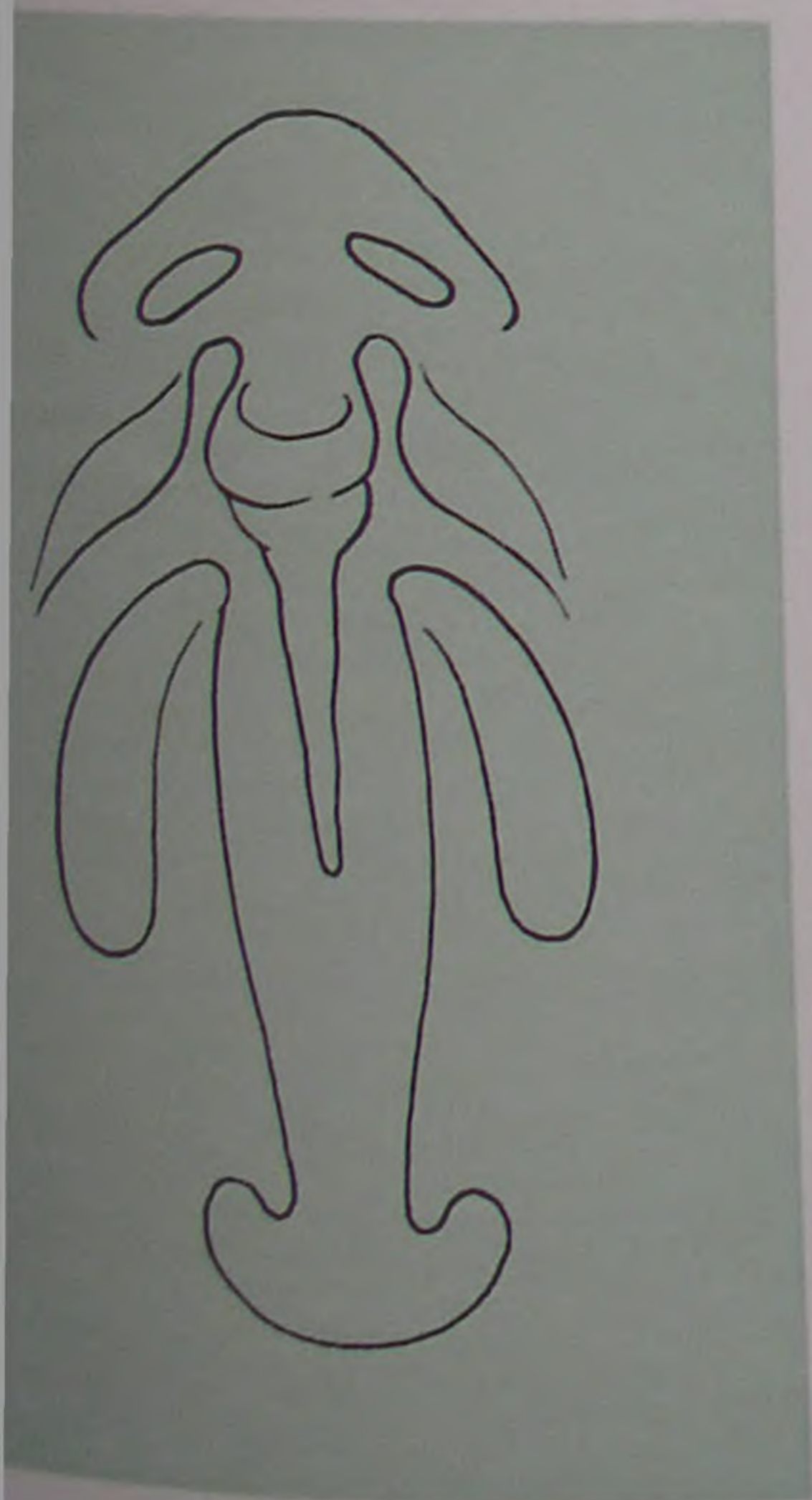
(2)



(4)

ая левосторонняя расщелина с нитевидным мостиком. —
ая двусторонняя расщелина с комбинированными мости-

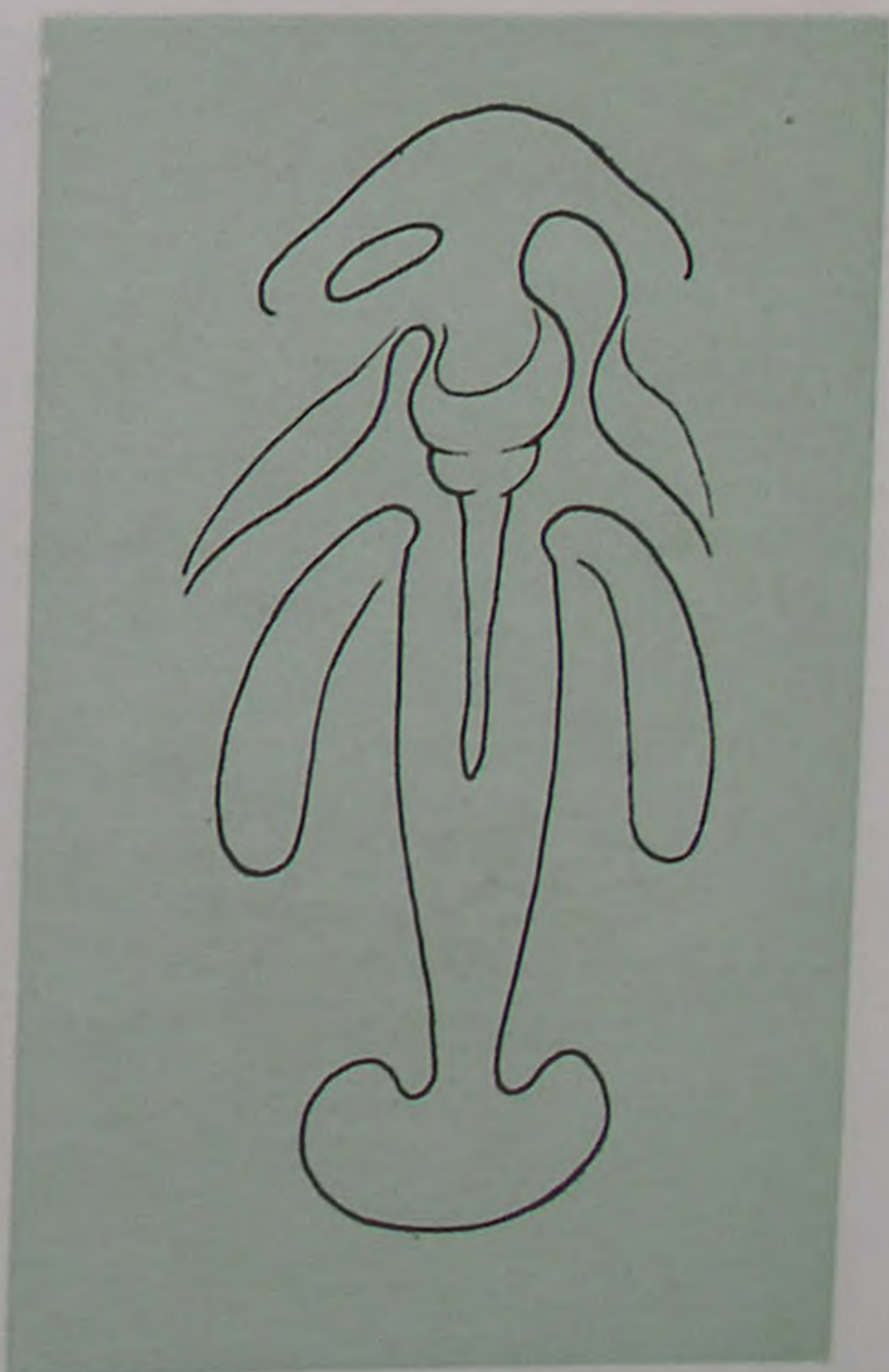
с симметричными мостиками. — 6. Общая двусторонняя расще-
лина с правосторонним мостиком. — 7. Схематическое изобра-
жение общей двусторонней расщелины с правосторонним мостиком.

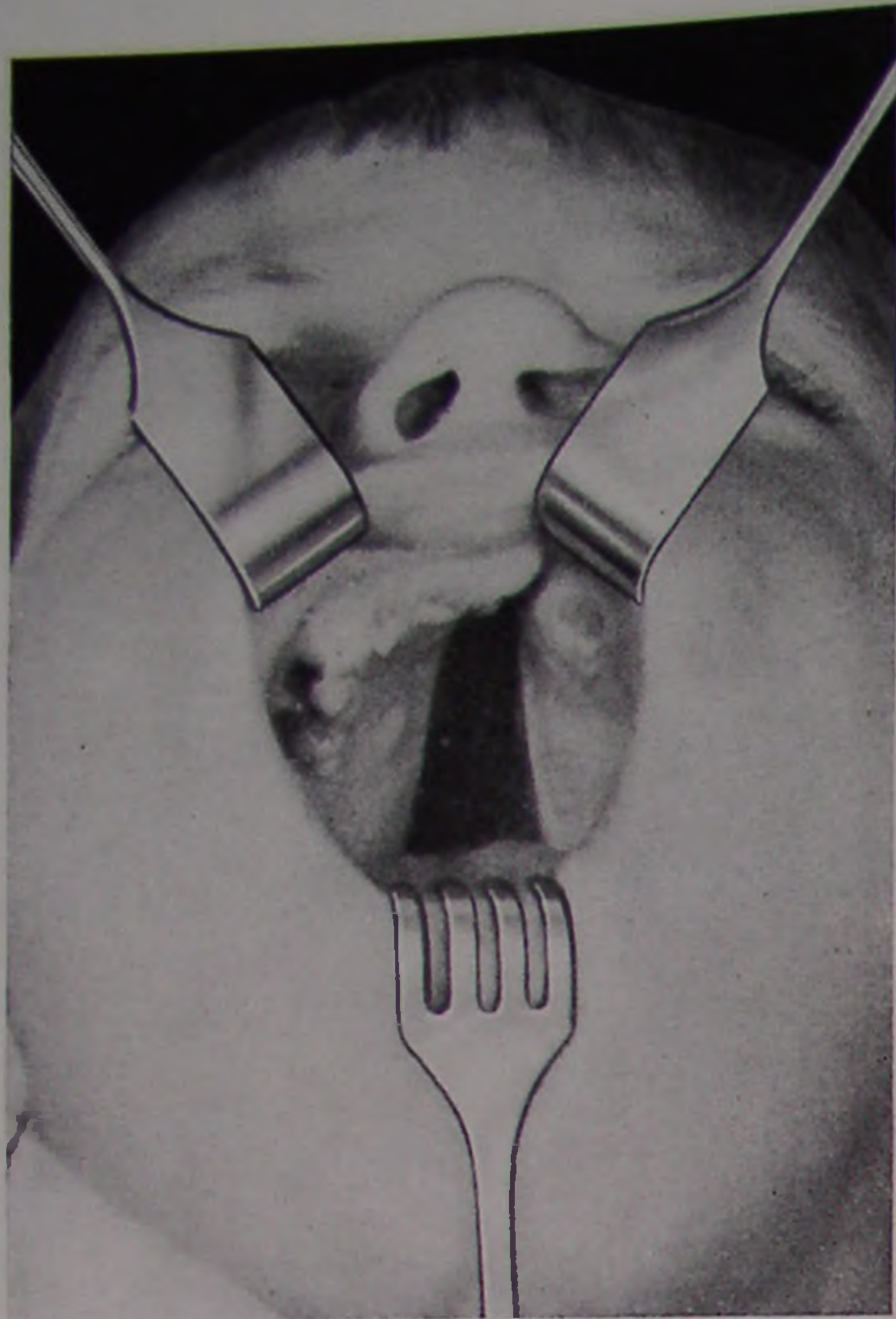


(6)

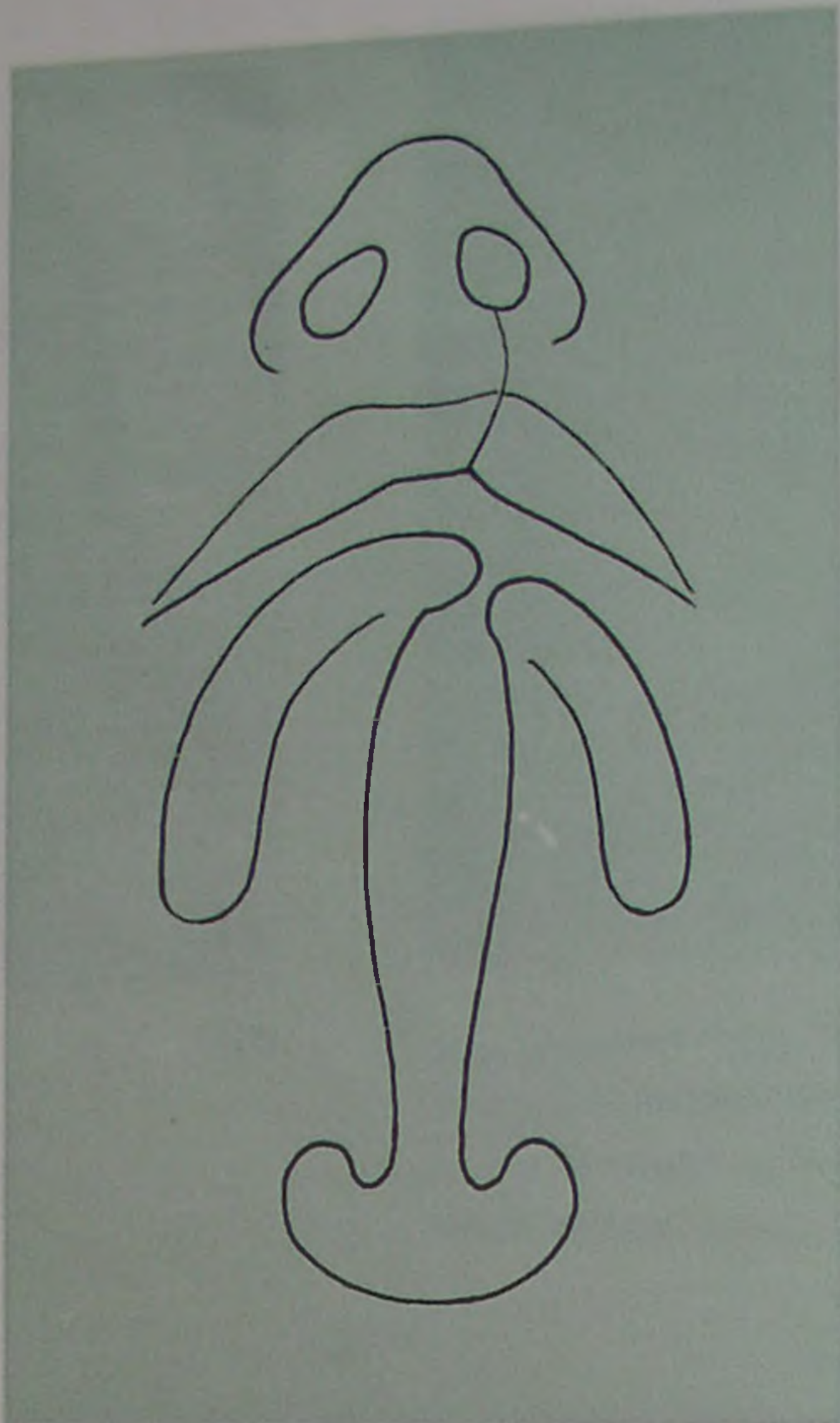


(7)

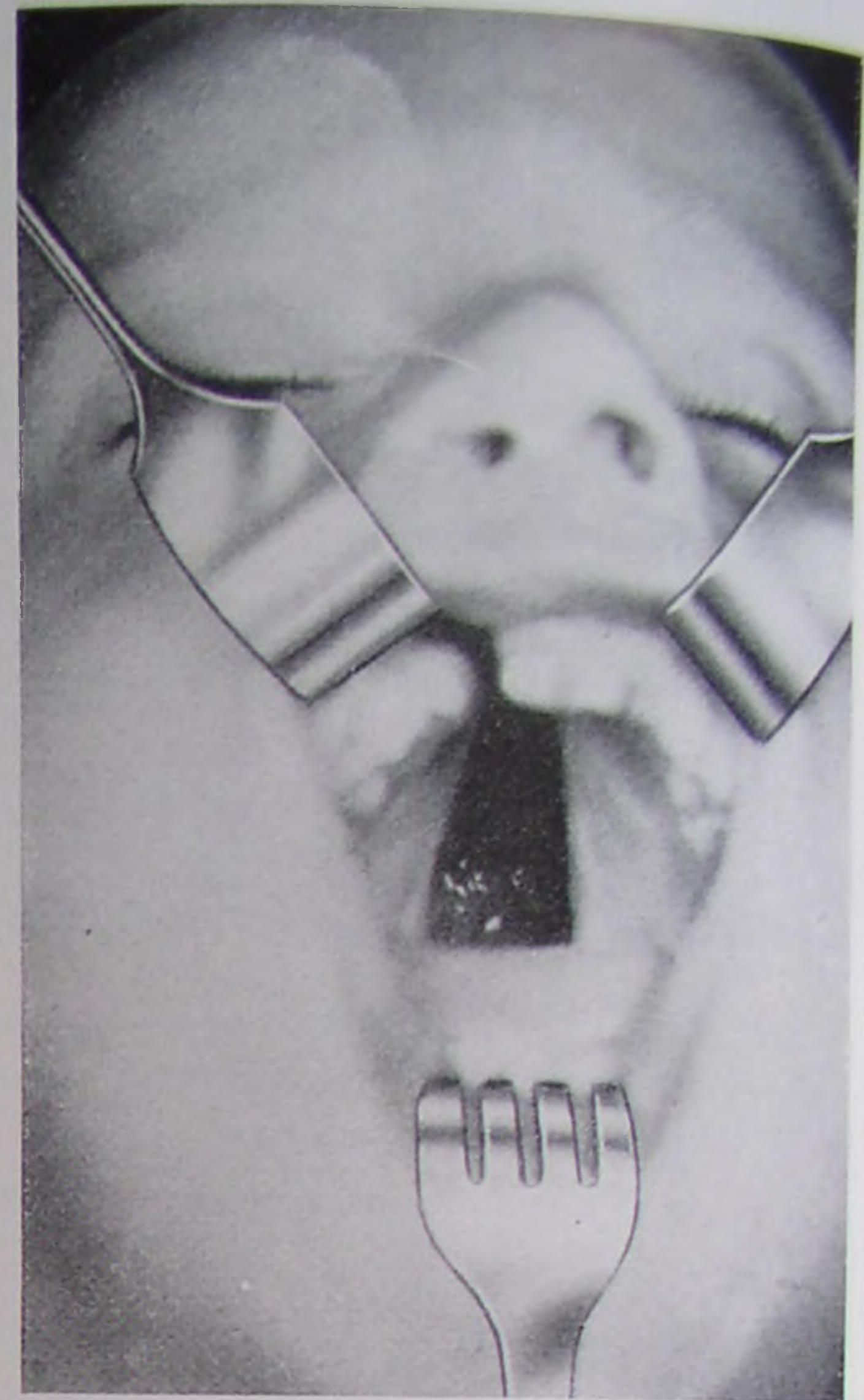




(1)



(2)



(3)

Р И С. 74.

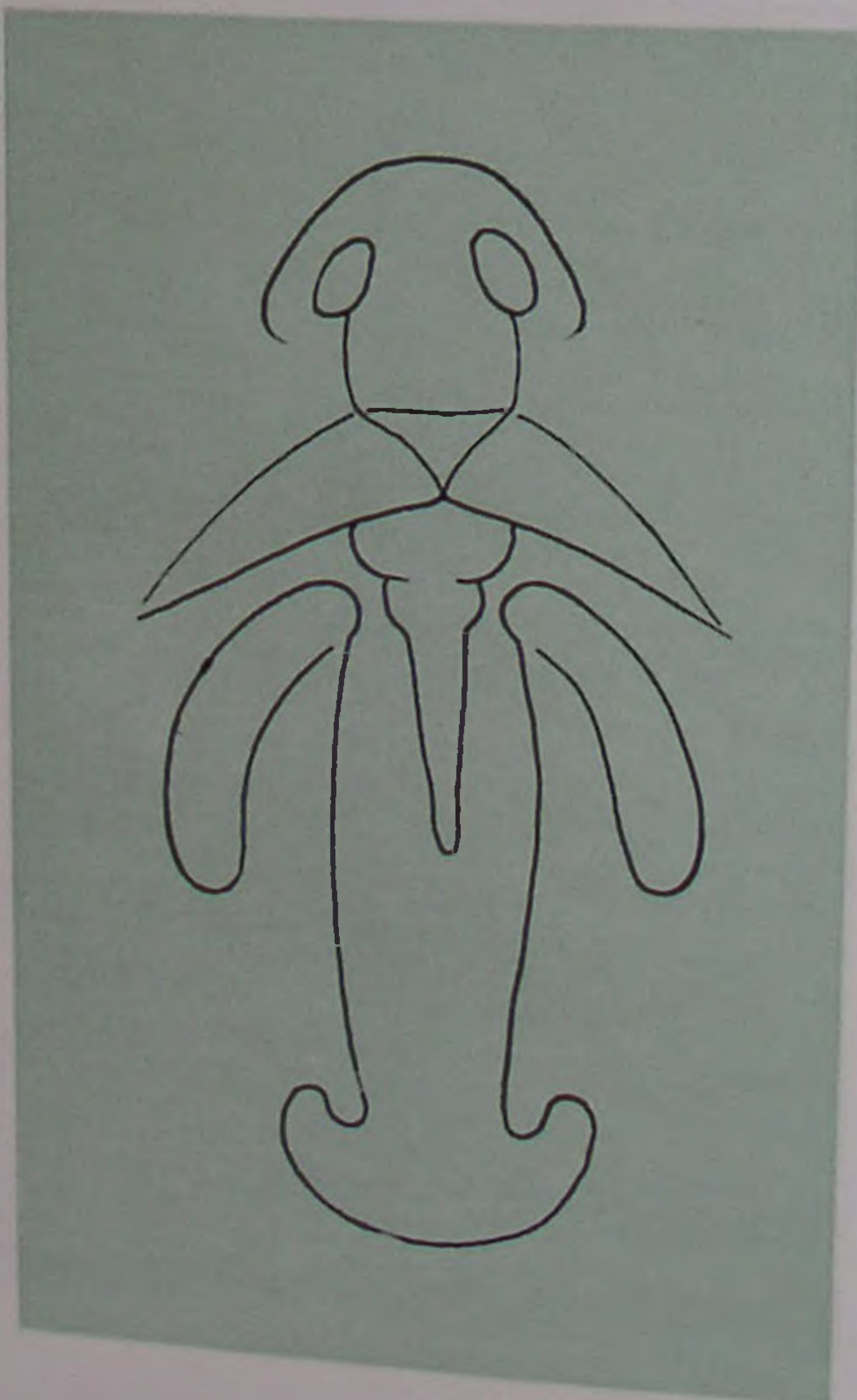
Расщелина неба при общих расщелинах после операции на губе.
1, 2. Полная расщелина неба и челюсти при общей левосторон-

ней расщелине. — 3. Аналогичная форма общей правосторонней расщелины после операции на небе. — 4, 5. Симметричная широкая расщелина неба при общей двусторонней расщелине после операции на губе.

(4)

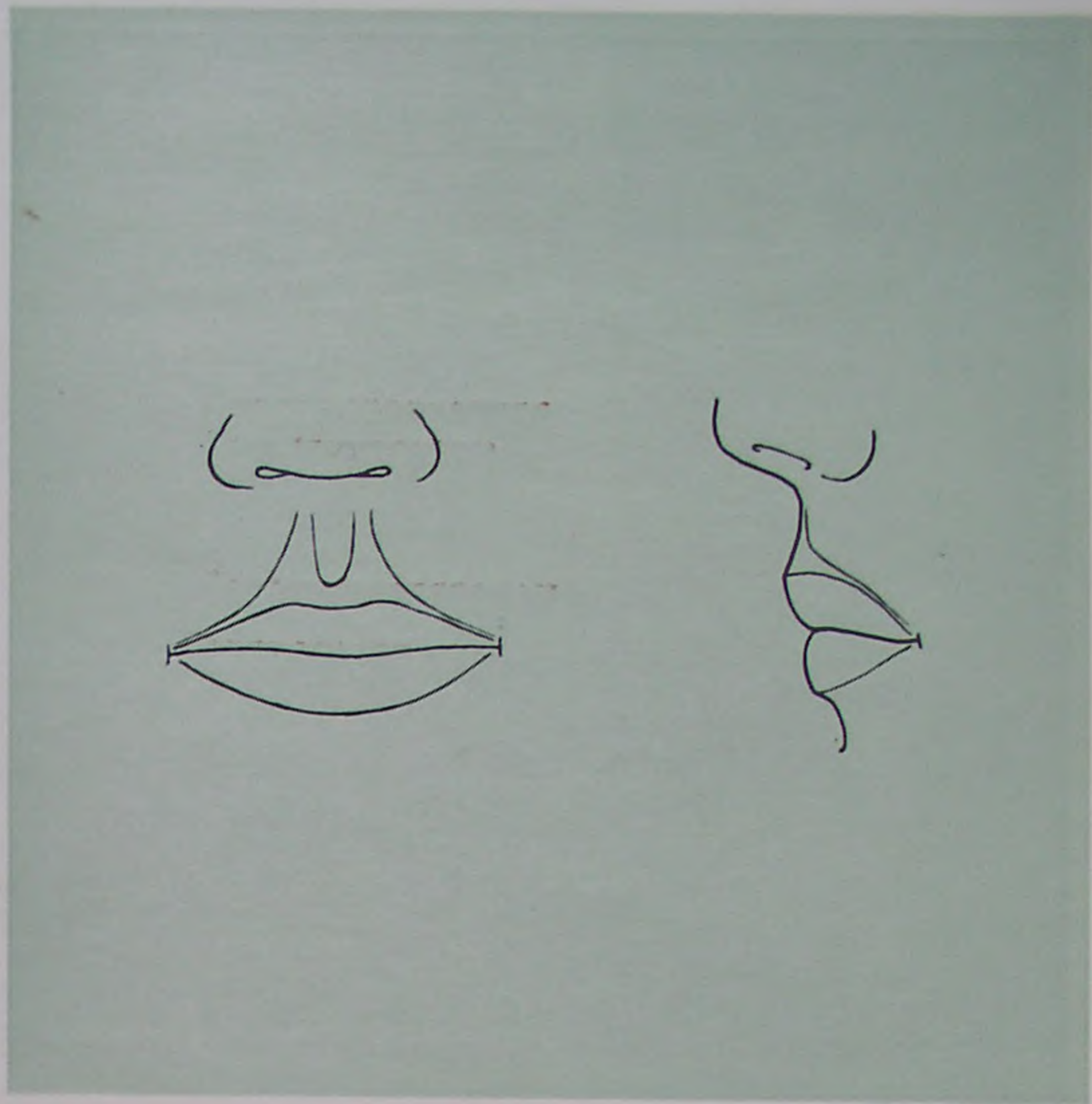


(5)



Р И С. 75.

Идеальная конфигурация губ. 1. Средняя часть, спускающаяся к носовой перегородке книзу, носит название филтрума. В каудальном направлении эта область углубляется, с боковых сторон ограничивается гребнями, переходящими книзу в принимающую пограничную зону между кожей и красной губой. Эта зона несколько бледнее и плотнее окружающей кожи, будучи образована за счет ткани, богатой эластическими волокнами. — 2. Верхняя губа несколько выступает вперед и слегка свисает над нижней губой.



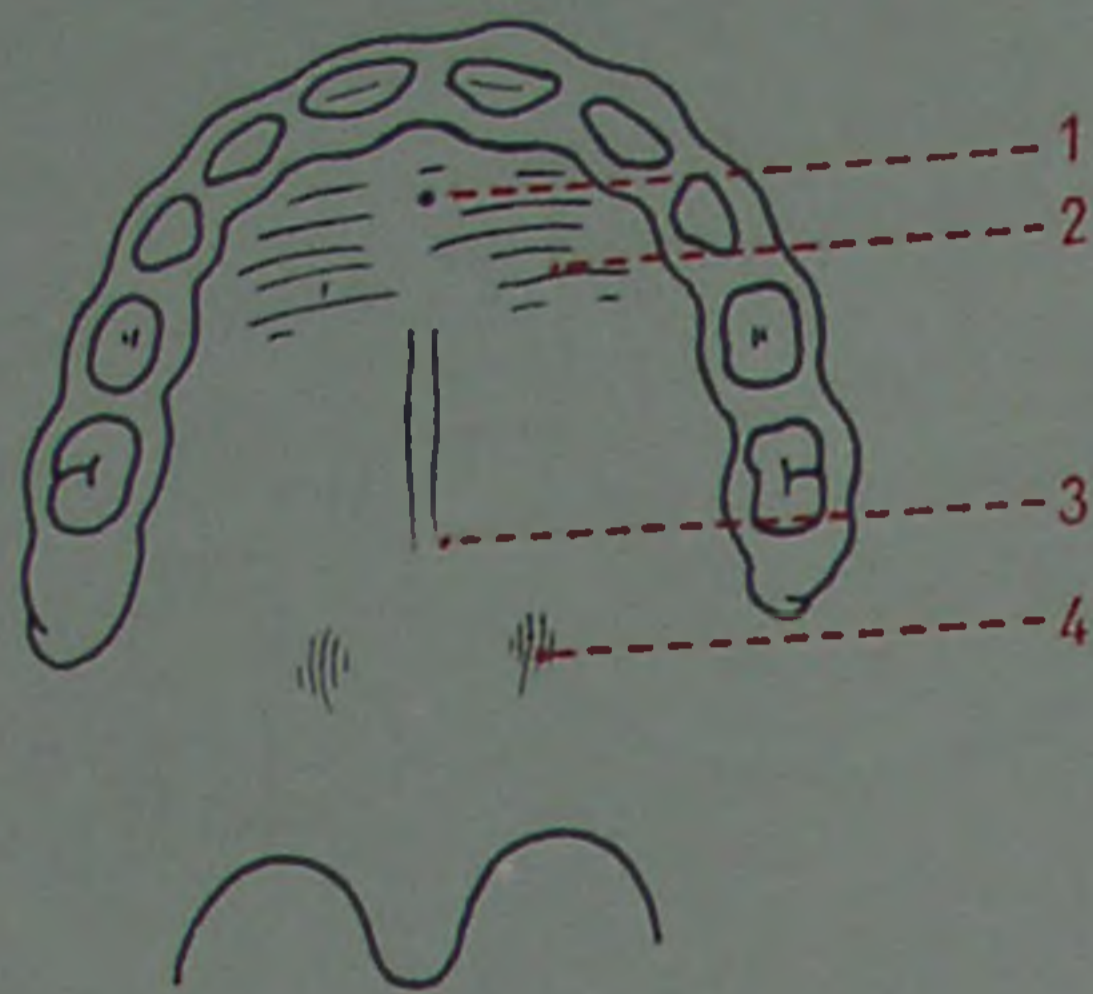
Р И С. 76.

Поперечный разрез верхней губы. На рисунке показано сечение круговой мышцы рта, вспомогательных мышц и волокон мышцы *m. cutaneo-mucosus*, идущей от слизистой оболочки кпереди и книзу к коже.



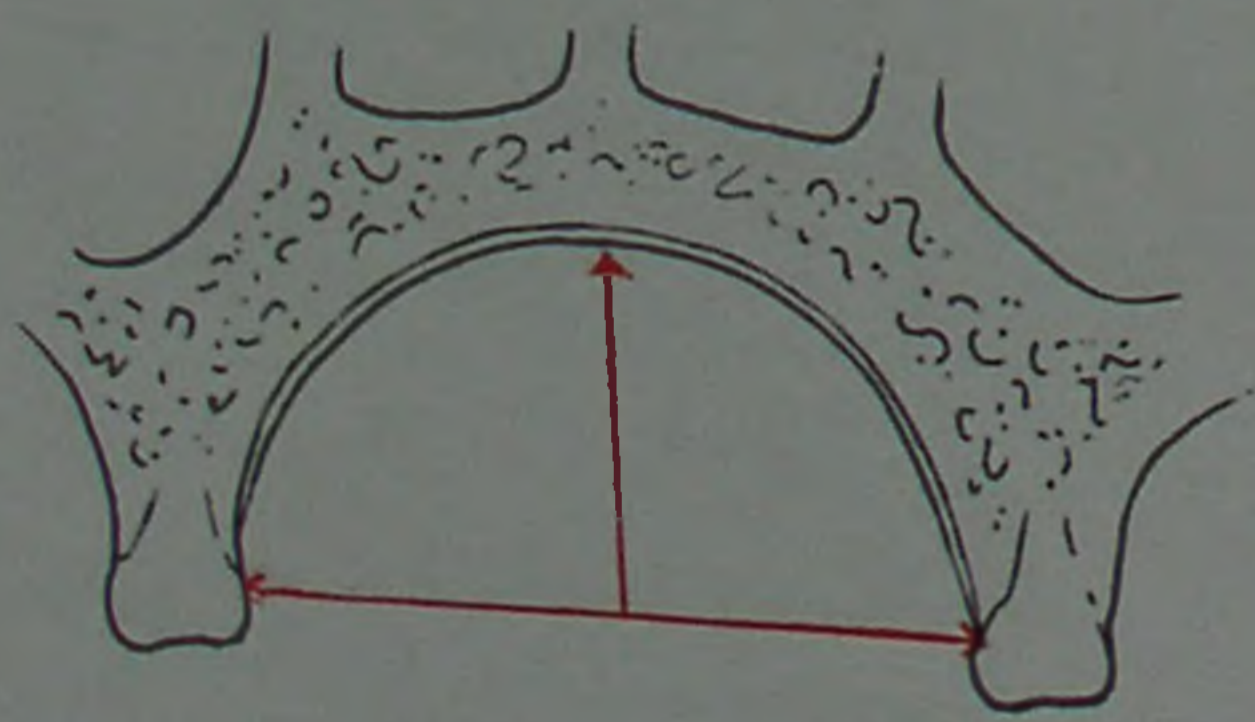
Р И С. 77.

Конфигурация неба. [1] *Papilla palatina* — утолщение слизистой оболочки в виде бугорка, расположенное над резцовым отверстием. Через отверстие проходит тонкая веточка носонезной артерии, анастомозирующая с большой небной артерией. — Из этого места в стороны расходятся поперечные складки слизистой оболочки — *pliscae palatinae* [2]. По средней линии на небе слегка возвышается бледно окрашенная складка — *raphe palati* [3]. — По бокам средней линии, на границе между мягким и твердым небом, расположено по одной мелкой ямке, выстланной тонкой слизистой оболочкой — *foveolae palatinae* (*fov. pal.*) [4].



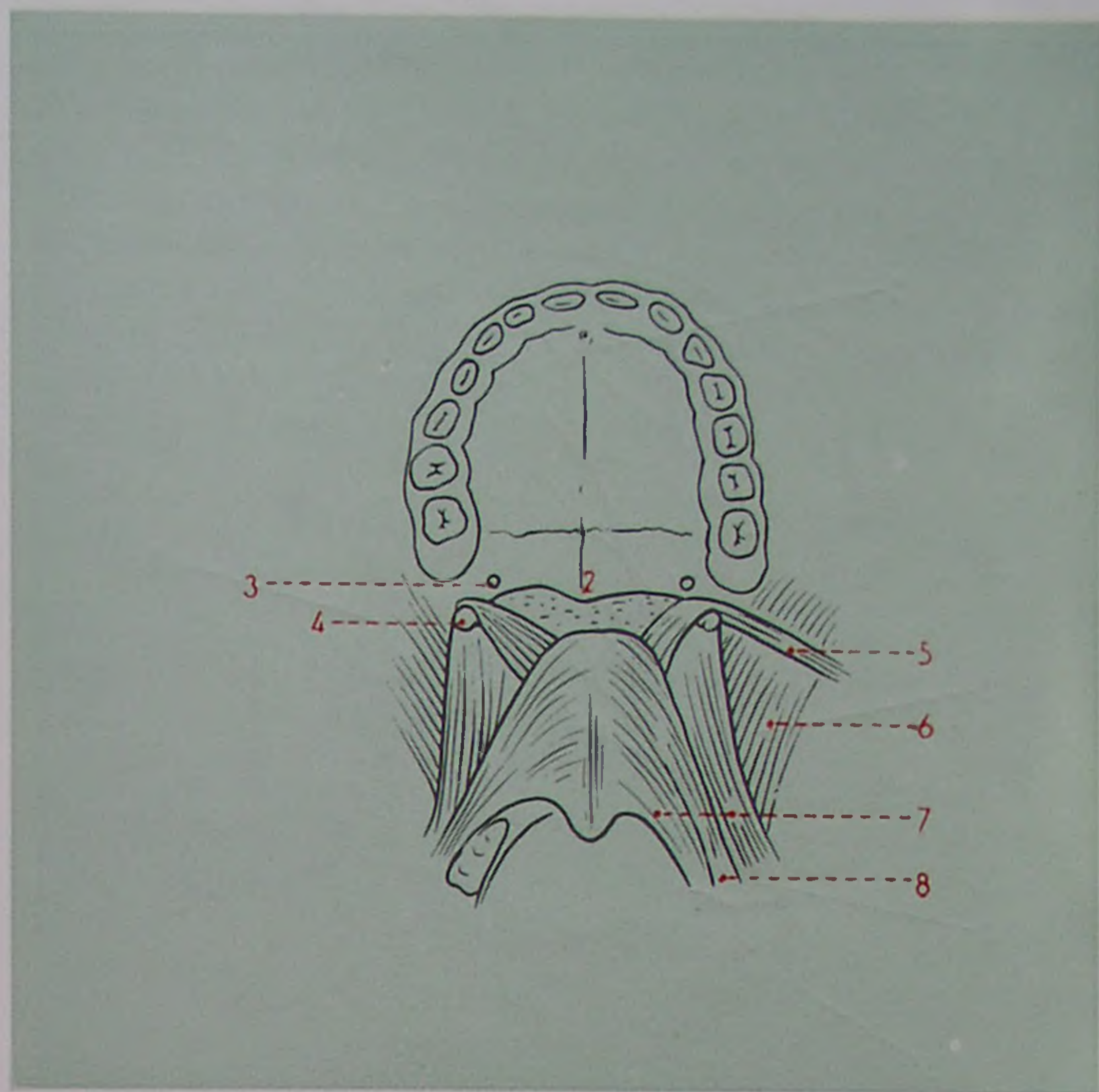
Р И С. 78.

Индекс неба. Под этим термином следует понимать соотношение между высотой небного свода и шириной неба в промежутке, расположенном между первыми коренными зубами. В норме этот индекс равен $\frac{1}{2}$. При высоком (готическом) небе индекс может доходить до единицы.



Р И С. 79.

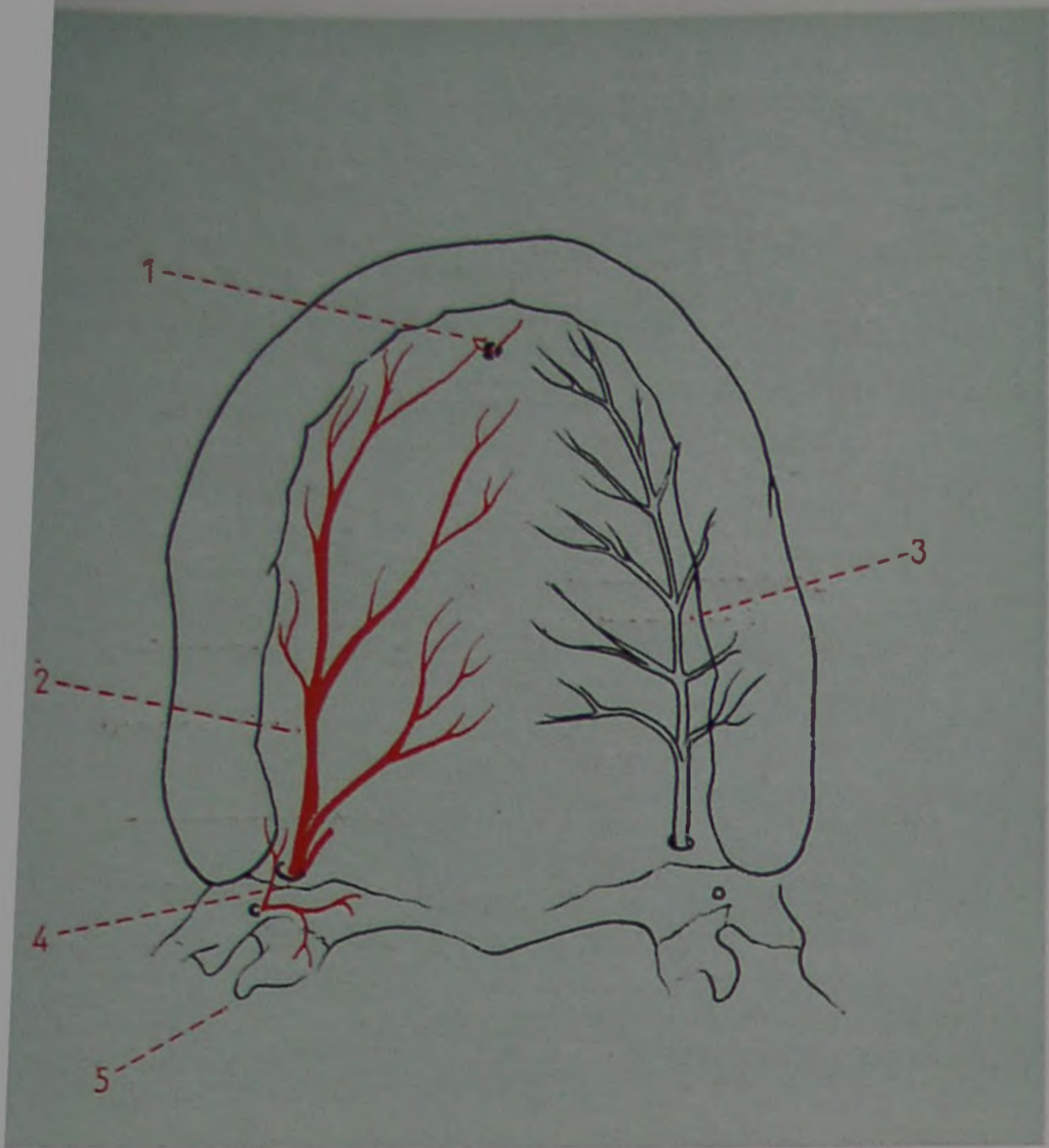
Мышечный слой мягкого неба, прикрепленный к скелету. [1] небный апоневроз, [2] задняя носовая ость, [3] большое небное отверстие, [4] крючок крыловидного отростка, [5] щечно-глоточная кладка, [6] головоглоточная мышца (*m. cerhalopharyngicus*), [7] небно-глоточная мышца, [8] небно-язычная мышца. Небный поневроз составляет одну треть длины мягкого неба.



Р И С. 80.

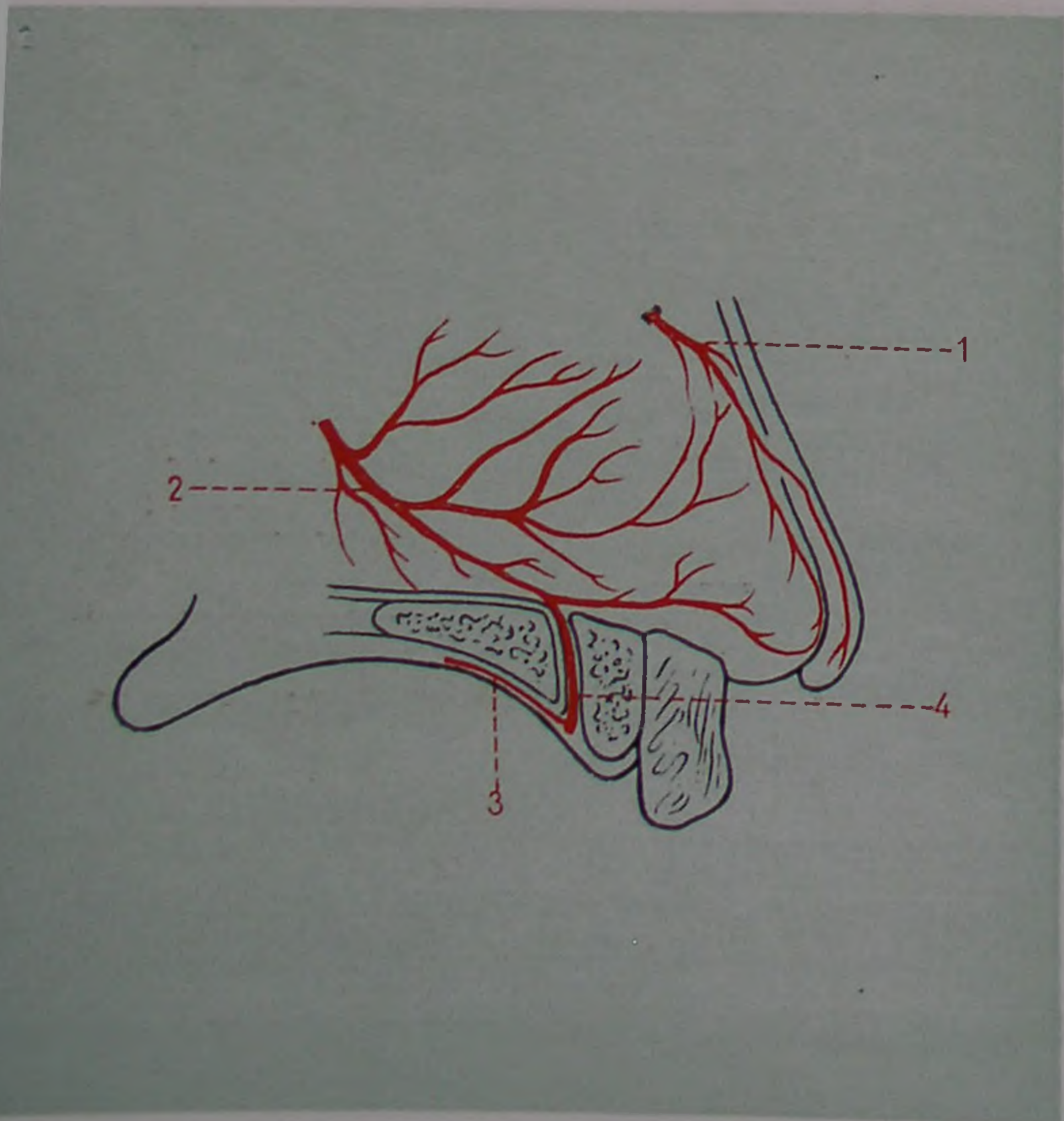
Мышцы неба: вид сверху (по Рувье). [1] Евстахиева труба, [2] мышцы, идущие от шиловидного отростка, [3] голово-глоточная мышца, [4] крючок крыловидного отростка, [5] мышца, поднимающая небную занавеску кверху, [6] небно-глоточная мышца, волокна, идущие к крючку крыловидного отростка, мышечные пучки, идущие к небной занавеске, волокна, идущие к верхним рогам и заднему краю щитовидного хряща, [7] мышца язычка (*m. uvulae*).





Р И С. 81.

Сосуды и нервы неба. [1] Резцовое отверстие, конечная веточка большой небной артерии анастомозирует с конечной веточкой клиновидно-небной артерии. [2] Ствол большой небной артерии. [3] Передний небный нерв. [4] Малые небные артерии. [5] Крючок крыловидного отростка.



Р И С. 82.

Кровоснабжение носовой перегородки и межчелюстной кости. [1] По носовой перегородке спускается ветвь глазничной артерии — передняя решетчатая артерия с передними носовыми ветвями переднего решетчатого нерва. Одна из ветвей решетчатой артерии входит между нижним краем носовой косточки и треугольным хрящом в кожу носа, в которой далее спускается к губе, анастомозируя в ней с артерией верхней губы. Вторая ветвь проходит по переднему краю носовой перегородки и поворачивает кзади.

Клиновидно-небная артерия спускается с носо-небным нервом к тому отделу носовой перегородки к резцовому каналу, анастомозирует с конечной веточкой передней решетчатой артерии, идет через резцовый канал и анастомозирует с [3] конечной веточкой большой небной артерии. [4] Тонкий анастомоз в резцовом канале иногда называют резцовой артерией. В межчелюстной области прямо входят только тонкие конечные веточки клиновидно-небной артерии; с обеих боковых сторон межчелюстной

кости имеются анастомозы с артериями верхней челюсти и лицевой артерией. При наличии общей двусторонней расщелины межчелюстная кость снабжается кровью только за счет первых двух артерий. Это снабжение бывает весьма ограниченным. Каждое вмешательство на сошнике и шейке челюсти должно быть хорошо обдумано, чтобы в результате такого вмешательства не наступило нарушения и этого слабого кровоснабжения.

С. 83.

Асимметрия обусловлена выстоянием межчелюстной кости кпереди на здоровую сторону. Половина филтума, прилегающая к щели, укорочена. Вершина «лука Купидона» приподнята на здоровой стороне кверху. Граница кожи и красной каймы на стороне расщелины на 1—3 мм короче этой же границы на здоровой стороне.



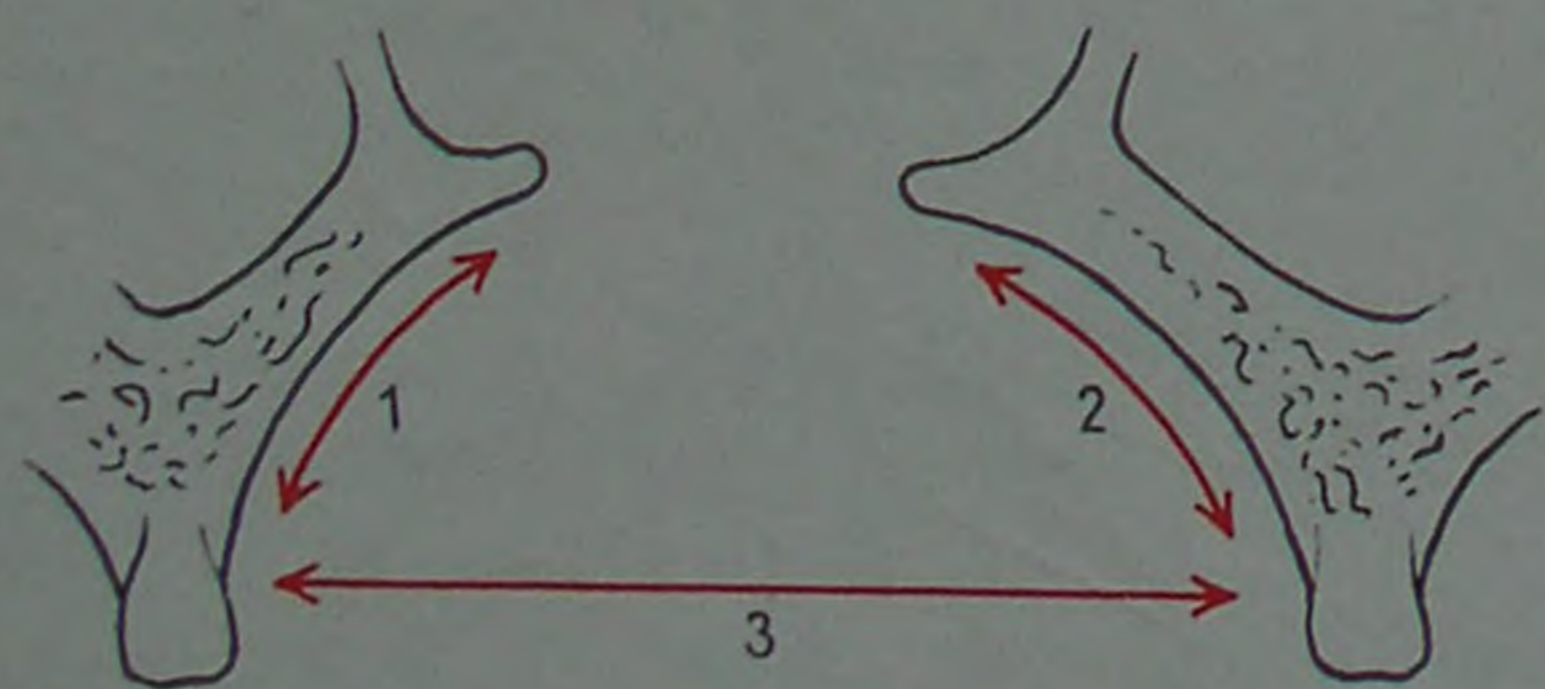
Р И С. 84.

Непрерывность круговой мышцы рта бывает при общей расщелине полностью нарушена. Мышца проходит в области красной каймы и заворачивает, дойдя до расщелины, в виде пучков, так что в конце концов только отдельные волокна мышцы достигают основания крыла носа. Вспомогательные мышцы подходят к круговой мышце рта и теряются в ее краях. На внутренней стороне расщелины строение мышцы в общем нормальное, вплоть до средней части филтрума, где бывает расположен густой соединительнотканый слой, в котором теряются мышцы. Половина филтрума, прилегающая к щели, лишена мышечного слоя и образована только за счет кожи, небольшого участка красной каймы, слизистой оболочки и рыхлой клетчатки, при помощи которой эта часть филтрума прикреплена к надкостнице межчелюстной кости. При неполной расщелине различная по толщине полоска мышечного слоя заворачивает под порогом ноздри с наружной стороны на внутреннюю, где сливается со средней, уплотненной частью филтрума. При общей расщелине мышца проходит вверх по краю щели, все время истончаясь, так что до крыла носа доходят только отдельные мышечные волокна.



Р И С. 85.

Индекс расщелин. Указывает степень серьезности аномалии. Под этим термином следует понимать соотношение между шириной небных пластинок и шириной неба в участке, расположенном между первыми коренными зубами: $\frac{1 + 2}{3}$. Наиболее выгодными бывают такие варианты расщелин, когда величина индекса равна 1 или даже превышает единицу. В том случае, если индекс равен $\frac{1}{2}$, при соединении обеих половин неба происходит сильное натяжение и возникает опасность расхождения части шва, или же после операции возникают боковые сообщения между ротовой и носовой полостями.



ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Лечение должно быть с самого начала направлено на восстановление нарушенных функций. Важным слагаемым ухода за больным является стоматологический контроль и уделение должного внимания состоянию челюсти, развитию зубов и взаимоотношению обеих челюстей. Что касается нарушенных функций, то особое внимание следует уделять состоянию дыхательной мускулатуры, деятельность которой при тяжелых формах расщелин заметно нарушена.

Мы считаем необходимым расширить исследования в области изучения физиологических взаимоотношений между нарушениями этих систем и центральной нервной системой. Следует также изучать влияние расстройств центральной нервной системы на возникновение расщелин неба.

При планировании лечения следует учитывать сущность заболевания. Необдуманное и невнимательно выполненное вмешательство может нанести вред, который скажется только по истечении месяцев или даже лет. Производя операцию, следует с особой тщательностью соблюдать принципы физиологического оперирования. Слишком ранние операции на органах еще не полностью окостеневших, не говоря уже о грубых вмешательствах, какими являются применение гвоздей, остеотомия и резекция сошника, наносят больному неисправимый вред. При решении вопроса о сроках операции главное значение имеет не возраст ребенка, а его общее состояние, серьезность уродства и состояние мускулатуры губы, неба и глотки.

План лечения должен быть составлен с учетом только что перечисленных факторов при первом осмотре ребенка. Серьезность аномалии определяется не только на основании анатомических изменений, но и на основании общего состояния грудного ребенка и его конституции, а также на основании постнатальной адаптации, состояния здоровья родителей, наследственных факторов и заболеваемости в роду. При определении степени анатомических нарушений хорошую службу могут сослужить антропометрические методы. Отнюдь не последнюю роль при решении вопроса о сроках операции играет и отношение родителей, в особенности матери, к заболеванию ребенка; исход операции в значительной степени зависит от того, сколь деятельное участие в проведении нужных мероприятий будет принимать мать ребенка.

Уже в родильном доме врачи должны уделять матери ребенка, родившегося с расщелиной неба, большое внимание, успокоить ее, убедить в том, что врожденный порок развития можно с успехом лечить, что её ребенок будет полноценным членом человеческого общества и что в процессе лечения поведение матери будет иметь большое значение.

Следует найти наилучший способ питания ребенка, при котором он получал бы как можно больше материнского молока. Можно рекомендовать прикладывать ребенка к груди так, чтобы расщепленная ноздря была прижата к молочной железе и ребенок мог высасывать достаточное количество молока. Ребенка надо прикладывать к груди в полусидячем положении, чтобы молоко стекало по языку в глотку, но не попадало в нос. Нам приходилось сталкиваться с случаями двусторонних общих расщелин, при которых мать успешно кормила ребенка в течение нескольких месяцев. Мы

принципиально не оперируем ребенка до тех пор, пока не исчерпаны все возможности кормить ребенка материнским молоком, пусть даже сцеженным.

Не существует какого-либо единого возраста для производства операции. В случае изолированной расщелины мягкого неба, при которой нет необходимости производить вмешательств на твердом небе (отслойка слизисто-надкостничных лоскутов и т. под.), которые бы могли повредить ростовые зоны и обусловить возникновение обширных рубцов), операцию можно производить приблизительно в возрасте 1 года. Ребенок, однако, должен обязательно оставаться под контролем стоматолога, который будет следить за развитием зубов и сделает все необходимое, чтобы не наступило сужения альвеолярной дуги.

ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ

РАСЩЕЛИНА ГУБЫ

При простых расщелинах губ мы производим операцию в большинстве случаев в возрасте 8—11 месяцев (но ни в коем случае не раньше отнятия ребенка от груди). На это мы с самого начала обращаем внимание матери, чтобы она не стремилась слишком рано отнять ребенка от груди.

При общих расщелинах мы в первое время во всех случаях строго придерживались метода Виктора Во (Victor Veau). Вскоре, однако, для нас стал явным недостаток наложения линейного шва на кожу губы (который ведет к крышеобразному приподниманию границы кожи и красной каймы). Это нас толкнуло на дополнительное выкраивание лоскута по методу, предложенному Блером и Брауном (Blair-Brown), а еще позже — по методу Довелла (Dowell) (рис. 88). Этот способ физиологичен, требует минимального количества ткани, причем ткань берется в таком месте, где ее потеря не наносит больному никакого ущерба, позволяя повернуть часть волокон круговой мышцы рта в нужном направлении. Часто удается создать губу «с луком Купидона» и правильно выгнутым нижним краем.

Довольно часто, однако, по прошествии нескольких месяцев после операции по ходу косоного рубца появляется полоска красной каймы филтрума. Причиной этого может быть биологическая неполноценность расщепленной половины филтрума, на что первым обратил внимание Виктор Во и которая, по нашему мнению, присуща всем органам, пораженным данным заболеванием. На филтруме это свойство выражено в наиболее резкой степени. В результате неодинакового дальнейшего роста обеих частей иногда приходится наблюдать внедрение красной каймы в кожу верхней губы. Кроме того, довольно сложно точно сопоставить края кожи и красной каймы.

Поэтому мы стали применять такой тип операции на губе, который основан на принципе Теннисона-Рандала (Tennison-Randall) (рис. 94). В техническом отношении это в общем несложный метод. Заключается он в том, что к укороченной, лишенной мускулатуры половине филтрума подносится треугольный лоскут, выкроенный из наружной части губы.

Адаптация границы кожи и красной каймы становится менее сложной, так как с обеих сторон расщелены рассечение тканей производится прямолинейно. Хороших результатов можно ожидать от метода Милларда (Millard). При слишком гипопластическом фильтруме, однако, следует в нижнем отделе границы кожи и красной каймы передвинуть небольшой треугольный лоскут кожи, так как вертикальная часть рубца сокращается (рис. 97).

Нам в голову никогда не приходило испытать метод Ле Месюрье (Le Mesurier), так как мы его считаем нефизиологическим.

Мать ребенка должна после операции производить массаж оперированной губы и упражнять околоротовые мимические мышцы. Все это должно происходить под видом игры, но ни в коем случае по принуждению или под страхом наказания. Когда ребенок начнет произносить звуки, то на помощь матери придет логопед, который ее проинструктирует, как надо проводить фонетические занятия и массаж неба. Массаж надо проводить систематически до и после операции. Проводится массаж мокрым пальцем спереди назад; ребенок во время массажа произносит долгие гласные звуки: *a, o, y, u*.

При любом методе операции надо стремиться найти способ создания наилучших условий для формирования носа. Основными требованиями в этом отношении являются следующие: установить костную и хрящевую часть носовой перегородки в среднем положении, приподнять крыло носа до уровня крыла здоровой стороны, добиться того, чтобы изгибы хрящей кончика носа находились на одинаковой высоте. Деформация хрящей кончика носа развивается в связи с наличием расщелины на протяжении более чем семи месяцев внутриутробной жизни; даже 20-и лет постнатальной жизни не хватает для того, чтобы нос приобрел совершенную форму.

Восстановление дна носового прохода, предложенное Виктором Во, не в состоянии предупредить развития деформации ноздри и обвала челюсти. Операция скорее содействует этому, так как ведет к выраженному склерозу и рубцеванию ткани и, по-видимому, затрагивает зону роста. В преобладающем большинстве случаев общих односторонних расщелин, при которых проводилась только что упомянутая операция, развиваются тяжелые поздние деформации.

По этой причине мы отодвинули сроки операции и производим хирургическое вмешательство при расщелинах в более старшем возрасте. Ухудшение условий для развития речи мы старались компенсировать систематическим проведением восстановительных мероприятий и обеспечением систематического фониатрического контроля. Фониатрический контроль необходим с того момента, когда у ребенка появляется стремление произносить слова. Фониатр должен руководить ребенком не только до операции, но и после нее вплоть до выработки нормальной речи или до того момента, когда дальнейшее улучшение приостанавливается.

Выполнение хирургических вмешательств в более поздние сроки дало положительные результаты. У больных стали реже наблюдаться вторичные деформации, в особенности тогда, когда при операции систематически производится интерпозиция лоскутов слизистой оболочки, взятых с губы, пора-

женной расщелиной (р и с. 89). Эта операция была нами предложена для закрытия ротовой стороны дна носового хода, проводимого по методу Во (Буриан, 1931). Виктор Во строго осудил этот метод, видя его главный недостаток в том, что он препятствует соприкосновению обоих полюсов челюсти. Но именно это обстоятельство подтвердило целесообразность данной интерпозиции. Соприкосновение полюсов дуги челюсти уже означает ее уменьшение, которое бывает тем большим, чем тяжелее форма расщелины, так как тем большим бывает и недостаток материала на обеих частях челюсти.

Ширина лоскута слизистой оболочки не должна превышать $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ высоты внутренней стороны губы. Лоскут большей ширины обусловил бы сокращение губы, или даже неполное закрывание ротовой щели.

Но даже после интерпозиции бывает необходимо, чтобы опытный стоматолог-ортопед заботился о состоянии челюсти больного, проводя систематические осмотры ребенка и назначая ему для пользования подходящие зубные аппараты. Стоматолог должен не только обладать большими техническими знаниями и отличаться изобретательностью, но и быть очень терпеливым. Все восстановительное лечение должно проходить под видом игры. В настоящее время именно в этом ощущаются главные затруднения.

РАСЩЕЛИНА НЕБА

В дальнейшем мы производили операции при расщелинах неба методом ретропозиции и фарингофиксации с помощью глоточного лоскута, выкроенного с верхней ножкой. Эта операция производилась у детей в возрасте 5 лет или в более старшем возрасте.

На опыте мы убедились, что отсрочка операции при расщелинах не только губы, но и неба в значительной мере содействует понижению числа случаев различно выраженных вторичных деформаций. У больных при этом удается добиться нормальной речи в таком же проценте случаев, какой приводится различными авторами в мировой литературе в качестве средних показателей. Естественно, что в более старшем возрасте добиться этого гораздо труднее — с точки зрения приложения необходимых усилий и затраты времени —, чем при операции, производимой в возрасте трех недель (при расщелине губы), или в возрасте одного года (при расщелине неба).

В конце концов мы пришли к заключению, что наиболее целесообразно производить в первый этап хирургическое вмешательство на мягком небе, сочетая его лишь с операцией на губе; обе эти операции производят или одновременно, или в интервале нескольких недель на восьмом месяце жизни ребенка. Вторым этапом производят операцию на твердом небе. Производят ее гораздо позже, иногда только в возрасте 10 лет. Этот метод разработали, опираясь на опубликованные в прошлом факты, одновременно Мак Нейл (Mc Neil) и Швекендик (Schweckendieck). При этом методе операцию производят только на мягком небе, если, конечно, можно добиться соприкосновения его обеих половин с использованием разве лишь вспомогательных ослабляющих разрезов; одновременно производится отсепаровка мягких тканей от апоневроза мышцы, поднимающей крыло носа (р и с. 101).

В случае слишком широких расщелин, при которых возникает необходимость отсепаровывать крупные слизисто-надкостничные лоскуты, можно произвести первичную имплантацию глоточного лоскута с верхней питающей ножкой. Эта операция производится методом ретропозиции и фарингофиксации.

Операцию на губе у нас принято, если возможно, производить одновременно с операцией на мягком небе. Мы восстанавливаем не все дно носового хода, а лишь дно ноздри. Для этого сшивают только край слизисто-надкостничного лоскута, отсепарованного от шейки межчелюстной кости и части сошника на внутренней стороне, с выкроенным в носу слизисто-надкостничным лоскутом переднего полюса на наружной стороне. К этому месту, расположенному между полюсами челюсти, прикрепляют треугольный лоскут слизистой оболочки, выкроенный из верхнего края наружной части верхней губы. [Примерно аналогичным образом формировал эту часть Аксгаузен (Axhausen).]

При этой операции тоже необходим стоматологический контроль. К твердому небу прикладывают пластинку, помогающую альвеолярной дуге противостоять давлению, оказываемому восстановленной круговой мышцей рта, и закрывающую отверстие твердого неба. Дети быстро овладевают речью. Операцию на твердом небе производят приблизительно в возрасте 10 лет. Некоторые утверждают, что отверстия твердого неба часто спонтанно закрываются в результате воздействия протезной пластинки, которую ребенок постоянно носит. Мак Нейль называет рекомендованную им пластинку «стимулирующей». Автор подчеркивает, что особенно важно, чтобы ребенок носил пластинку прежде всего в период интенсивного роста, т. е. в период прорезывания первых больших и малых коренных зубов. В целом ряде случаев действительно приходится наблюдать рост небных пластинок. Щель в твердом небе постепенно уменьшается и в конце концов небные пластинки срастаются.

У наших больных значительное сужение щели в твердом небе наступало в течение первых двух лет применения пластинки (рис. 102). Ортопедическое лечение обеспечивало необходимое положение альвеолярной дуги верхней челюсти и соприкосновения полюсов расщелины не наступало. Не приходится сомневаться в том, что раннее закрытие мягкого неба может быстро повести к нормализации функции евстахиевой трубы и содействовать уменьшению числа случаев отитов. Речь ребенка, у которого была применена небная пластинка, быстро улучшается.

Лучшие условия бывают при двусторонних общих расщелинах, так как при них с обеих сторон возникают одинаковые изменения, а потому в конечном итоге деформация бывает менее заметной. Односторонние мосты, однако, ведут к такой же асимметрии, какую приходится наблюдать при односторонних общих расщелинах.

Изолированная, сильно выступающая впереди межчелюстная кость, а также слишком большая межчелюстная кость часто доставляют больному большие затруднения и ведут к развитию сильно выраженной поздней деформации. Окончательное решение вопроса о том, как поступить с межчелюстной костью, должно быть отложено до совершеннолетия больного.

Что касается операций на губе, то при двусторонних расщелинах лучше всего зарекомендовал себя метод, предложенный Во, заключающийся в оставлении широкого клиновидного лоскута красной каймы у нижнего края фильтрума. Хороших результатов можно ожидать и от метода Милларда. После других хирургических вмешательств остаются некрасивые перетяжки в области нижних отделов фильтрума (перетяжки лирообразной формы на публикуемых рисунках). При двусторонних расщелинах губ мы производим одномоментную операцию.

ПЕРЕСАДКА КОСТИ. Тот факт, что на верхней челюсти отсутствует определенная часть костного материала, привел нескольких авторов к мысли возместить недостающую часть сразу же при операции на губе путем аутопластики, при которой костный материал можно взять из ребра, гребня подвздошной кости или даже большеберцовой кости. Пересадка костных пластинок осуществляется или сразу же при первой операции, производимой через несколько недель после рождения, или вторично в более поздние сроки. В первом случае ложе для трансплантата готовят с помощью лоскута слизистой оболочки, выкроенного из наружной части губы (как при предложенном нами методе интерпозиции), или из слизисто-надкостничного лоскута, отслоенного с поверхности сошника. Если имплантация кости производится вторым этапом, то необходимо для этой цели отсепаровать ткани, из которых было создано дно ноздри во время предшествующей операции на губе.

Оценку результатов этих первичных пересадок следует производить осторожно, хотя нередко описываются прекрасные ранние результаты. Ранняя первичная пересадка кости связана с опасностью. Дело в том, что для имплантата необходимо подготовить ложе на полюсах челюсти и межчелюстной кости, чтобы пересаженная кость хорошо вросла в ткани и не рассасывалась. При этом возникает большая опасность повреждения лишь частично окостенелых тканей полюсов челюсти, которые являются важной зоной роста.

Не приходится сомневаться в том, что вторичная имплантация вполне оправдана. Предпосылкой для нее является ортопедическое расширение альвеолярной дуги. Позабывшись о надежной фиксации расширенной ортопедическим путем альвеолярной дуги, можно с уверенностью произвести пересадку имплантата, добиться его плотного соприкосновения с костью полюсов челюсти и обеспечить иммобилизацию имплантата на любой срок, вплоть до окончания метаплазии трансплантата. В период этой перестройки трансплантат получает необходимые функциональные импульсы.

При всех операциях, производимых на небе у детей старшего возраста, следует соблюдать все принципы систематического общего и местного функционального восстановления; должны проводиться все необходимые мероприятия вплоть до хирургического вмешательства. Дети подвергаются систематическим обследованиям оториноларингологом. Аденоиды и гипертрофические или пораженные хроническим воспалительным процессом глоточные миндалины удаляют за два месяца до операции на небе. Мы отказываемся видеть в этих патологических образованиях средство достижения

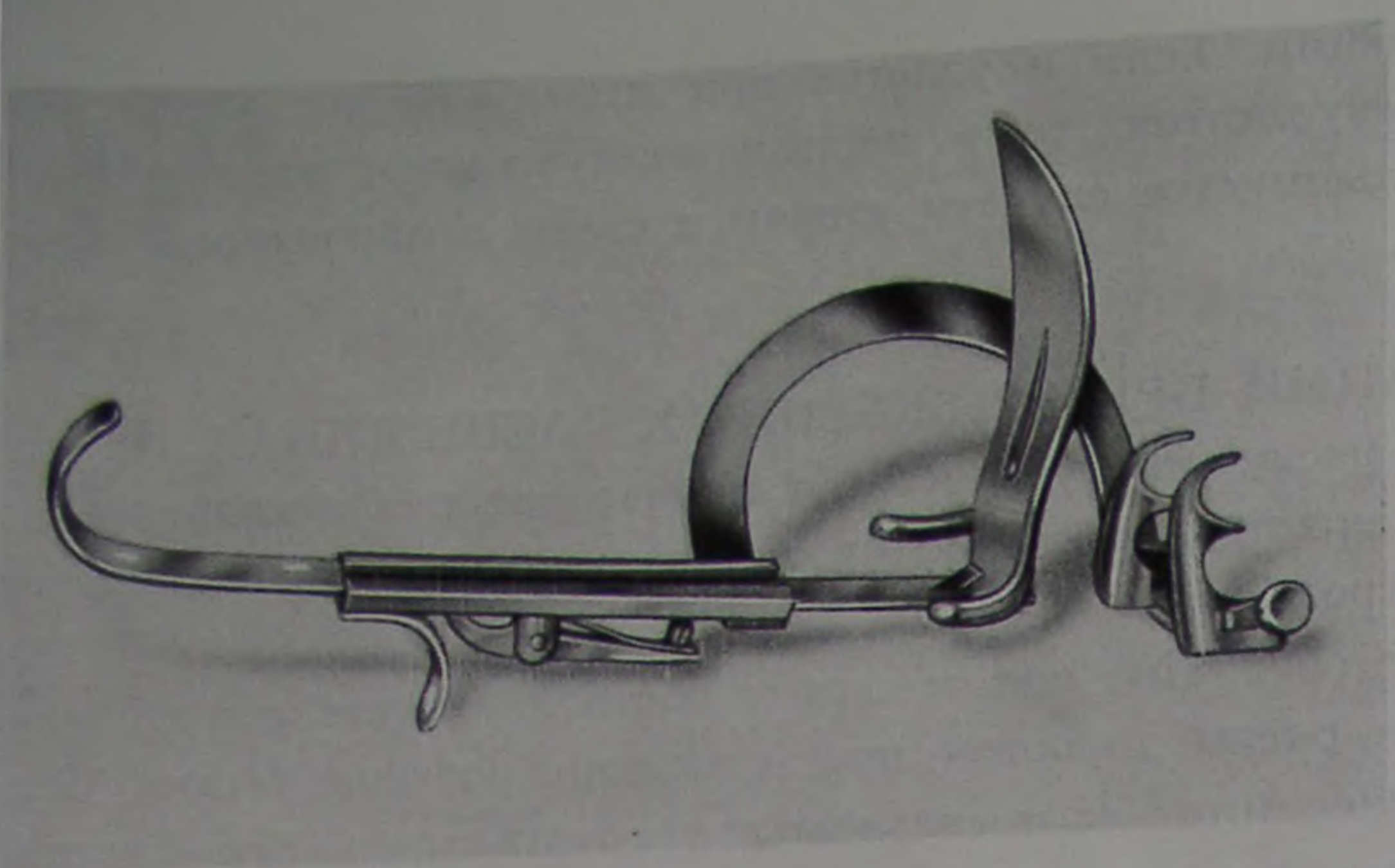
хорошей речевой функции. Если и удастся при использовании аденоидов добиться хороших результатов, то в период возмужалости этот эффект все равно будет в большинстве случаев утерян в связи с инволюцией аденоидных разрастаний.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ НЕБА. Операцию по поводу расщелин губы и неба производят под эндотрахеальным наркозом. К операции анестезиолог подготавливает ребенка вместе с клиницистом-педиатром.

У маленьких детей операций под местным обезболиванием мы не производим. Даже после очень хорошей премедикации ребенок бывает беспокойным, так что операция бывает связана с трудностями. От местной анестезии в детской практике мы отказались еще до второй мировой войны. У мужественных взрослых операцию под местной анестезией можно производить даже при расщелинах неба.

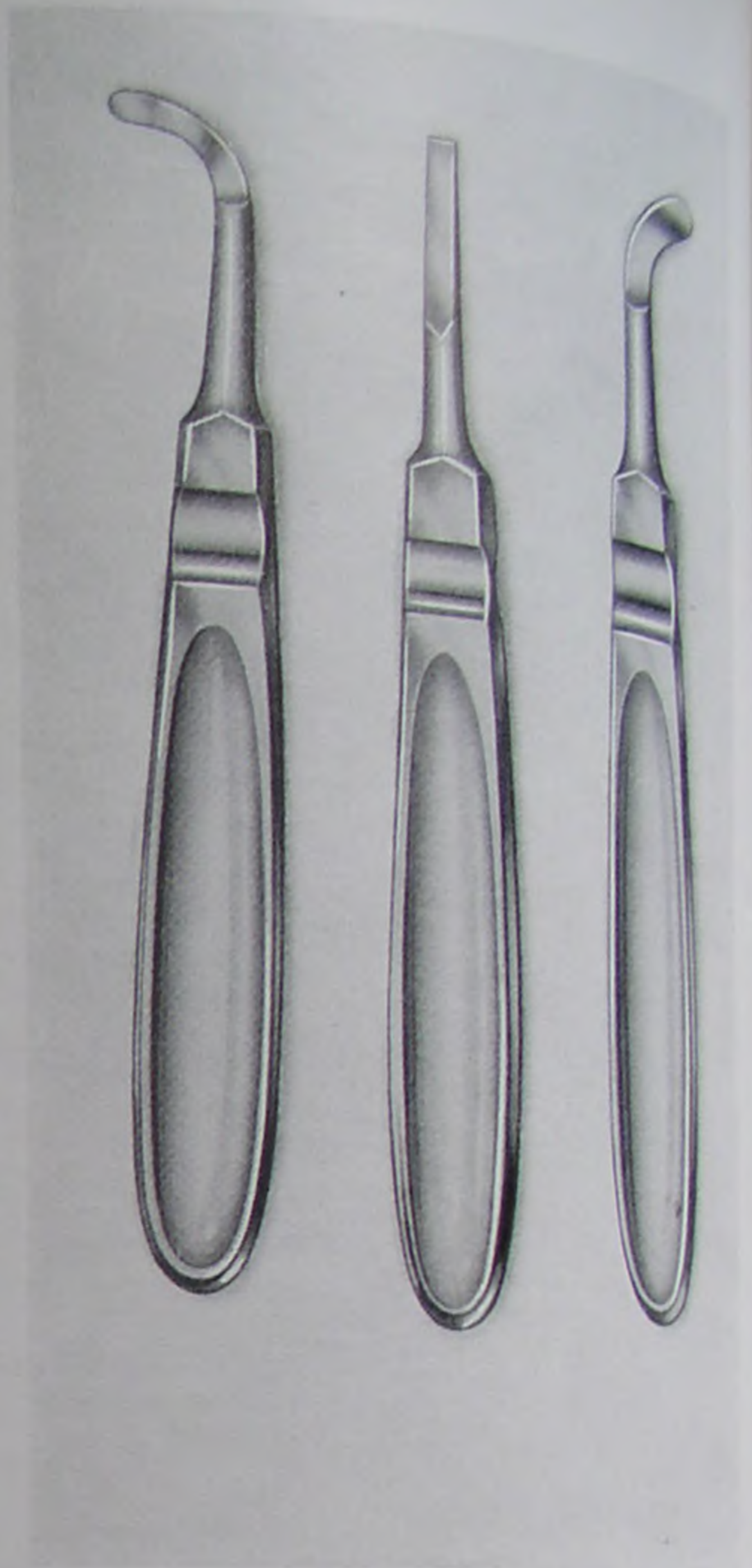
Анестезиолог со своей аппаратурой располагается в стороне от операционного поля. За деятельностью сердца он следит при помощи фонендоскопа, прикрепленного к грудной клетке в области сердца; манжетка тонометра должна быть все время на плече ребенка. Во время наркоза производят капельное вливание плазмы или крови с физиологическим раствором. У грудных детей вливание производят в губчатое вещество пяточной кости, у детей более старшего возраста — внутривенно. Язык с самого начала операции фиксируют шелковой лигатурой, которую удаляют только после того, как больной придет в полное сознание. В случае надобности, язык можно при помощи лигатуры в любой момент вытянуть.

Даже в том случае, если операцию производят под общим обезболиванием, ткани губы и неба инфильтрируют 0,5% раствором новокаина с адреналином. Делается это, во-первых, в целях уменьшения кровотечения, во-вторых, потому, что такая инфильтрация в значительной степени облегчает обработку податливой, ускользающей из под ножа ткани.



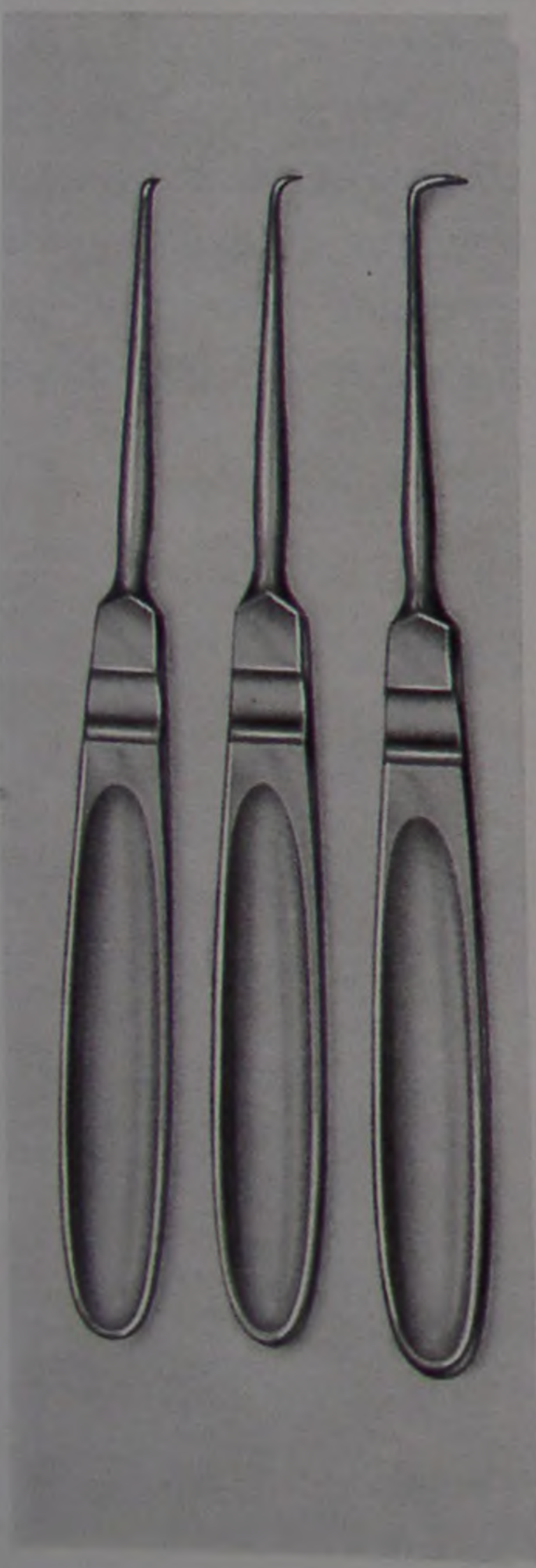
(1)

(2)



Р И С. 86.

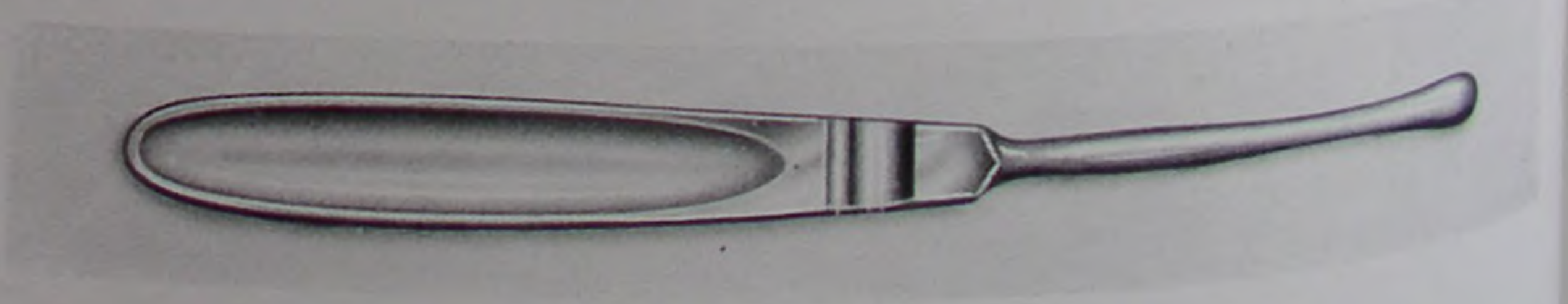
Инструменты для оперативных вмешательств на губе и небе.
 1. Расширитель Килнера. — 2. Небные распаторы: правосторонний, ровный, левосторонний. — 3. Распаторы Трела с остриями различной величины; деталь острия. — 4. Двойной элеватор с небольшим искривлением на одной стороне и с большим на противоположной. — 5. Лопатка для отслаивания слизисто-



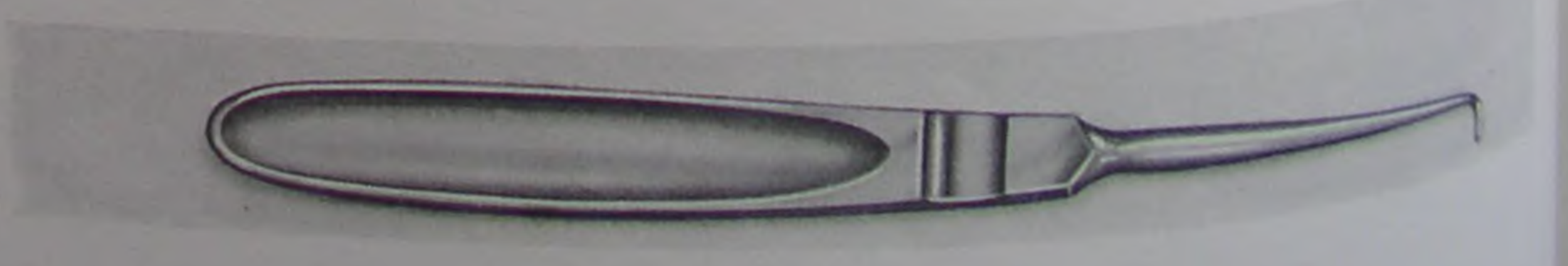
(3)



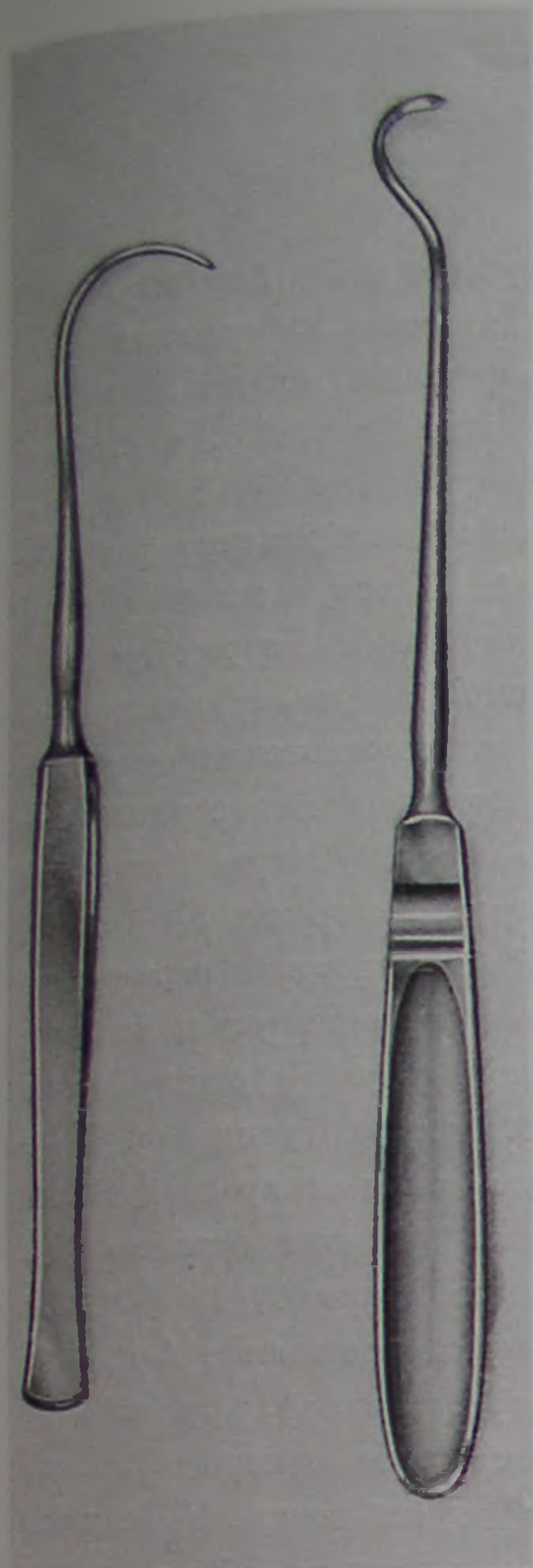
(4)



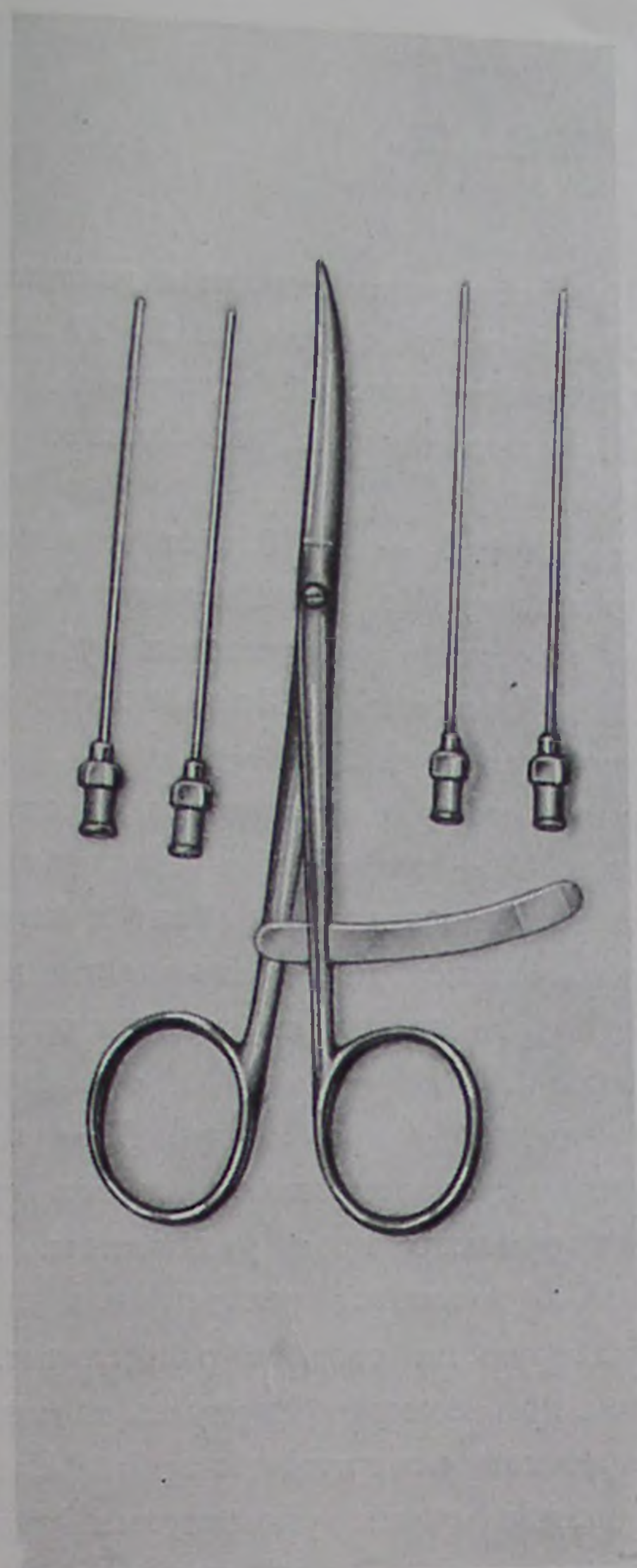
(5)



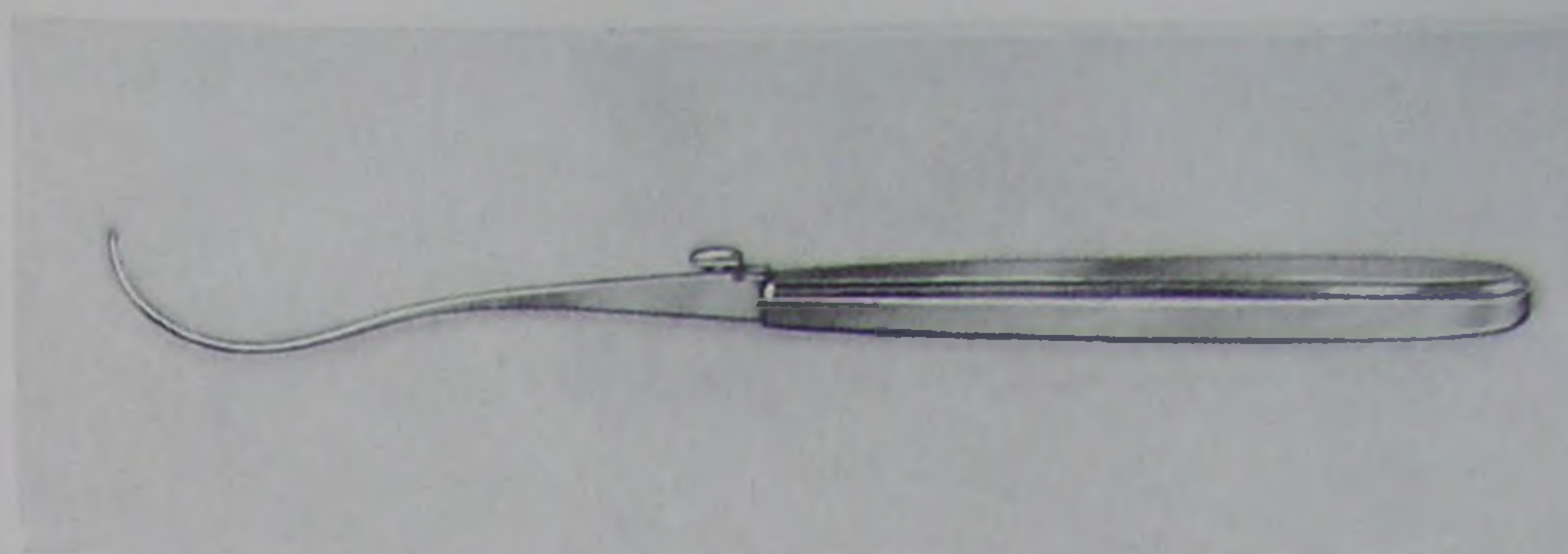
(6)



(7)



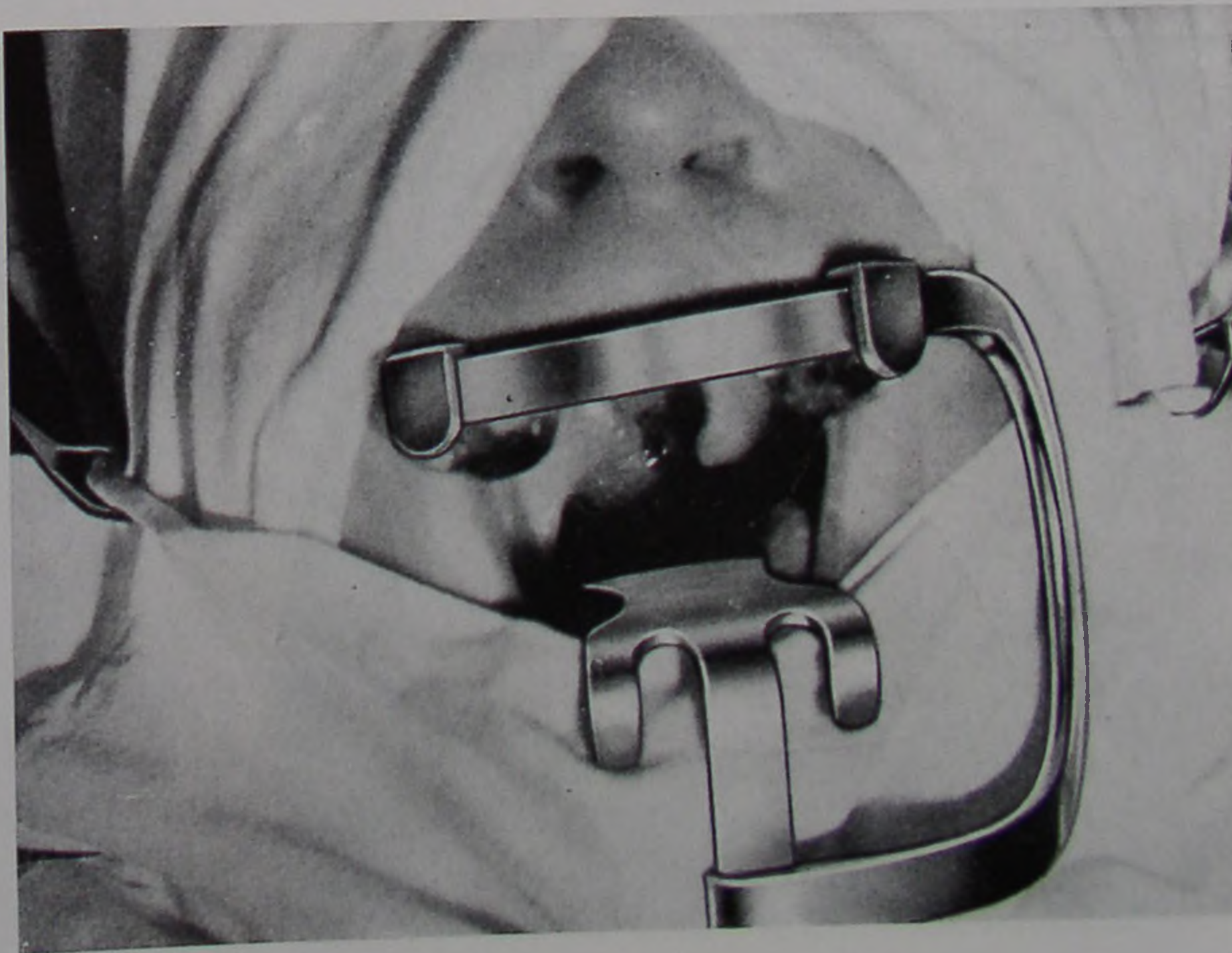
(8)



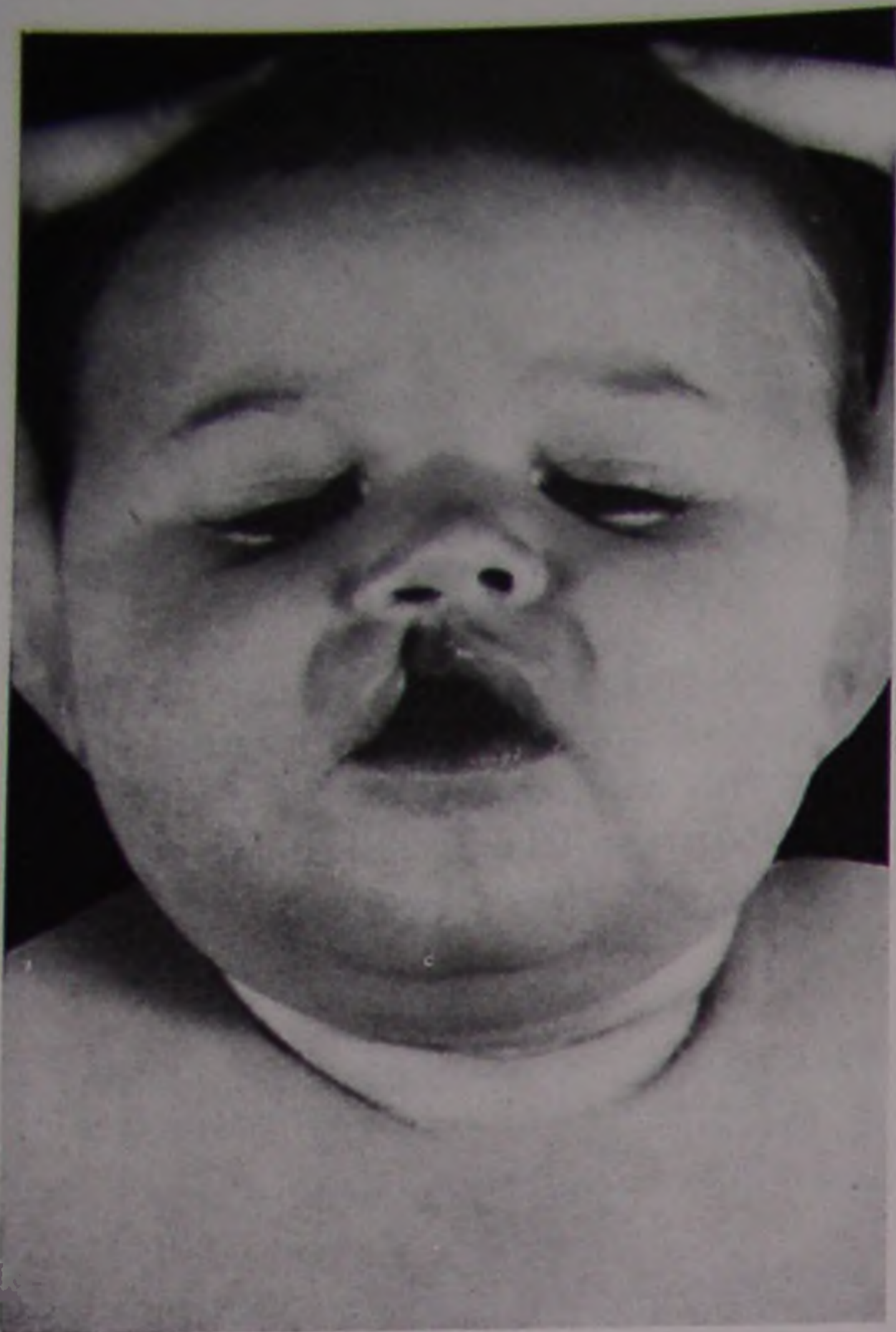
надкостничных лоскутов на носовой поверхности неба. — 6. Тупой крючок для оттягивания небной артерии. — 7. Зонды Дешана: большой, загнутый в плоскости, и малый с боковым изгибом. — 8. Зажим Пеана с прикрепленным измерительным устройством для определения индекса неба. — 9. Игла Реввердена.

Р И С. 87.

Наркоз во время операции по поводу расщелины неба. Интубационная трубка введена с левой стороны; сверху ее прикрывает языковая лопатка расширителя Килнера. Анестезиолог, следящий за течением наркоза, должен занимать такое положение, чтобы не мешать ни оператору, ни ассистенту.



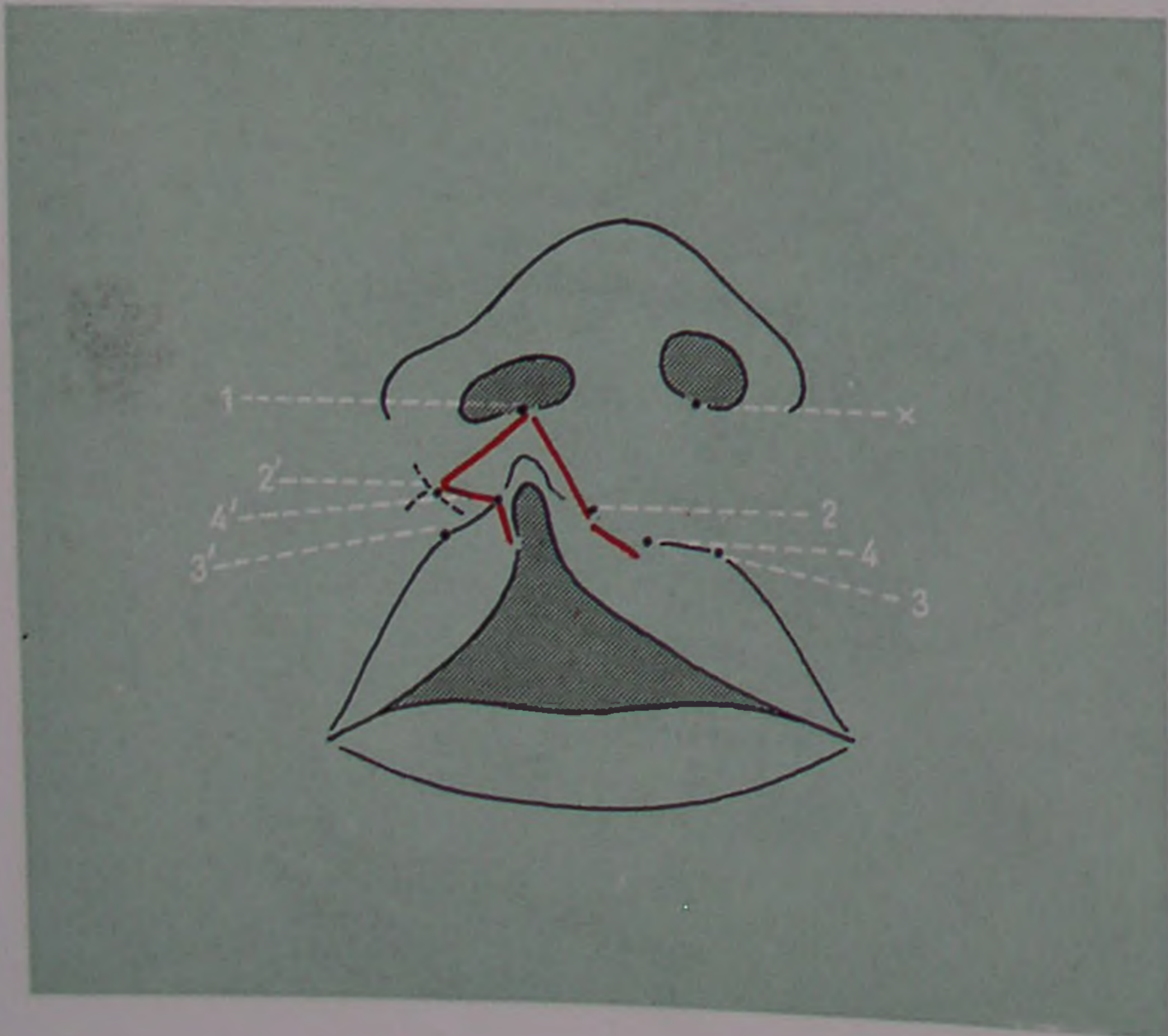
Р И С. 88.



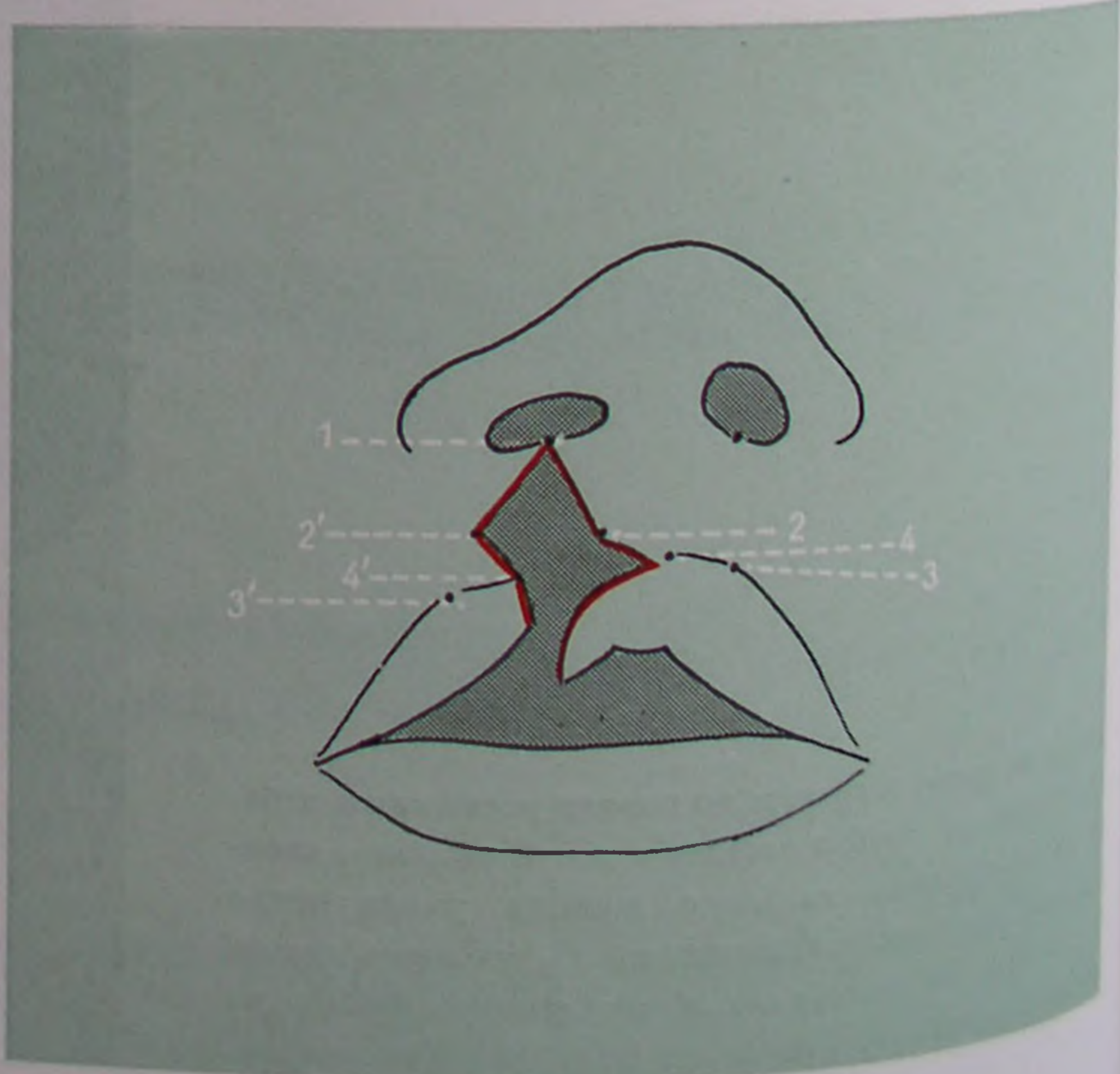
(1)

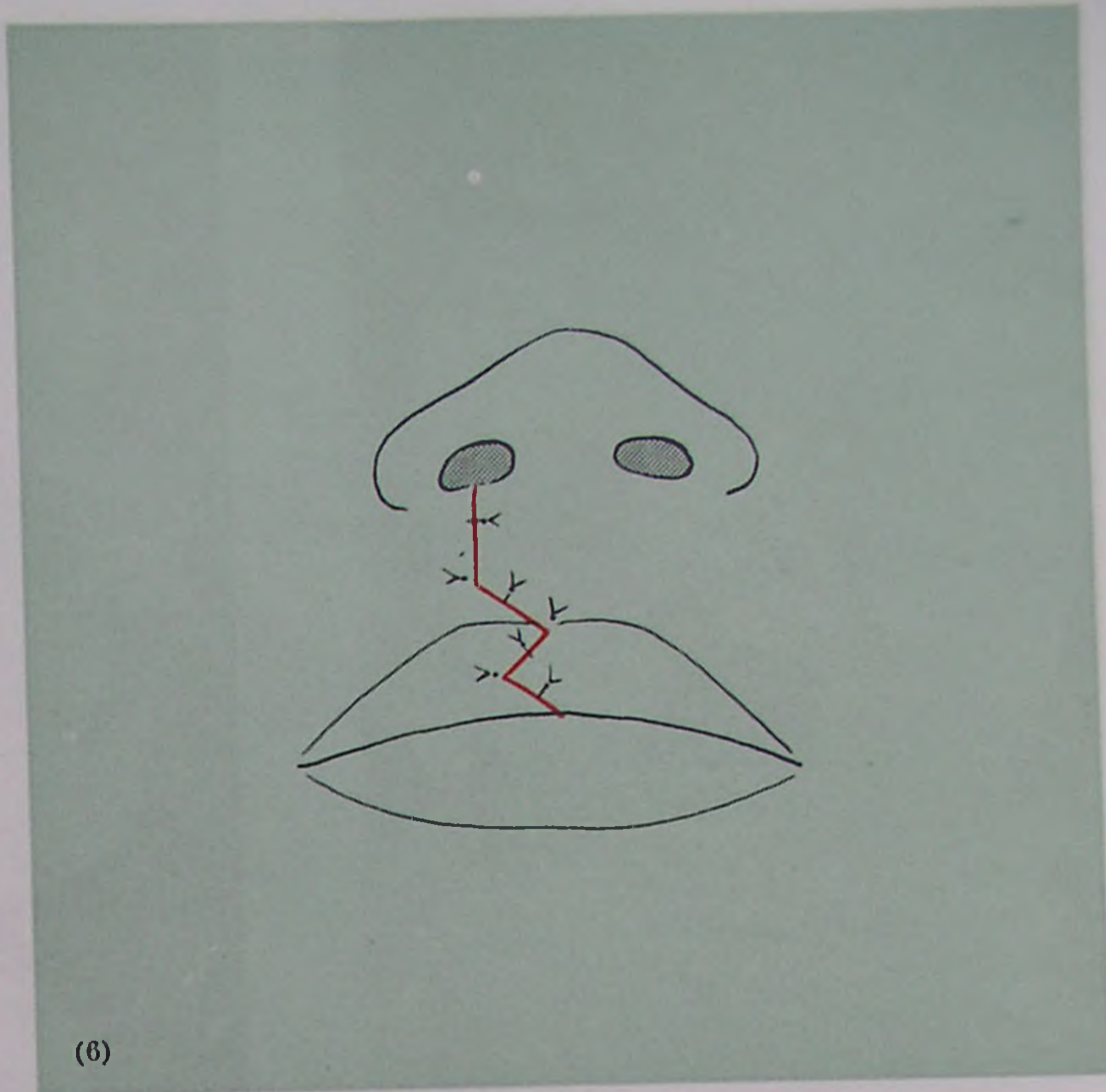
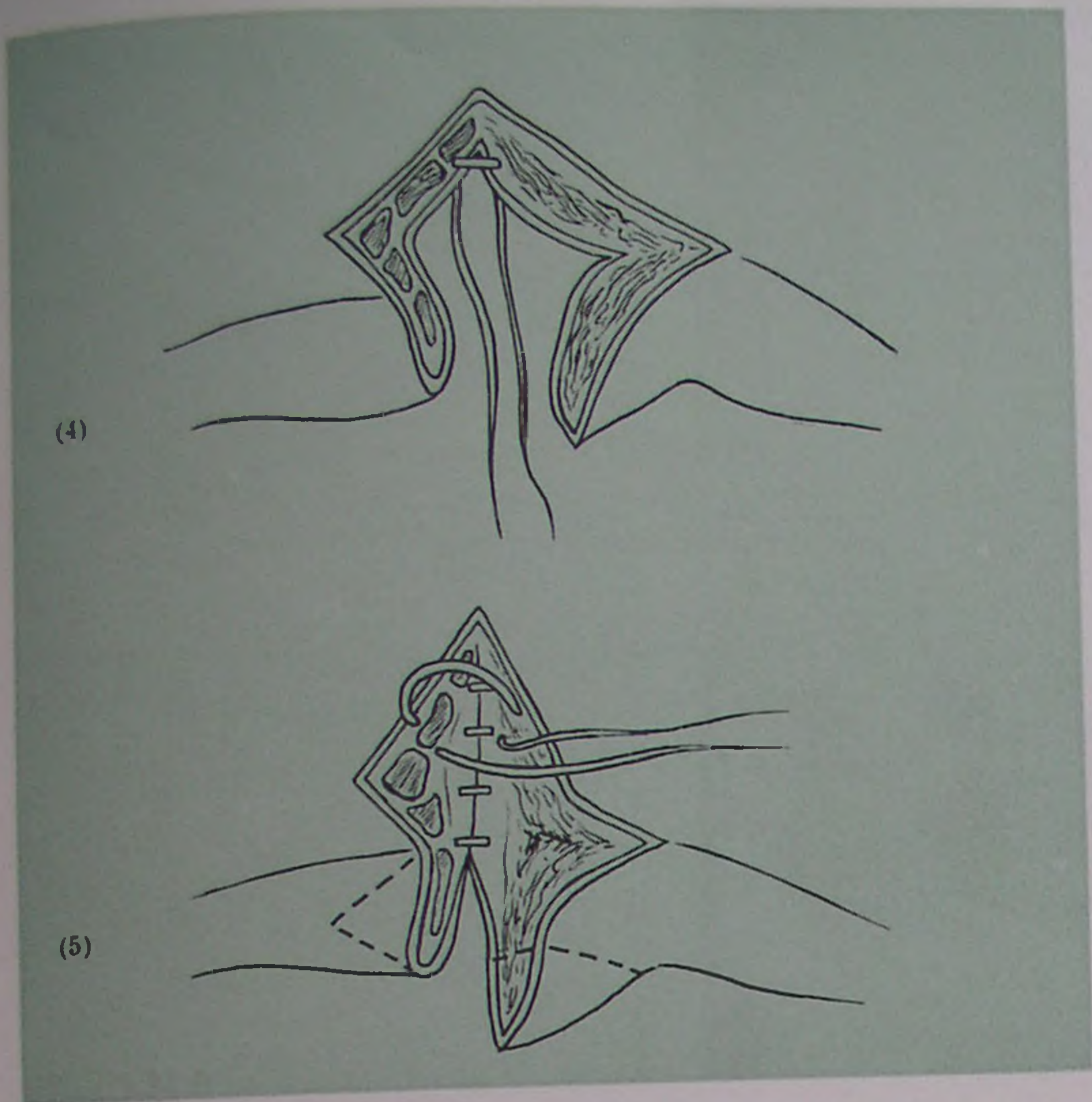
Правосторонняя неполная расщелина губы и неба. Девочка А. Ф., 5 лет, история болезни № 37 345. 1. Типичная деформация носа. Основание носовой перегородки смещено влево, правая половина носа приплюснута, основание крыла носа смещено влево и в глубь, правая ноздря расположена почти в поперечном направлении. — 2. Расчет и схематическое изображение разреза по методу Во, дополненного выкраиванием треугольного лоскута на наружной поверхности губы, предложенным Блэром-Брауном-Мак Довеллом (Blair-Brown, Mc Dowell) в целях реконструкции филтрума. X — точка в месте соприкосновения основания крыла носа с основанием носовой перегородки на здоровой стороне. С — точка, обозначающая левую вершину «лука Купидона» на границе красной каймы и кожи здоровой стороны. А — точка, указывающая место отхождения кожной части носовой перегородки от порога ноздри на стороне расщелины; соответствует положению точки X. В — точка, обозначающая правую вершину «лука Купидона» у края щели. D — середина «лука Купидона». С₁ — точка, расположенная в конце границы кожи и красной каймы у наружного края расщелины. Разница в длине отрезков X-C и A-B являются расстоянием, на которое надо будет удлинить филтрум на стороне расщелины. Отмерив расстояние A-B, опишем при помощи циркуля, помещенного в точке А, круг на коже наружной поверхности губы. Затем циркулем отмерим разницу в длине обоих упомянутых отрезков и из точки С₁ опишем второй круг. Точка, где происходит пересечение обоих кругов, обозначена В₁. Из точки С₁ по линии, являющейся границей между кожей и слизистой оболочкой, наносит расстояние, равное половине длины «лука Купидона», и, таким образом, определяют

(2)

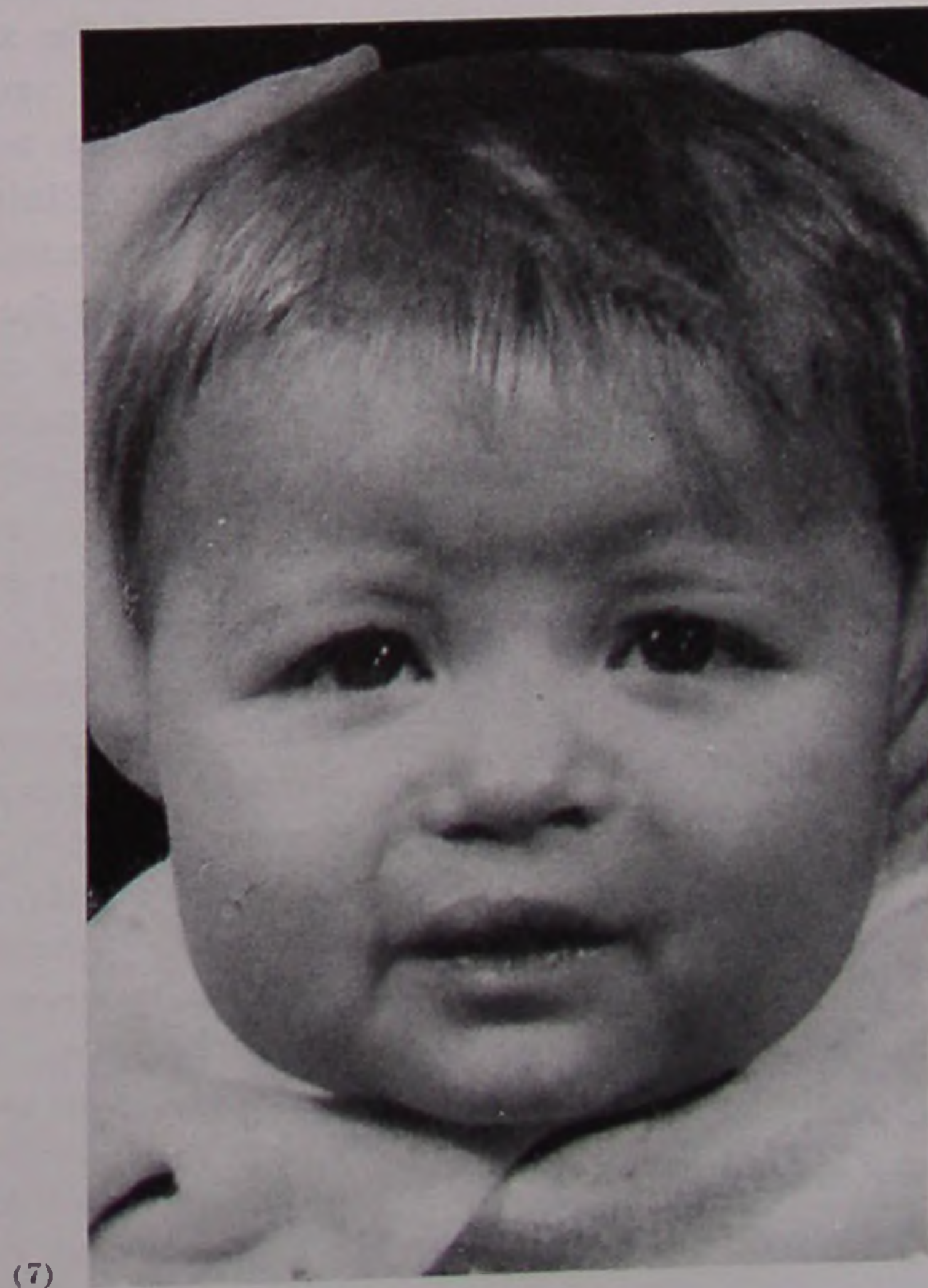


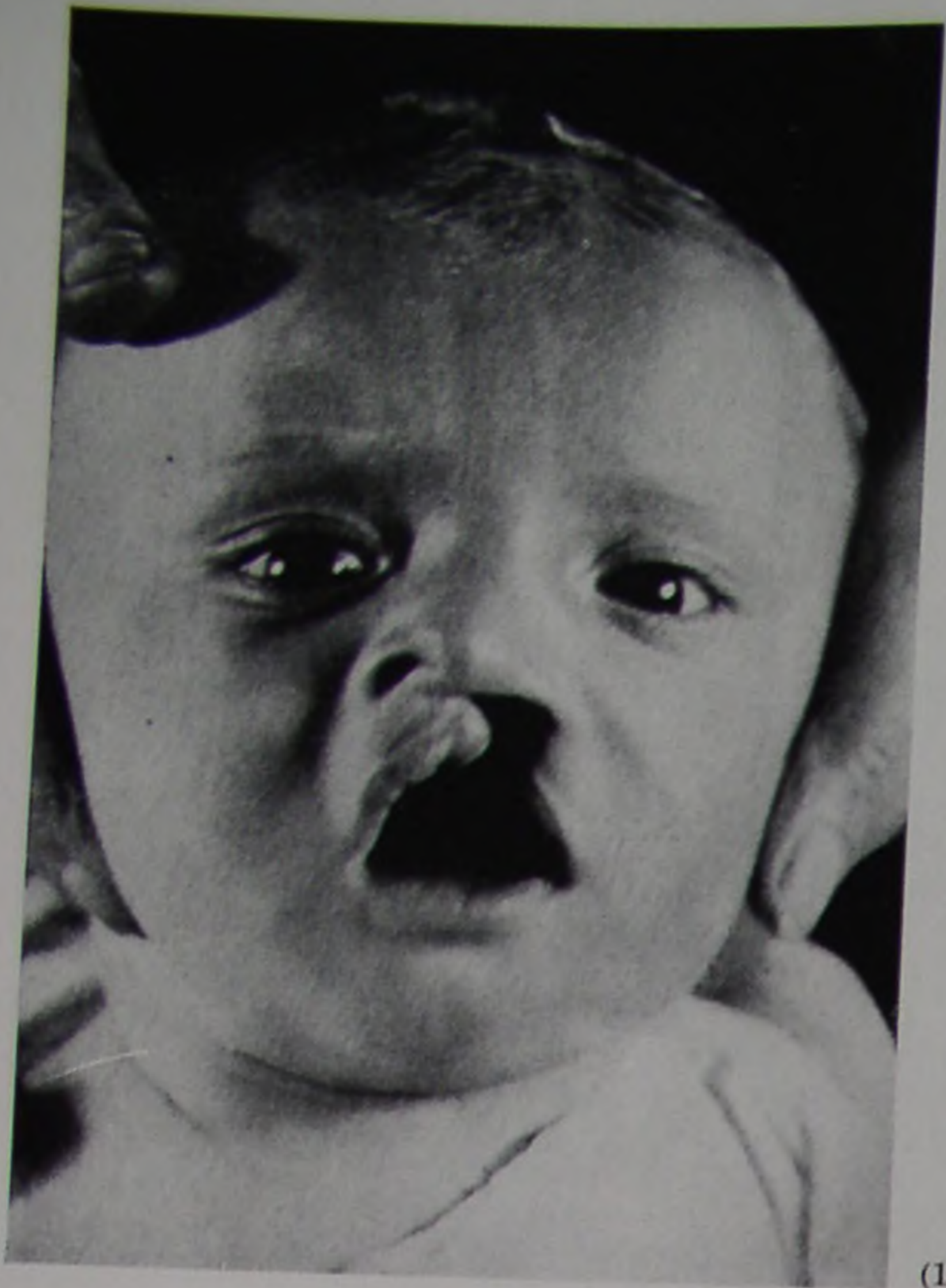
(3)





размеры дополнительного треугольного лоскута. На схеме указано направление разрезов. — 3. По схеме производят разрезы на наружной поверхности во всю толщю губы. На внутренней поверхности разрез ведут из точки А в точку В вдоль края слизистой оболочки; скальпель рассекает кожу вплоть до надкостницы межчелюстной кости. Выкраенную часть удаляют, после чего рассекают край расщепленной половины «лука Купидона» по линии В-Д. Губу рассекают во всю толщю; это помогает получить место для пересадки дополнительного лоскута на наружную поверхность губы. Производят с обеих сторон отсепаровку слоев губы. На внутренней поверхности отслойку производят вплоть до достижения уплотненной ткани в средней части филтрума, на наружной стороне выкраивают сплошной мышечный слой. — 4. На слизистую оболочку накладывают кетгутовые швы, которые завязывают со стороны преддверия рта. — 5. На мышцу тоже накладывают швы кетгутовыми нитями. Узлы завязывают таким образом, чтобы они были расположены по линии, являющейся границей между мышцей и слизистой оболочкой. — 6. Сшивание наружной стороны начинают наложением шва точно по границе. Игла D₁ подводит нить к точке D, являющейся центром «лука Купидона». Из края красной каймы губы выкраивают треугольные лоскуты, которым в средней части губы придают такое положение, чтобы в этом месте образовалось возвышение. — 7. Больная через 5 месяцев после операции.





(1)



(2)

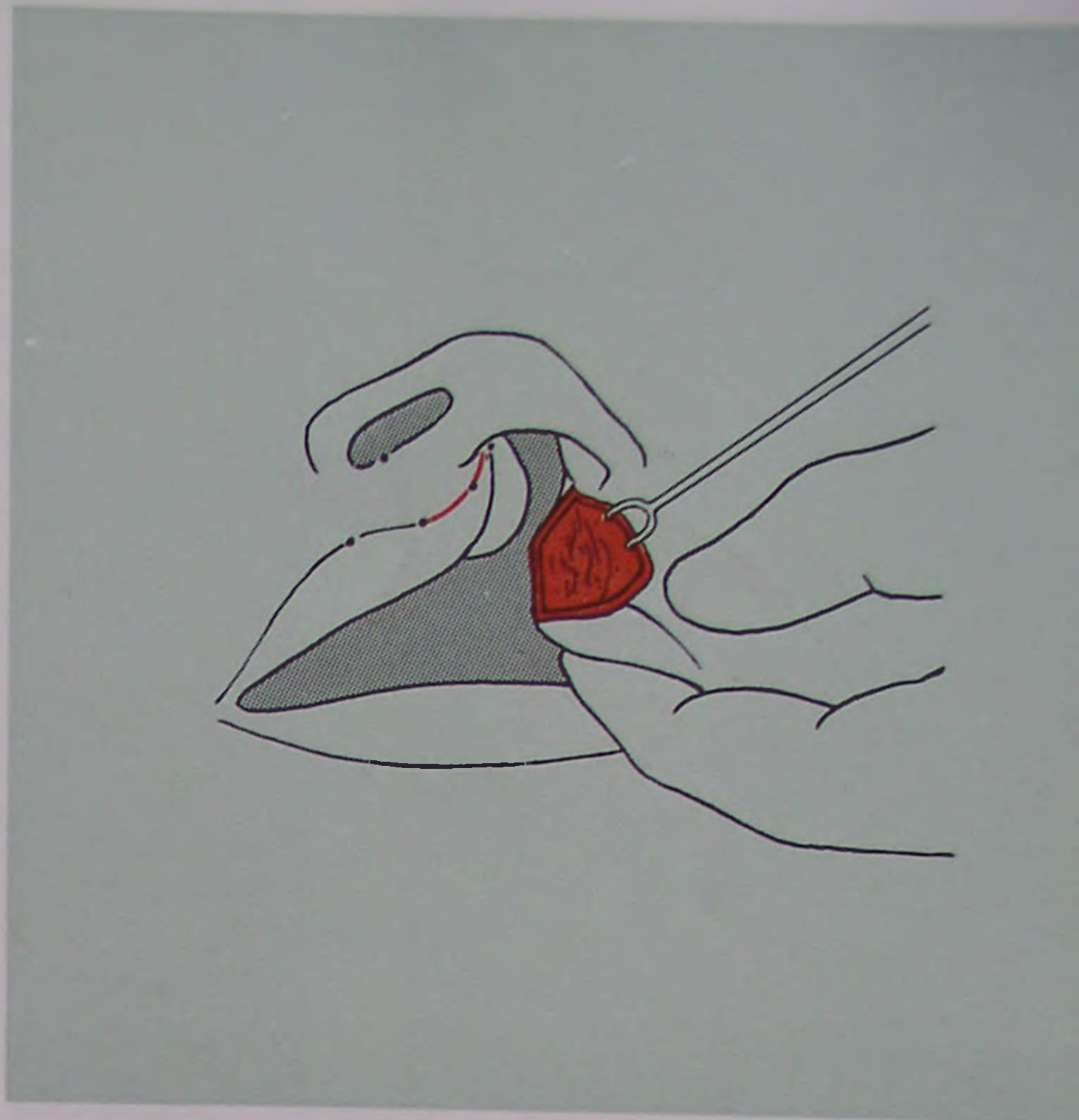
РИС

Общая левосторонняя расщелина. Больной З. Ч., 5½ месяцев, история болезни № 2732. 1. Очень тяжелая форма расщелины. Значительная гиперплазия скелета и мягких частей обеих половин расщелины. — 2. Межчелюстная кость значительно выступает вперед и в сторону здоровой половины. Левое крыло носа отрезано книзу, левый край носовой перегородки укорочен. Методика хирургического вмешательства. Операция по поводу расщелины губы произведена по методу Блэр-Брауна (Blair-Brown), передняя часть неба оперирована по Во с применением интерпозиции лоскута слизистой оболочки, выкроенной из губы. — 3. Разметка. X — точка в области порога ноздри у места отхождения крыла носа, С — высшая точка «лука Купидона» на здоровой стороне, А — место отхождения кожной части носовой перегородки от края межчелюстной кости, А₁ — точка в месте отхождения крыла носа от полюса челюсти. Из точки А опишем окружность, величина радиуса которой равна расстоянию А-В, т. е. высоте медиального края филтрума в области расщелины, С₁ — точка, в области которой на стороне расщелины теряется граница верхней губы, D — точка, обозначающая середину нижнего края филтрума. Разница между расстояниями X-С и А-В является разницей между высотой краев филтрума. Из точки А₁ опишем окружность, радиус которой равен расстоянию А-В, а из точки С₁ вторую окружность с радиусом, равным разнице в длине здоровой и расщепленной стороны филтрума. Оба круга пересекаются в точке В₁. От точки С₁ отмерим расстояние, равное половине длины «дуги Купидона», по ходу границы между кожей и красной каймой по направлению к ноздре. Эта точка обозначена буквой D₁. Лоскут В₁ D₁ С₁ служит для дополнения

филтрума на стороне, пораженной расщелиной. — 4. На наружной стороне выкраивают лоскут А₁ В₁ D₁. Следует отпрепарировать таким образом, чтобы был хорошо рован мышечный слой. — 5. Крыло носа отсекают вдоль него края ноздри с таким расчетом, чтобы его можно было затруднений сместить к основанию кожной части носовой перегородки. Губу отсекают от челюсти таким образом, что у остается только полоска слизистой оболочки. Губу и часть отпрепаровывают от челюсти экстрапериостально, с внутренней стороны края ноздри отслаивают слизисто-надкостничный лоскут. Руководствуясь наброском, на внутренней стороне срезают филтрума к точке В, где производят рассечение края «лука Купидона», доходящее до точки D. Лоскут слизистой на стороне межчелюстной кости и остающийся край филтрума используют для закрытия передней поверхности межчелюстной кости. Губу отсекают так же, как и на наружной стороне, но только по вертикальной границе крыла носа. Уздечку, которая бывает слишком широкой, иссекают в форме клина с основанием на слизистой оболочке губы, а дефект после этого иссечения зашивают, в результате чего увеличивается слизистый покров межчелюстной кости. Основание кожной части носовой перегородки отпрепаровывают от носовой ости таким образом, чтобы его можно было сместить дальше к средней линии лица. Если носовая ость бывает слишком высокой, то ее следует удалить. — 6. Отдельные слои филтрума и кожей крыла носа. Расслойку производят в границах между хрящом и кожей крыла носа. Расслойку производят в границах между хрящом и распространяют за пределы его верхнего края, равно как и на здоровую сторону хряща. — 7. Операция на переднем

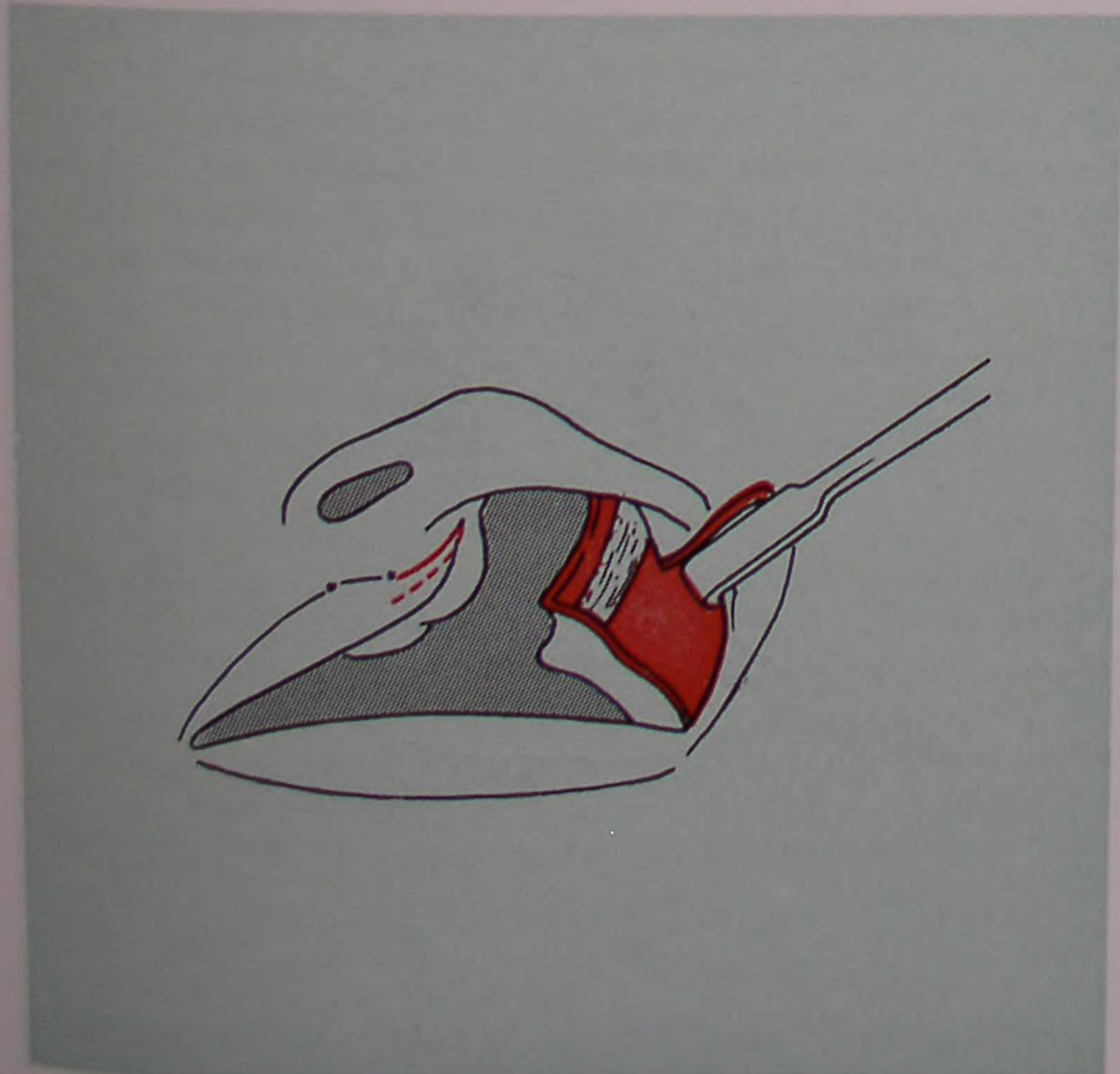


(3)

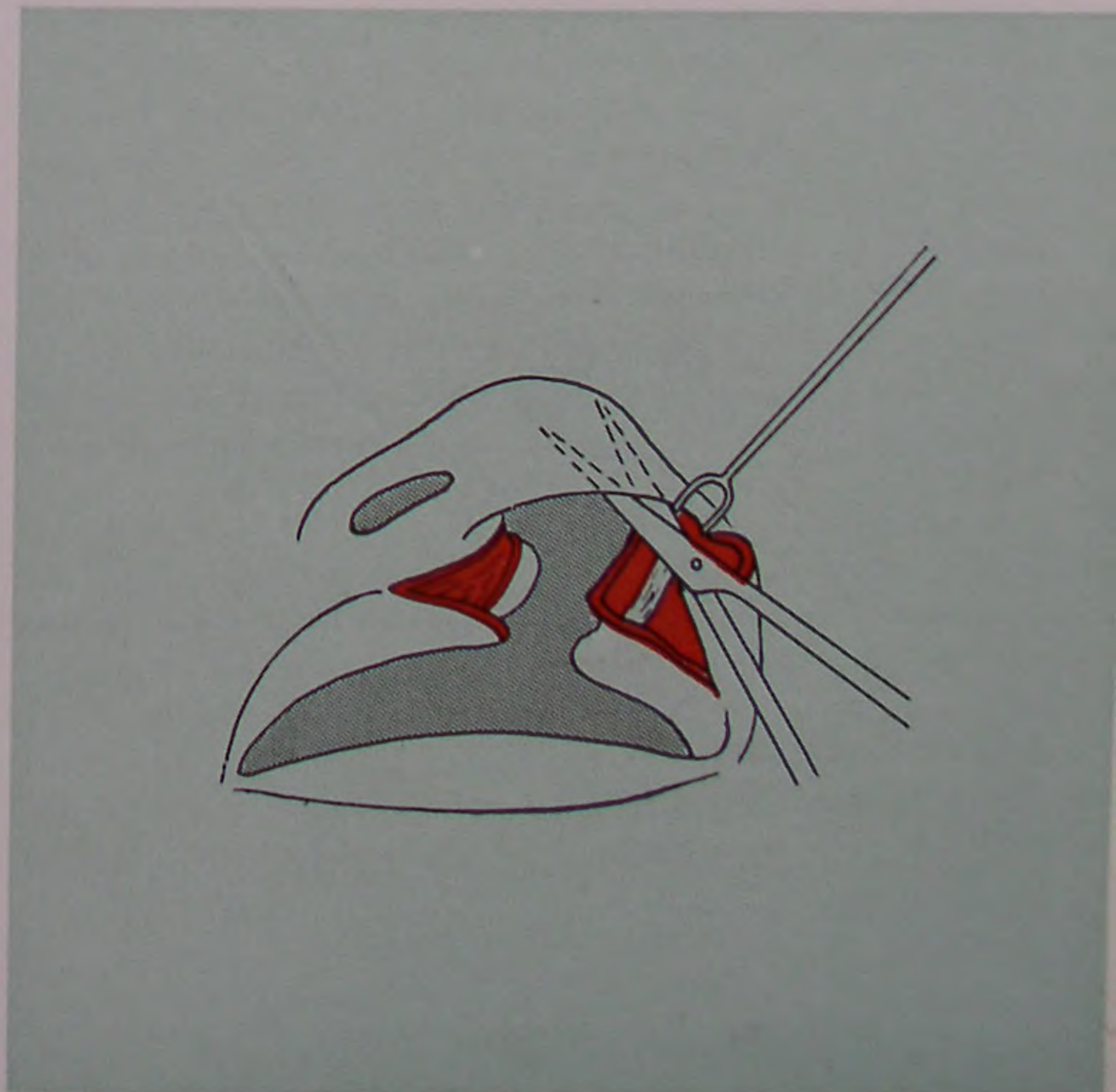


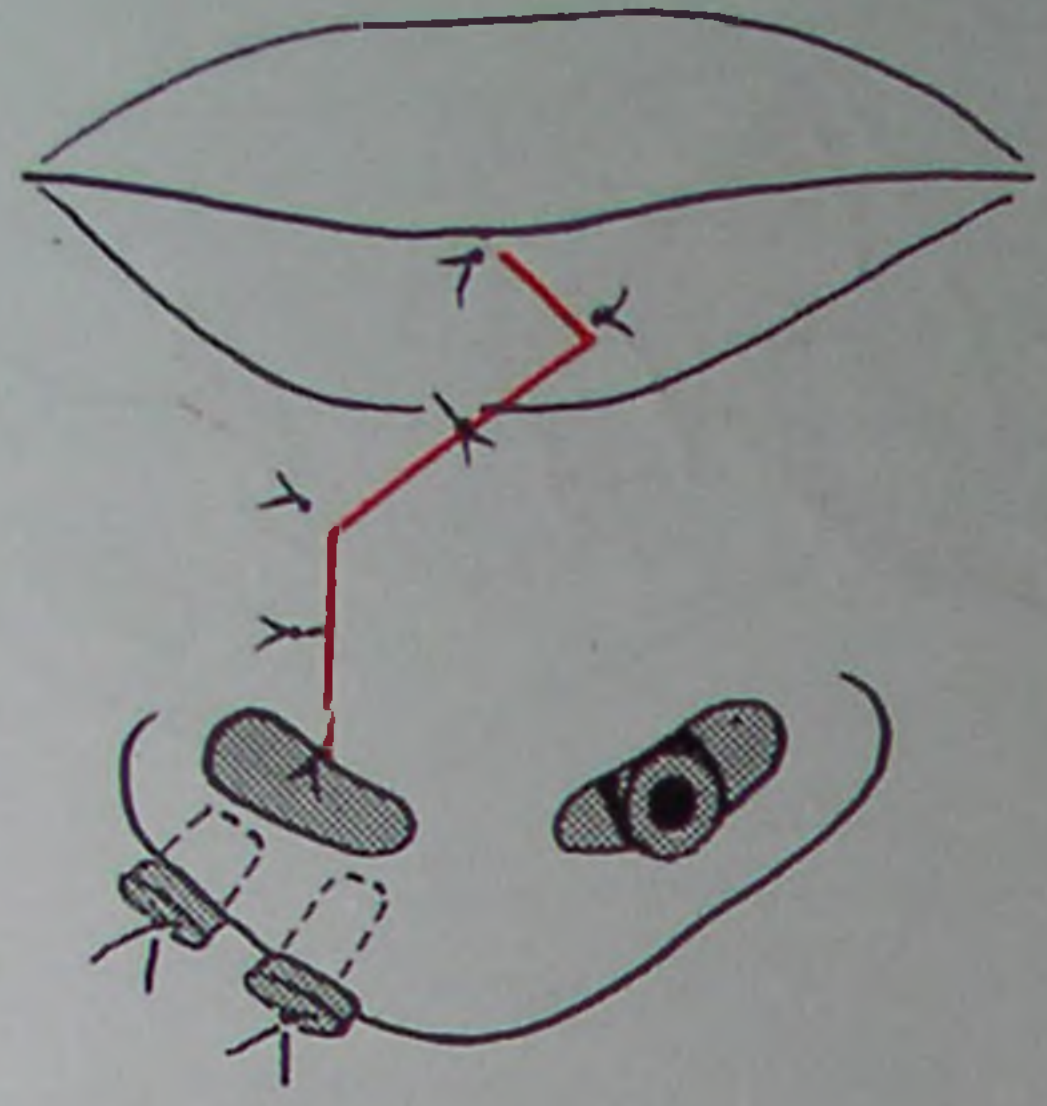
(4)

(5)

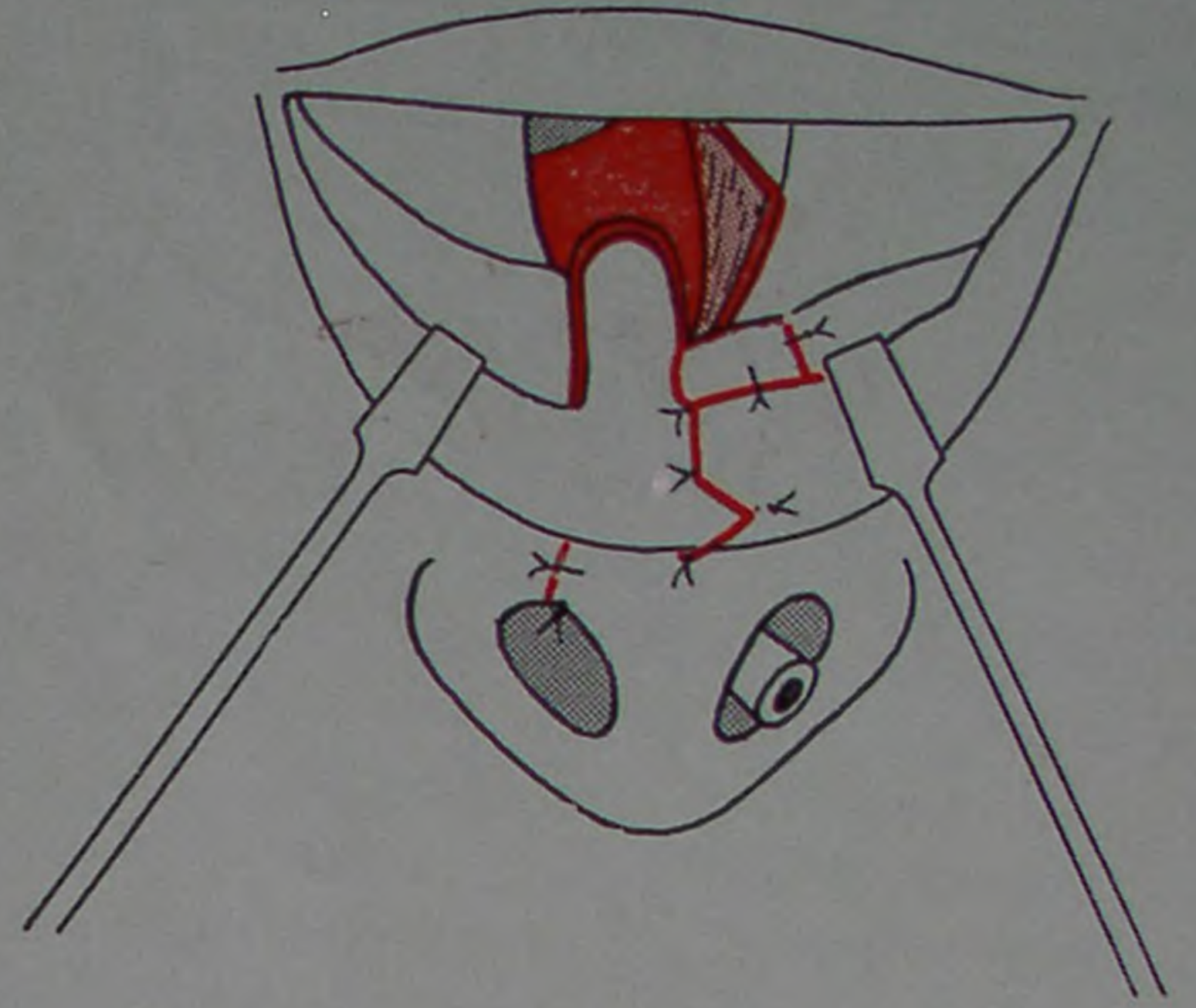


(6)

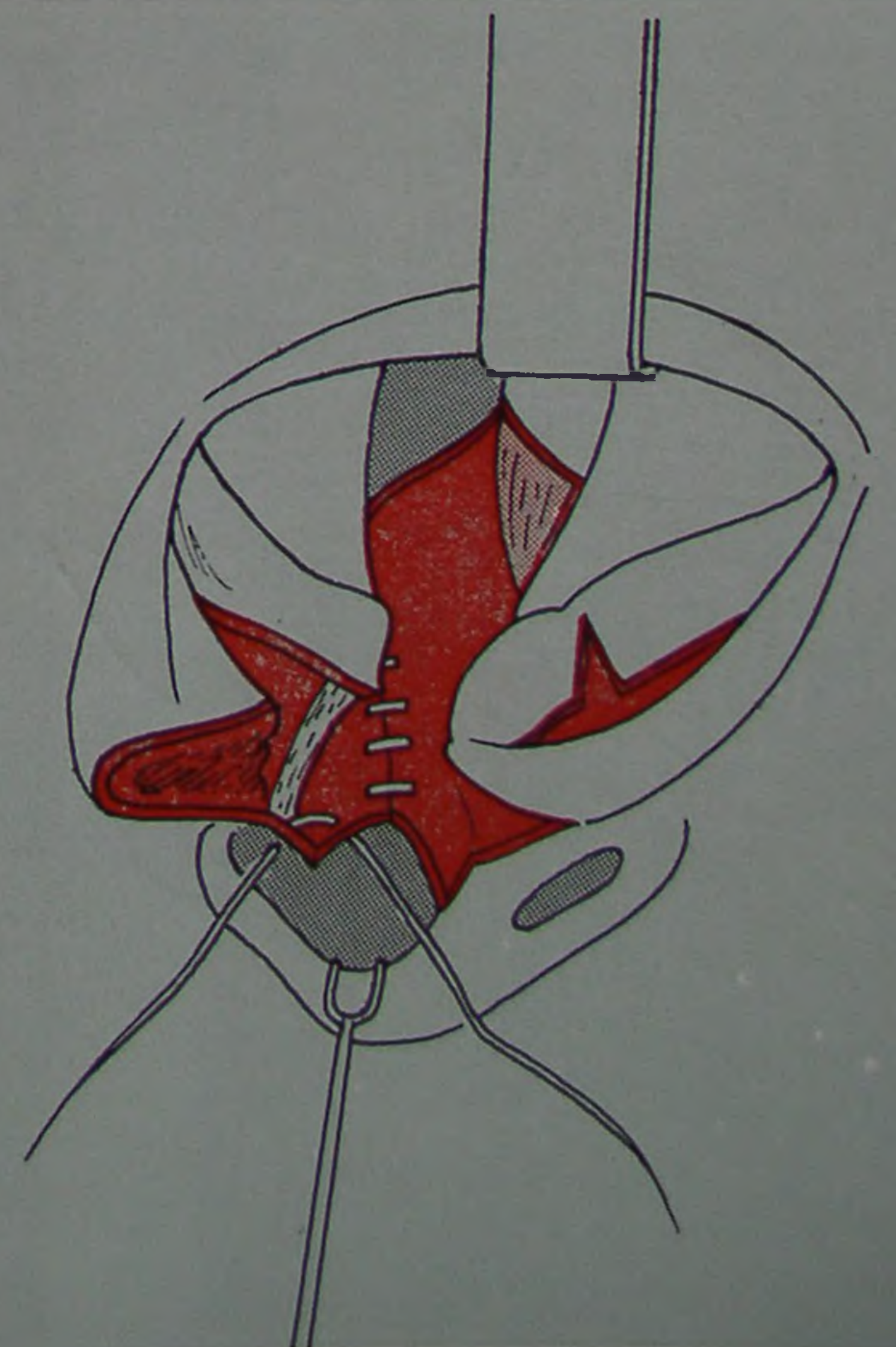
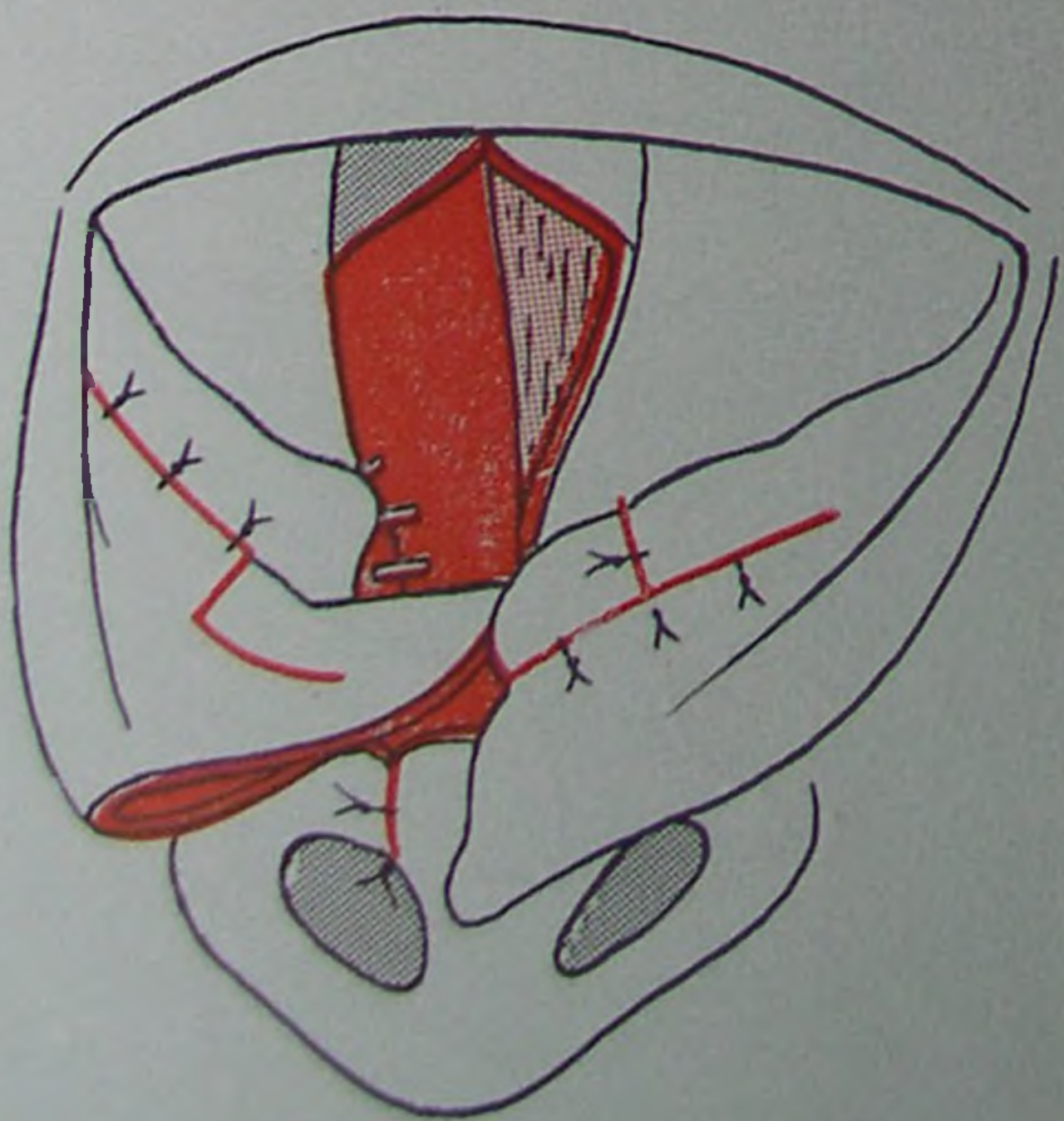




(10)



(8)

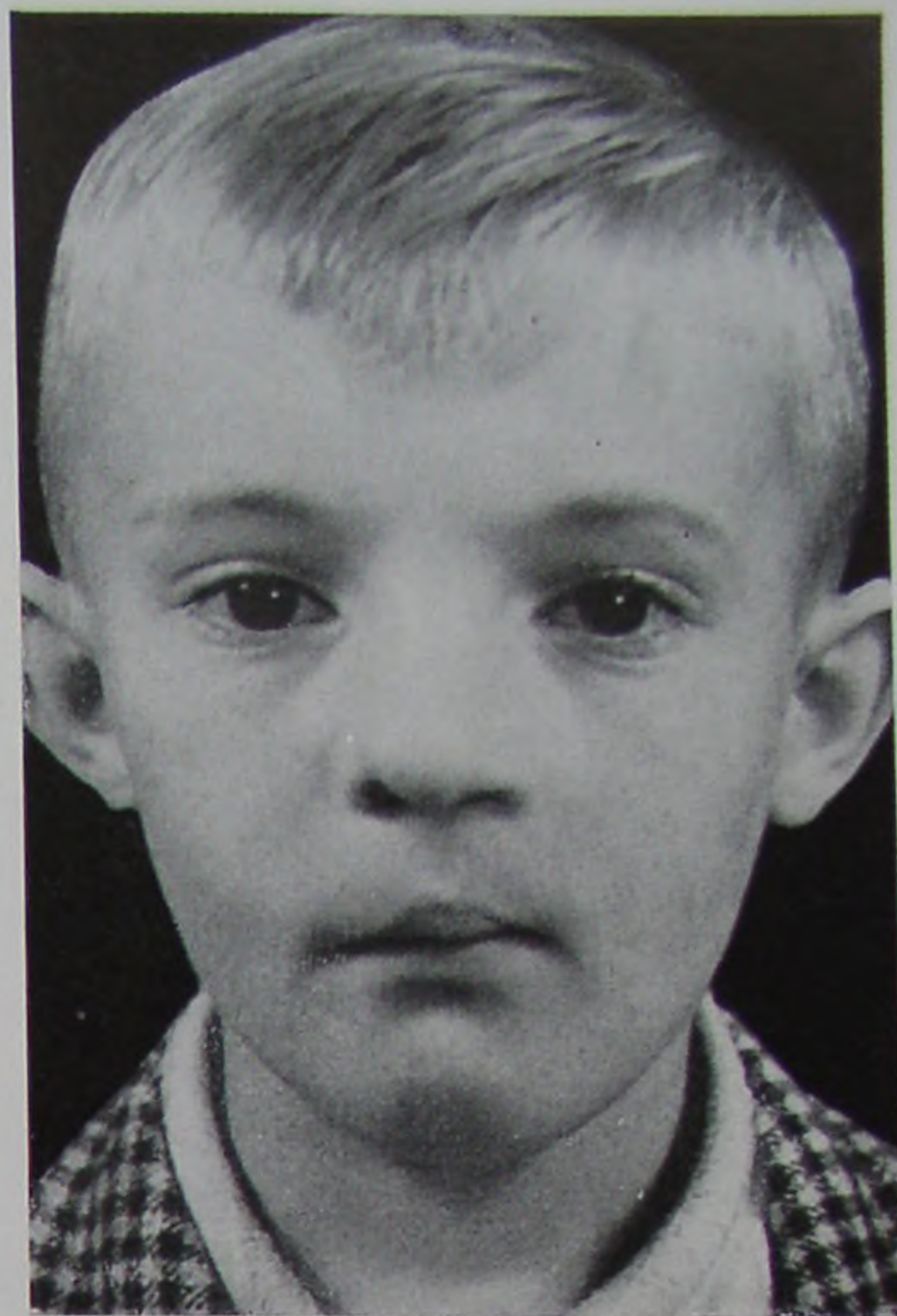




(11)



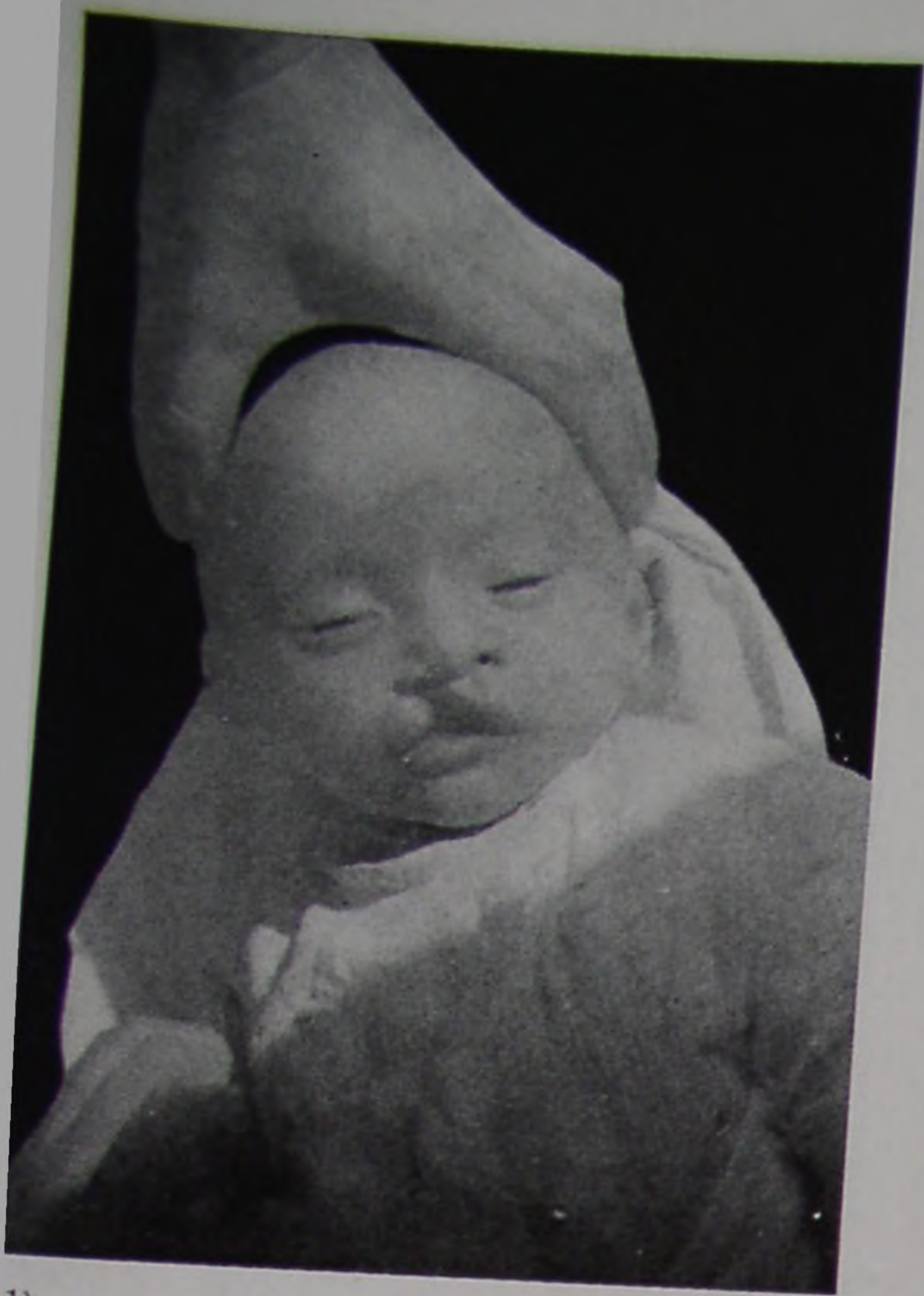
(12)



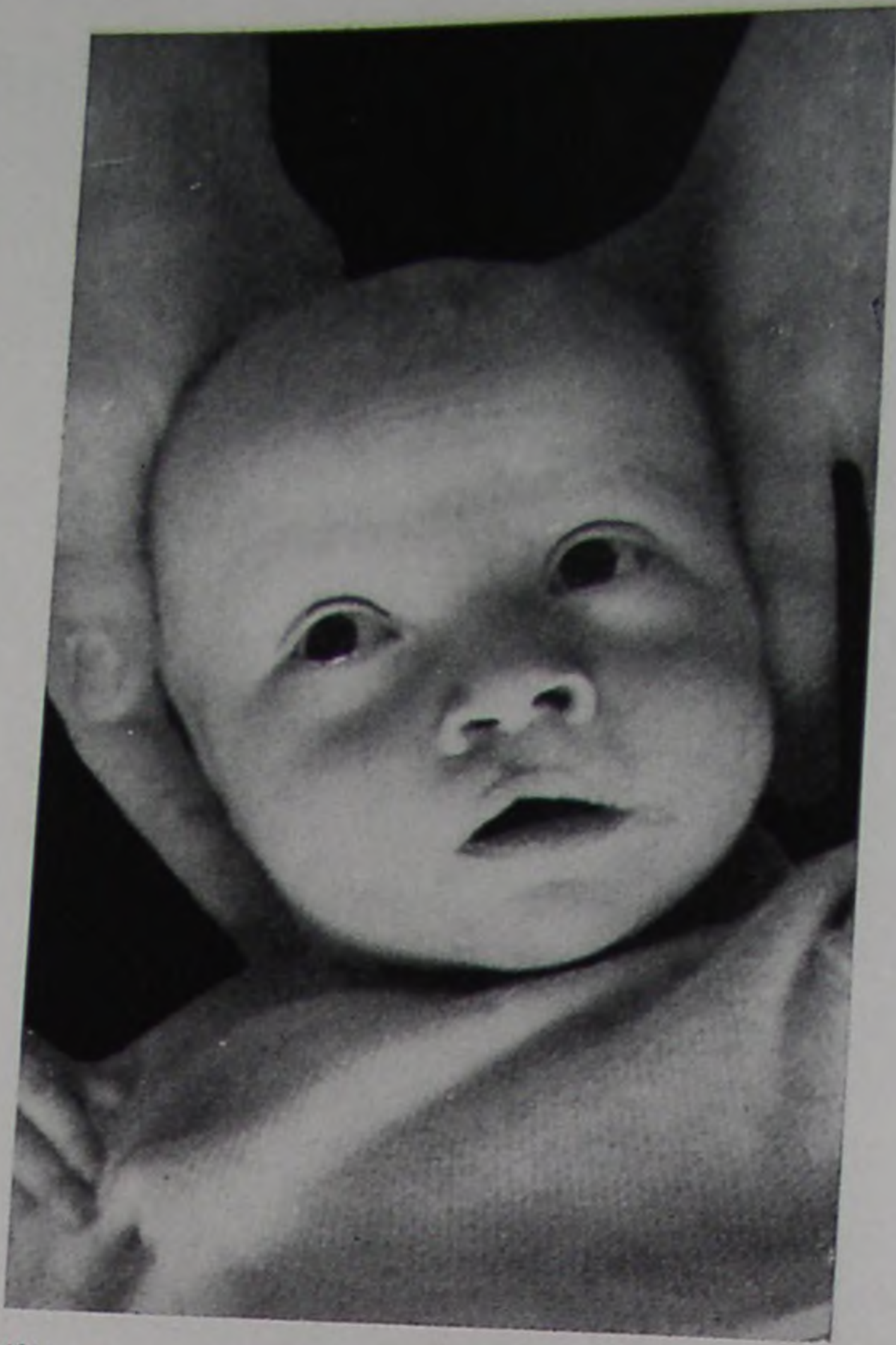
(13)

части неба. На передней половине сошника выкраивают слизисто-надкостничный лоскут вдоль бледно-розового слизисто-надкостничного слоя небной пластинки в границах ее передней трети. Затем разрез ведут по сошнику по направлению кверху и кзади. На наружной стороне рассекают надвое край небной пластинки между слизисто-надкостничным слоем в носовой и ротовой полостях. Край слизисто-надкостничного лоскута отслаивают в виде полоски шириной 3 мм, под которую подшивают матрацными швами край слизисто-надкостничного лоскута, выкроенного на сошнике. Затем производят отслойку слизисто-надкостничного лоскута от шейки межчелюстной кости кпереди до носовой перегородки. На наружной стороне выкраивают слизисто-надкостничный лоскут у верхнего края полюса челюсти и отслаивают до места отхождения лобного отростка челюсти, на котором слизисто-надкостничный слой уже отсепарован. Края этих слизисто-надкостничных лоскутов сшивают матрацными швами; узлы затягивают со стороны носовой полости. — 8. У верхнего края слизистой оболочки наружной поверхности губы выкраивают небольшой лоскут, ширина которого не превышает одной трети высоты слизистой поверхности губы, а длина равна 1,5–2 см. Основание ножки этого лоскута расположено у внутреннего верхнего угла. На стороне расщелины, начиная от наружного конца разреза, в медиальном направлении губу подшивают к слизистой оболочке десны, при этом она в значительной степени смещается кнутри. — 9. Таким же способом пришивают губу и с медиальной стороны. Перед окончанием сшивания заблаговременно выкроенный из губы лоскут слизистой оболочки укладывают между полюсов расщелины на раневую поверхность восстановленного дна носового хода и фиксируют к нему при помощи двух матрацных швов. Мышечный слой наружной стороны пришивают кетгу-

товыми швами к уплотненному соединительнотканному слою средней части фильтрума. Узлы затягивают между мышечным слоем и слизистой оболочкой. Если края раны сближены со значительным натяжением, то на мышечный слой с наружной стороны накладывают широко захватывающий края раны матрацный шов, концы которого выводят в ноздрю здоровой стороны у основания носовой перегородки и завязывают к концу операции на дренажной трубке. — 10. На следующем этапе операции накладывают шов на границе красной каймы и кожи, как было описано выше. Затем шов переходит на слизистую оболочку губы, которую сшивают кетгутовыми швами. Вслед за этим производят сшивание кожи с кожным порогом ноздри, причем обычно бывает необходимо произвести небольшой надрез у внутреннего края носовой перегородки для подшивания лоскута с крыла носа. На последнем этапе операции отсепарованные слои крыла носа фиксируют при помощи матрацных швов, наложенных с внутренней стороны и выведенных на поверхность кожи кончика носа, где их завязывают на небольших марлевых турундах или пуговицах. Вколы иглы при наложении швов производят на 2–3 мм выше края ноздри и выводят по бокам кончика носа. — 11. Непосредственный послеоперационный результат оказался очень хорошим. (Операция произведена Павлой Нежаровой.) — 12. В возрасте 7 лет, через два года после операции по поводу расщелины неба (ретропозиции и фарингофиксации), результаты как на губе, так и ноздре остаются весьма удовлетворительными. — 13. Соотношение обеих губ соответствует норме, а обе дуги челюстей расположены правильно. Мальчик все время находился под систематическим контролем стоматолога и логопеда, который с ним проводил занятия по восстановлению речи. Речь ребенка безукоризненна.



1)



(2)



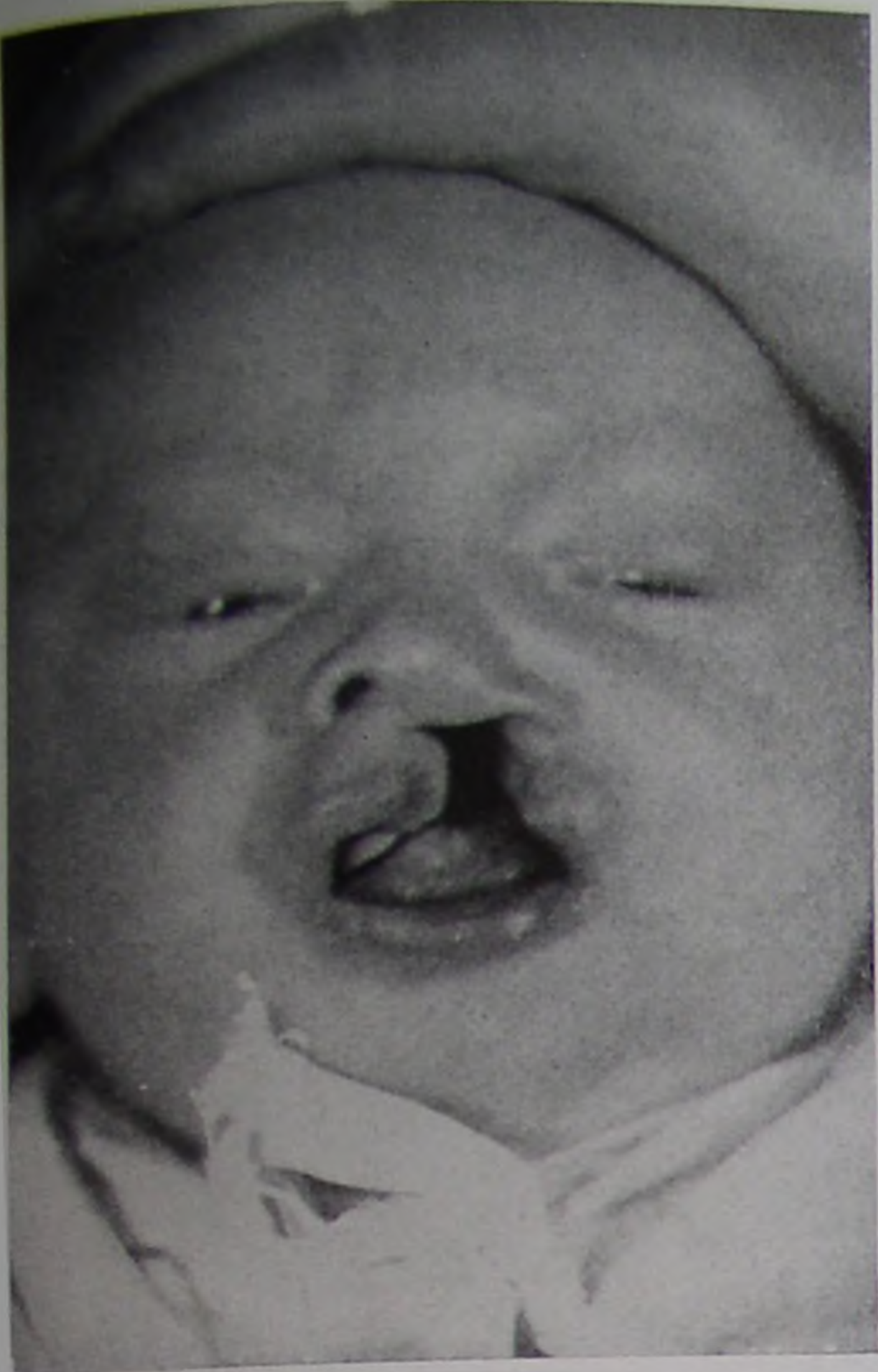
(3)

4)



Р И С. 90.

Общая расщелина губы и неба средней тяжести. Больная З. Г. 3 месяцев, история болезни № 18 430. 1. Общая правосторонняя расщелина с типичной деформацией носа. В 1929 году была произведена операция вышерассмотренным способом, но без интерпозиции лоскута красной каймы между полюсов расщелины. — 2. Что касается формы носа, то непосредственный результат операции оказался удовлетворительным, форма губы после операции была, однако, далеко не безупречной. Операция по поводу расщелины неба была произведена в возрасте 2 лет по методу Во. В возрасте 20 лет стоматолог произвел коррекцию губы и остеотомию в целях исправления оси носа и уменьшения кривизны носа на здоровой стороне. — 3. В возрасте 23 лет губа и нос находятся в удовлетворительном состоянии, прикус, однако, остается прямым. — 4. Красная кайма нижней губы выступает вперед. Относительная прогения. Речь у больной безукоризненная. Результат является примером дефинитивной деформации легкой степени, обусловленной слишком ранними сроками операции и недостаточным стоматологическим уходом.



(1)



(2)

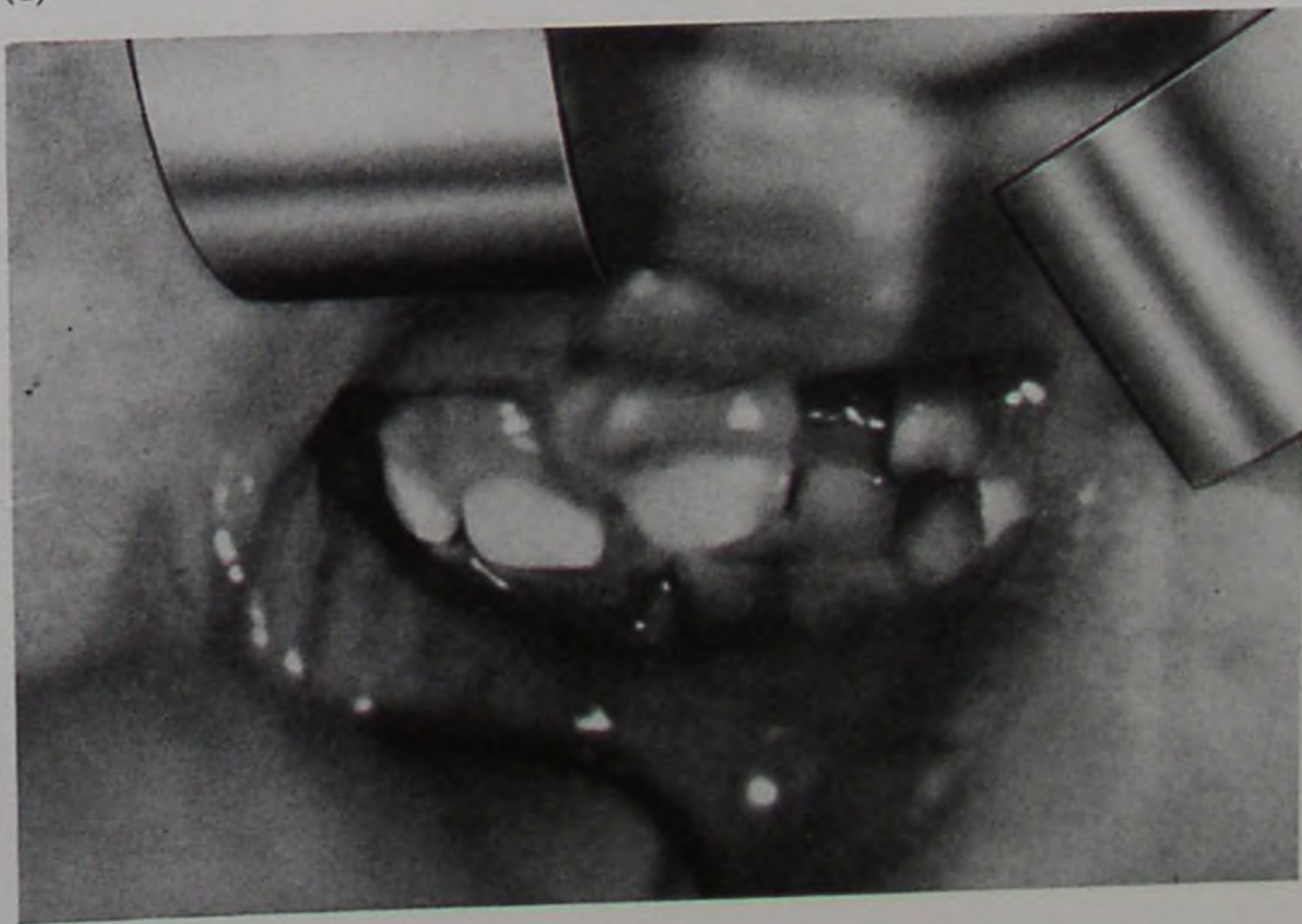


(3)

РИС. 91.

Тяжелая форма левосторонней общей расщелины. Больная М. В., 4 месяцев, история болезни No 21752. 1. Сильно выраженная гипоплазия и диастаз; выстояние межчелюстной кости, которая сильно выступает кпереди и вправо. Резкая деформация кончика носа, крыло носа растянута в горизонтальной плоскости, левый край кожной части носовой перегородки значительно укорочен. Наружная часть губы значительно сужена. Больная подверглась операции по методу Во (рис. 89). Была произведена операция на передней части неба, дополненная интерпозицией лоскута слизистой оболочки. При операции на губе применялся способ Бруна-Мак Довелла. — 2. Ребенок в возрасте 2½ лет. Конфигурация верхней губы и носа вполне удовлетворительная. На губе заметен след, оставшийся после первоначального уродства; левая половина уже соответствующей здоровой половины. — 3. Соотношение губ правильно. — 4. Прикус у больной тоже нормальный. На рисунке видно, что второй резец на межчелюстной кости не образовался, а на наружной стороне вырос предклык небольшого размера, находящийся в приподнятом и косом поло-

(4)





(5)



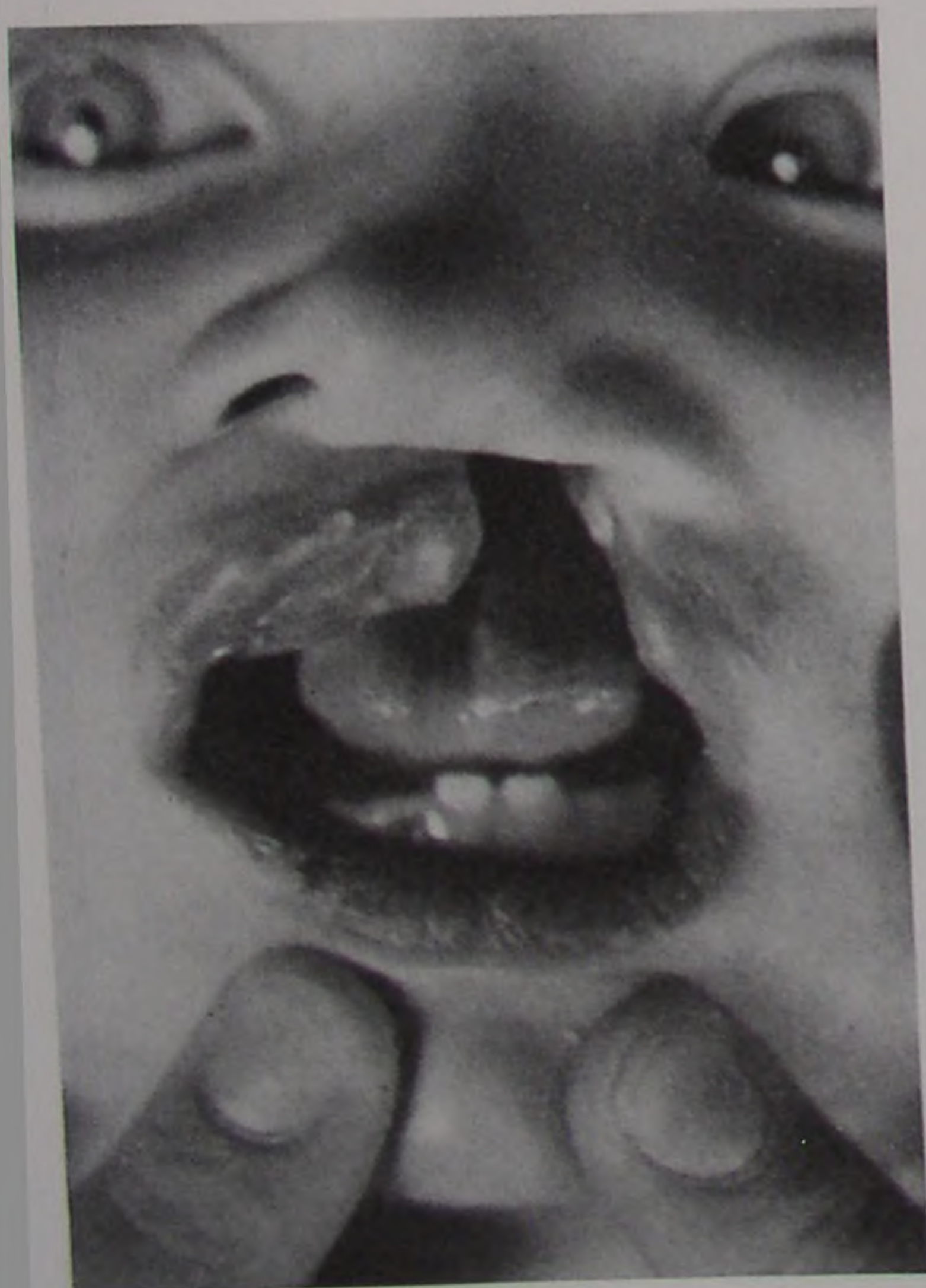
(6)

жени. — 5, 6, Больная в возрасте 9 лет, через 4 года после операции по поводу расщелины губы (ретропозиции и фарингофиксации). Левая граница филтума заметно укорочена. Основание бавочного лоскута было недостаточно широким. Сужение левой половины губы является последствием основного уродства. Рот больной безукоризненна.

Р И С. 92.

Очень тяжелая форма левосторонней общей расщелины. Больной Р. Д., 5 месяцев, история болезни № 20 389. 1. Значительная

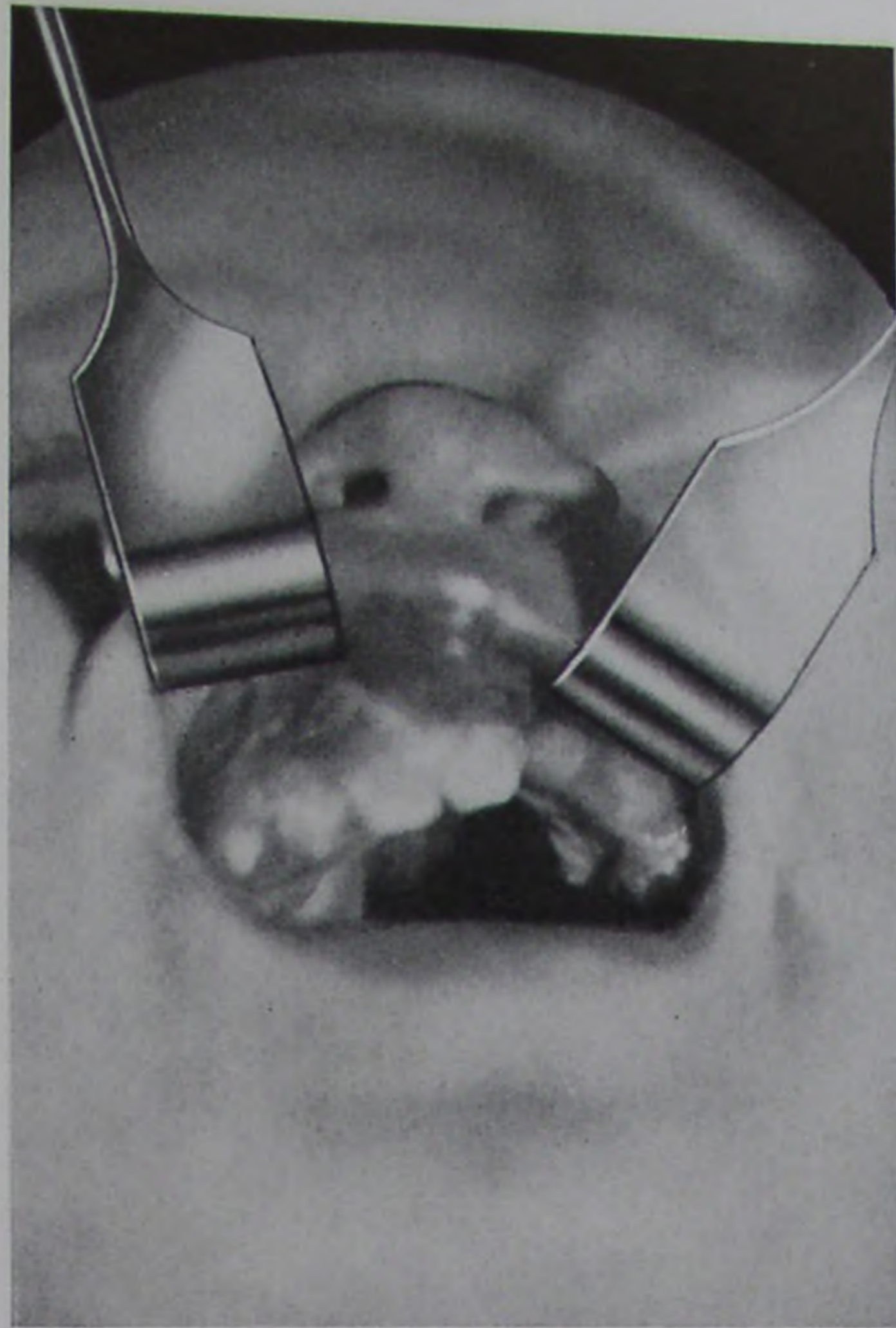
гипоплазия наружной части. Левая граница кожи и красной каймы укорочена примерно на 3 мм. На межчелюстной кости альвеола, предназначенная для второго резца, едва заметна. Резко выраженная деформация носа. В пятимесячном возрасте



(1)



(2)

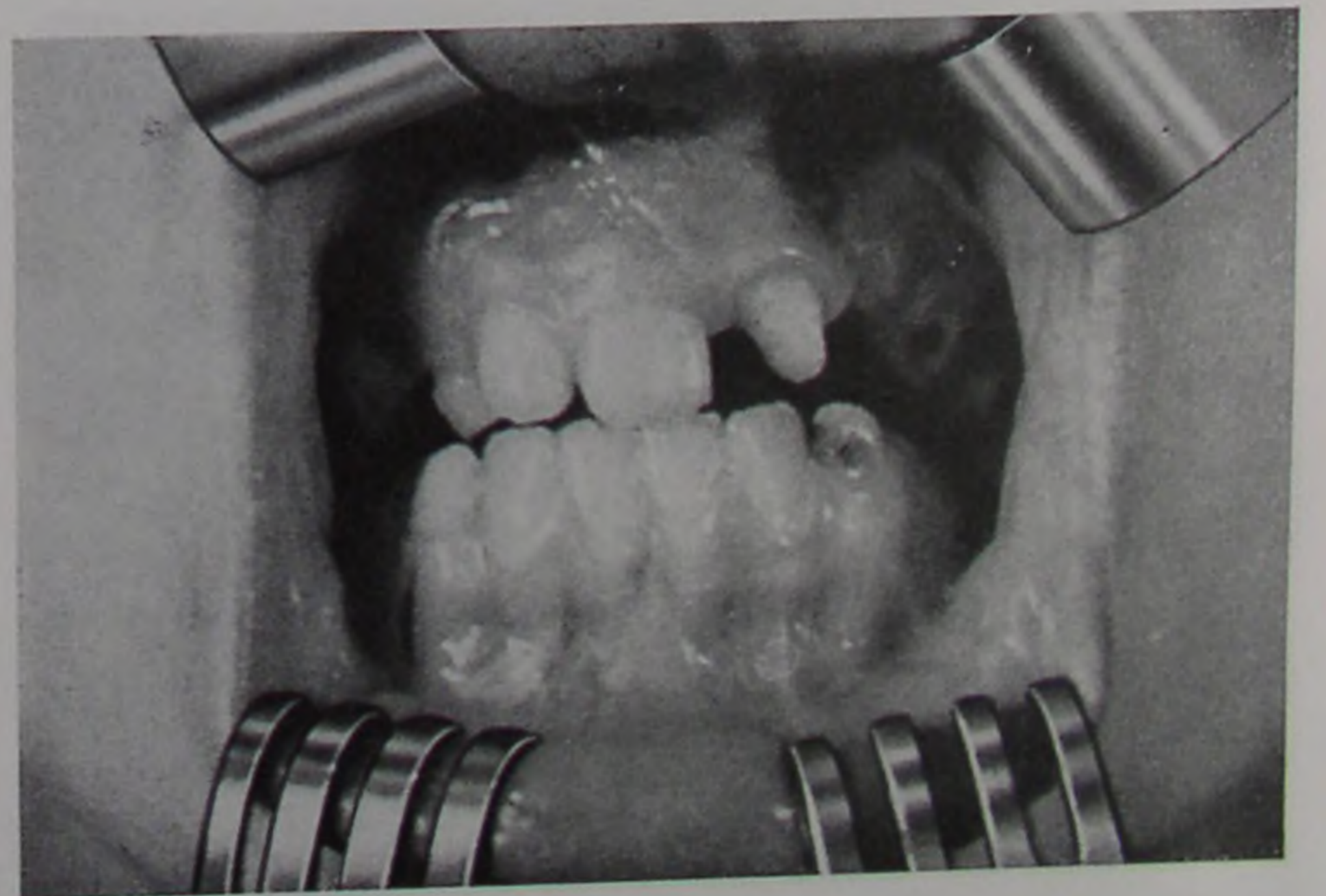


(3)



(4)

больной подвергся операции. И в этом случае была применена описанная выше операция в сочетании с интерпозицией. — 2. Что касается формы и конфигурации губы и носа, то непосредственный послеоперационный результат оказался удовлетворительным. — 3. В послеоперационном периоде больному оказывалась недостаточная стоматологическая помощь. Сказалось это в четырехлетнем возрасте, когда передний ряд резцов оказался сдавленным. Наблюдается и некоторое сжатие левой половины челюсти. — 4, 5. Коррекции не удалось добиться даже в возрасте 9 лет. У больного продолжает оставаться прямой прикус. В общем, однако, конфигурация носа и верхней губы удовлетворительна. Операция по поводу расщелины неба была произведена в возрасте 6 лет. Мать выполняла с ребенком тщательно все упражнения, так что вскоре после операции речь больного стала безукоризненной, оставаясь таковой и в дальнейшем.



(5)



(1)



(2)

РИС. 93.

Очень тяжелая форма врожденной гипоплазии верхней челюсти и врожденной прогении. Больная М. К., 6 месяцев, история болезни № 25 400. 1, 2. Общая левосторонняя расщелина с дефектами на полюсах челюсти и межчелюстной кости. — 3. Резко выраженная де-

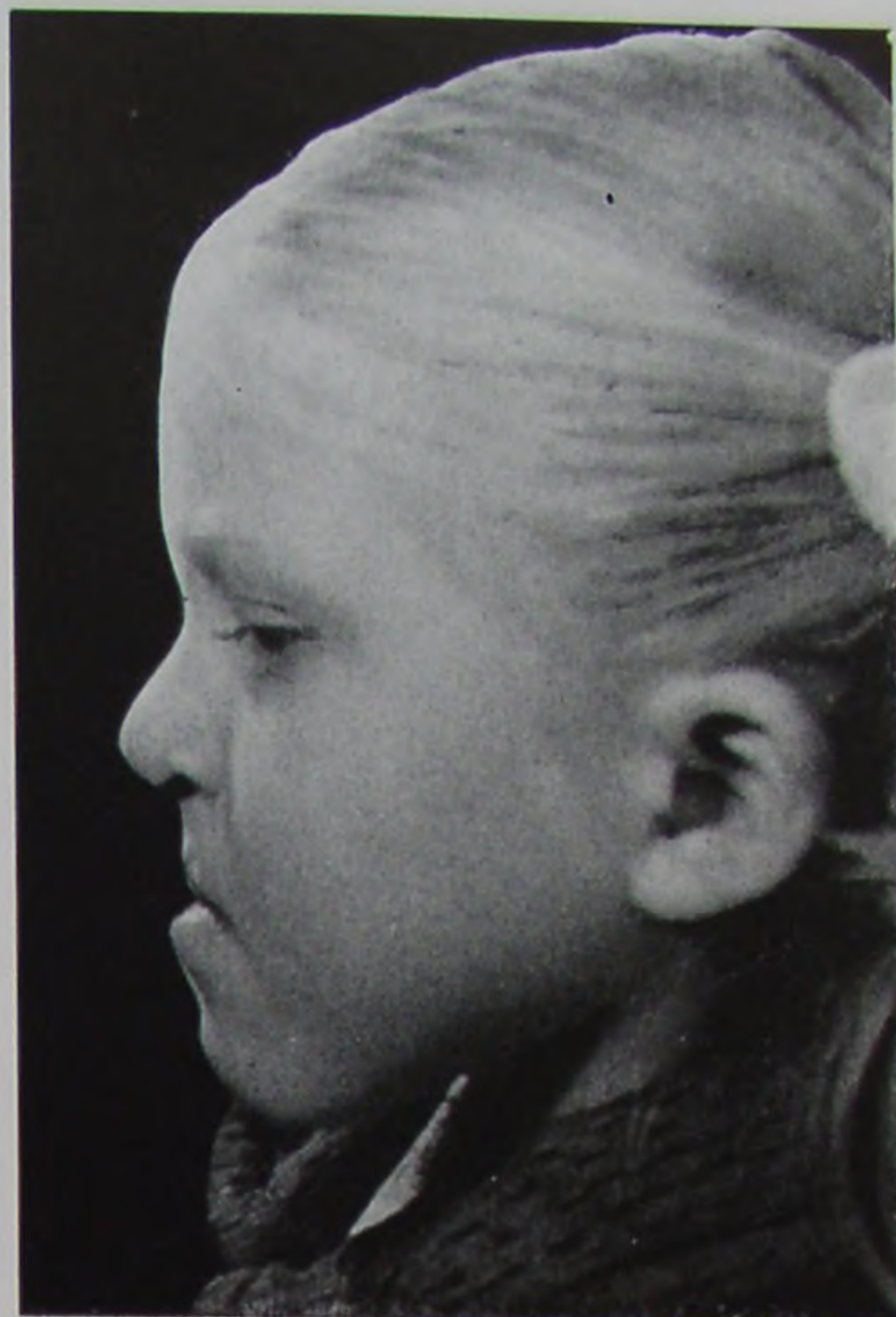
формация ноздри. В 6-месячном возрасте больной сделали одну выше операцию с интерпозицией (рис. 89). — 4. Несмотря на неблагоприятные условия, состояние больной в возрасте 4 лет относительно хорошее. Форма губы, правда, не бе-



(3)



(4)



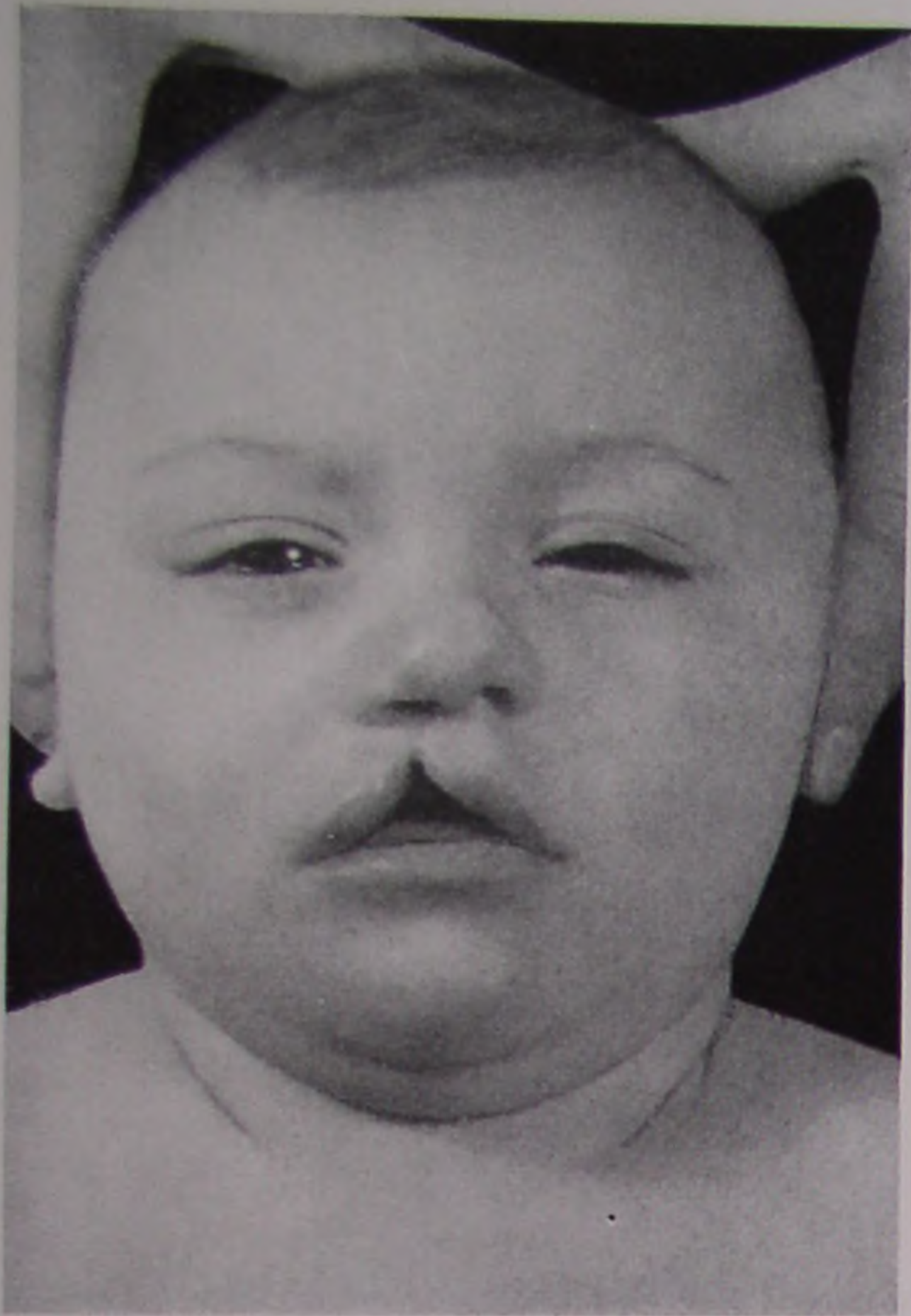
(5)

азнена: очертания границы кожи и красной каймы с левой стороны несколько неправильны, губа натянута. — 5. Нижняя губа выступает вперед. — 6. Выявляется легкая прогения; про-

должает персистировать диастаз расщелины и при осмотре хорошо заметно, как слизистая оболочка интерпонируемого лоскута внедряется в небо.



(6)



(1)



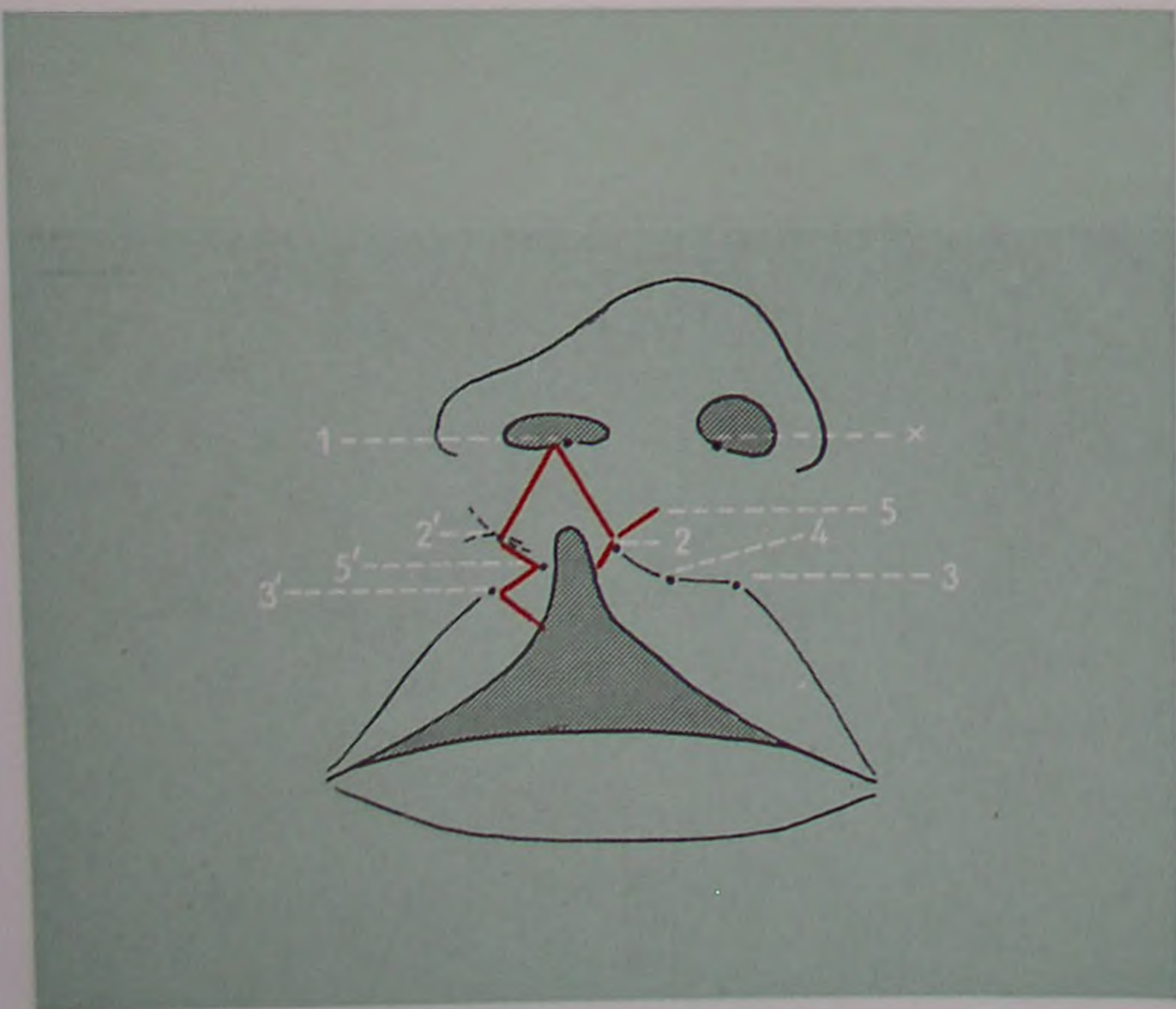
(2)

Р И С. 94.

Неполная правосторонняя расщелина губы. Больной И. Г., 4 месяцев, история болезни № 43 155. 1. Типичная, тяжелая деформация носа. Крыло носа на стороне расщелины располо-

жено гораздо глубже, чем крыло носа на здоровой стороне. — 2. Соотношение обеих челюстей нормальное. — 3. Схема операции (по Теннисону-Рандаллу, Tennison-Randall). Операция про-

(3)



(4)





(5)



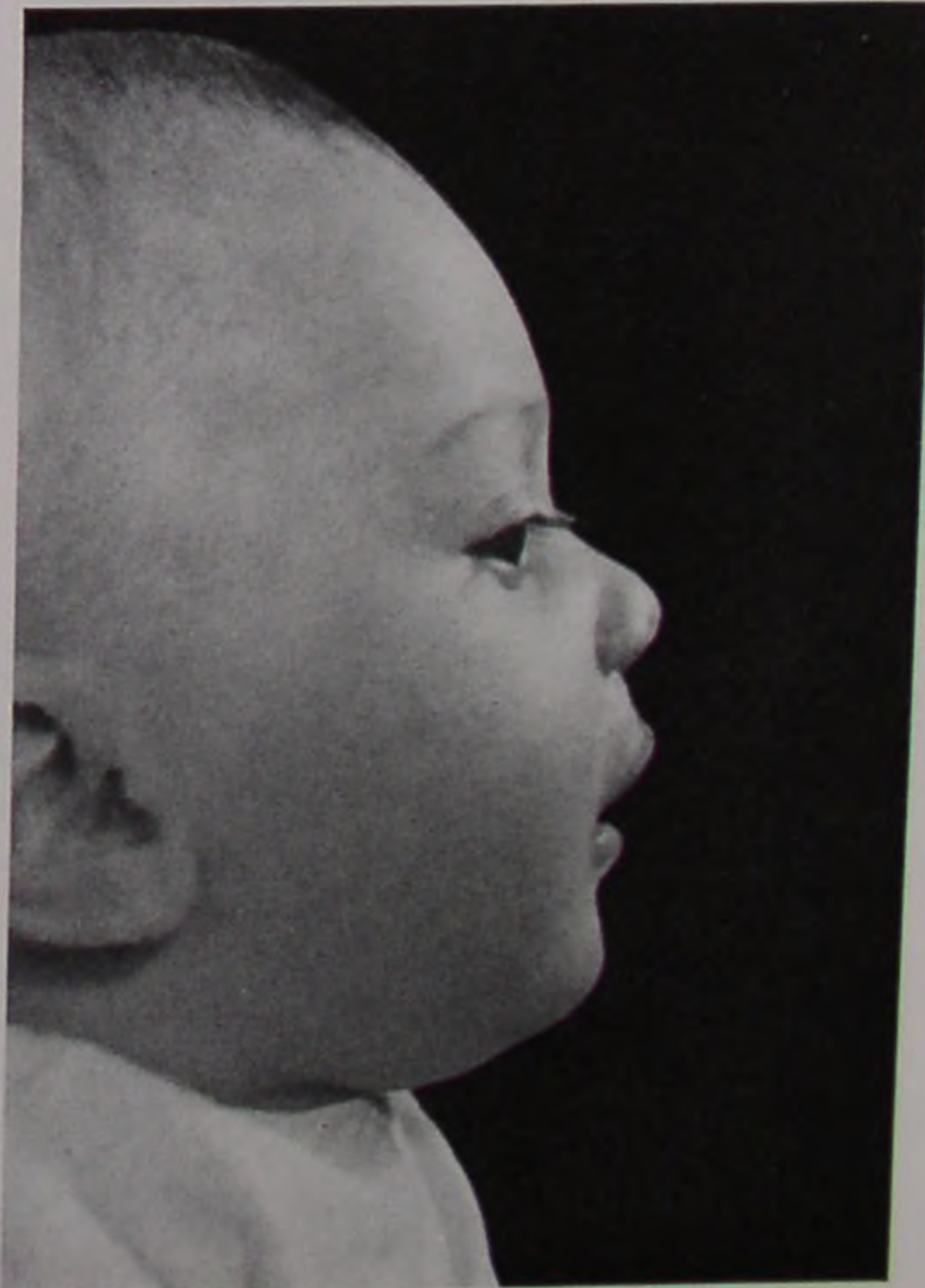
(6)

едена Бруно Стокаром. X — точка, расположенная на пороге
 ровой ноздри у основания кожной части носовой перегородки.
 — высшая точка «дуги Купидона» на здоровой стороне. D —
 ка, расположенная в середине «дуги Купидона». В — вторая
 шая точка «дуги Купидона» на краю расщелины. А — высшая
 ка будущего иссечения в области порога ноздри, соответствую-
 я расположению точки X. На коже наружной стороны губы
 точки А вычерчивается круг, радиус которого равен расстоя-
 о А-В. Второй круг вычерчивается из точки С₁ на том месте,
 на наружной стороне губы кончается граница кожи и красной
 ы. Радиус этого круга равен разнице между расстояниями

X-C и А-В. Оба круга пересекаются в точке В₁. Линия В₁-С₁
 является основанием лоскута ВЕС, который будет пересажен
 в разрез В-Е на фильтруме в целях дополнения высоты его рас-



(7)



(8)



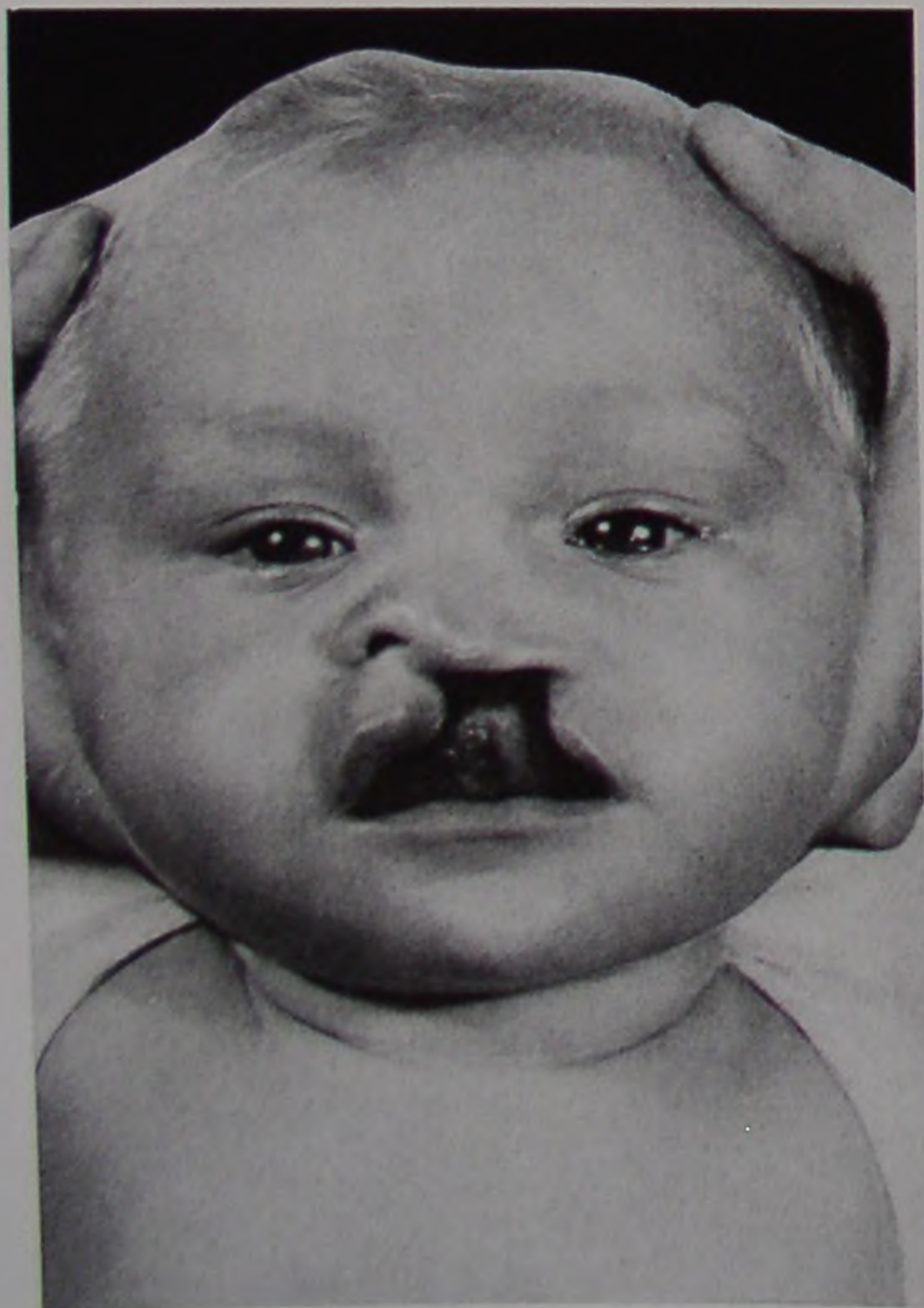
(9)

щепленной половины. — 4. Схематический набросок внешнего вида операционного поля после иссечения краев расщелины. — 5. Ситуация во время операции. — 6. Состояние после окончания операции. В складке, обрамляющей крыло носа, завязывается узел матрацного шва, захватывающего основание хряща носовой перегородки (у носовой ости) и приподнимающего крыло носа. Ткани крыла носа расслоены таким же образом, как применявшихся в прошлом способах операции. — 7, 8, 9. Больной после излечения. «Дуга Купидона» восстановлена, основание крыла носа приподнято, форма ноздри улучшена. Соединение обеих губ нормальное.

Р И С. 95.

Очень тяжелая форма общей левосторонней расщелины. Больной Ф. В., 7 месяцев, история болезни № 42 613. 1, 2. Выраженная гипоплазия наружной части губы и челюсти. — 3. Схематический набросок и разметка разрезов, производимых по методу

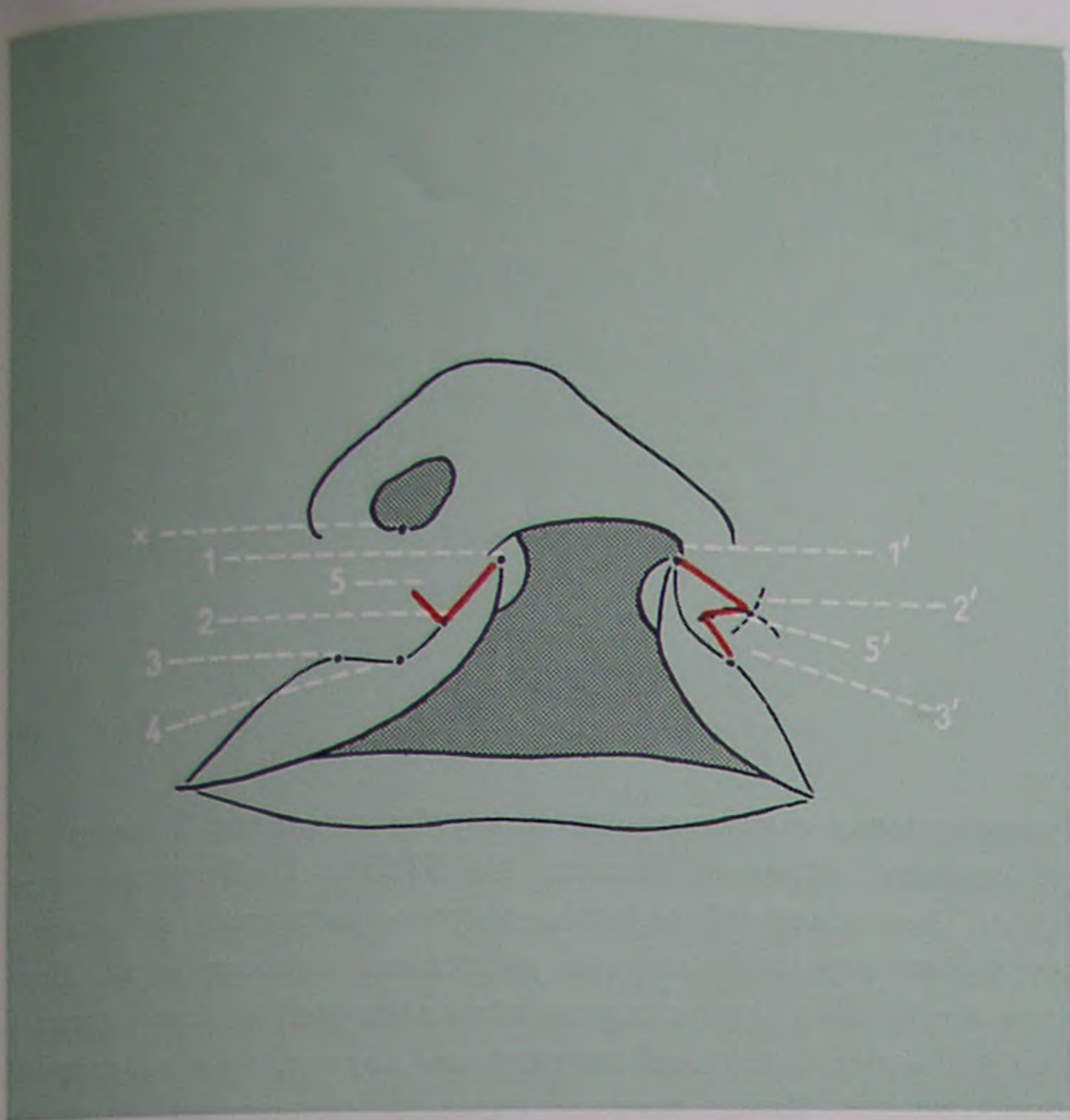
Рандалла. На пороге здоровой ноздри намечается точка X, на наружной вершине «дуги Купидона» точка С. В расщепленной ноздре намечают точку А у основания кожной части носовой перегородки, в месте, соответствующем точке X, у основания



(1)

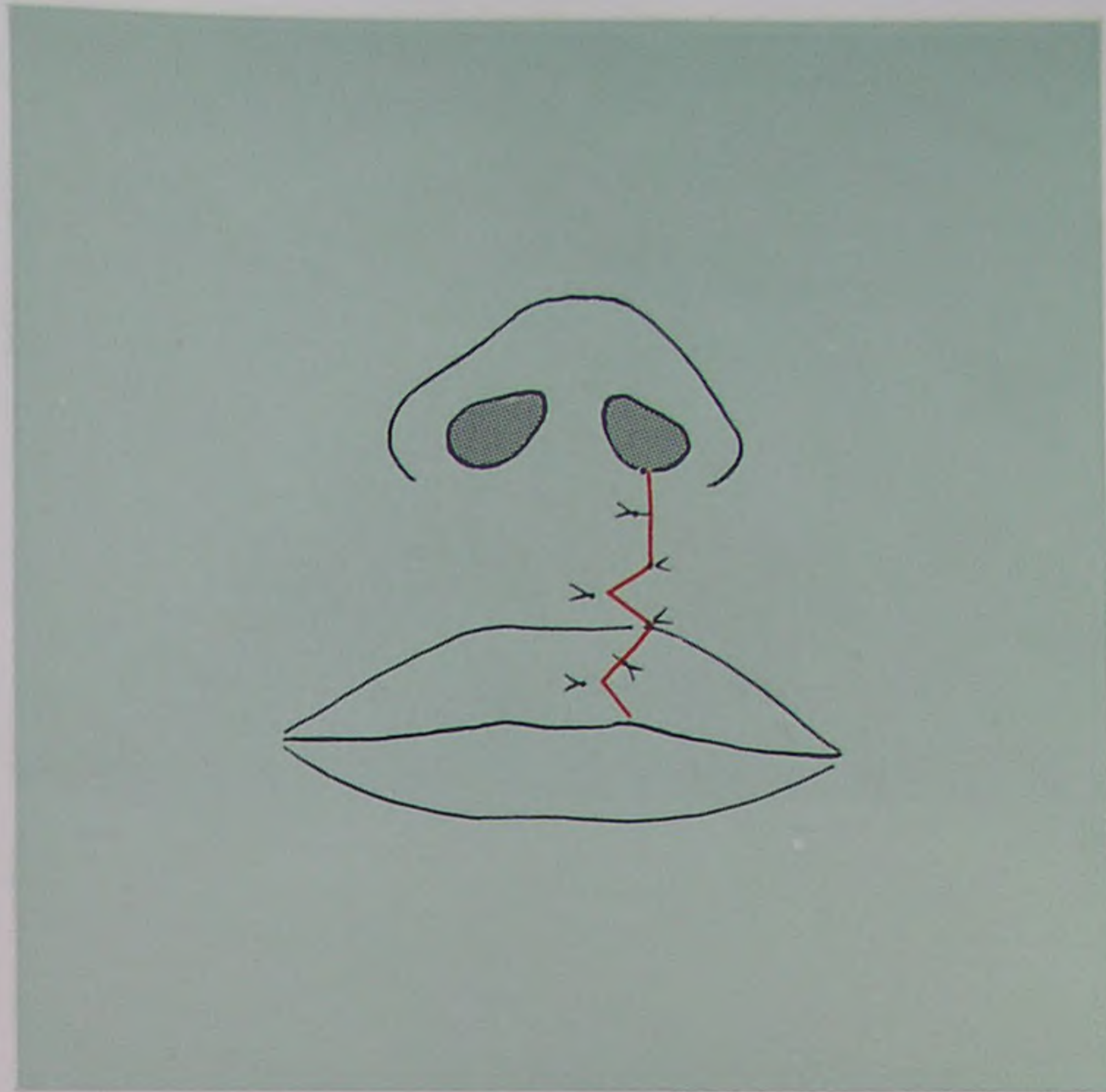


(2)



(3)

крыла носа — точку A_1 , тоже аналогичную точке X в отношении крыла носа. Остальные обозначения соответствуют таковым на рисунке, демонстрирующем неполную расщелину губы (рис. 88). — 4. Схематическое изображение ситуации после окончания



(4)

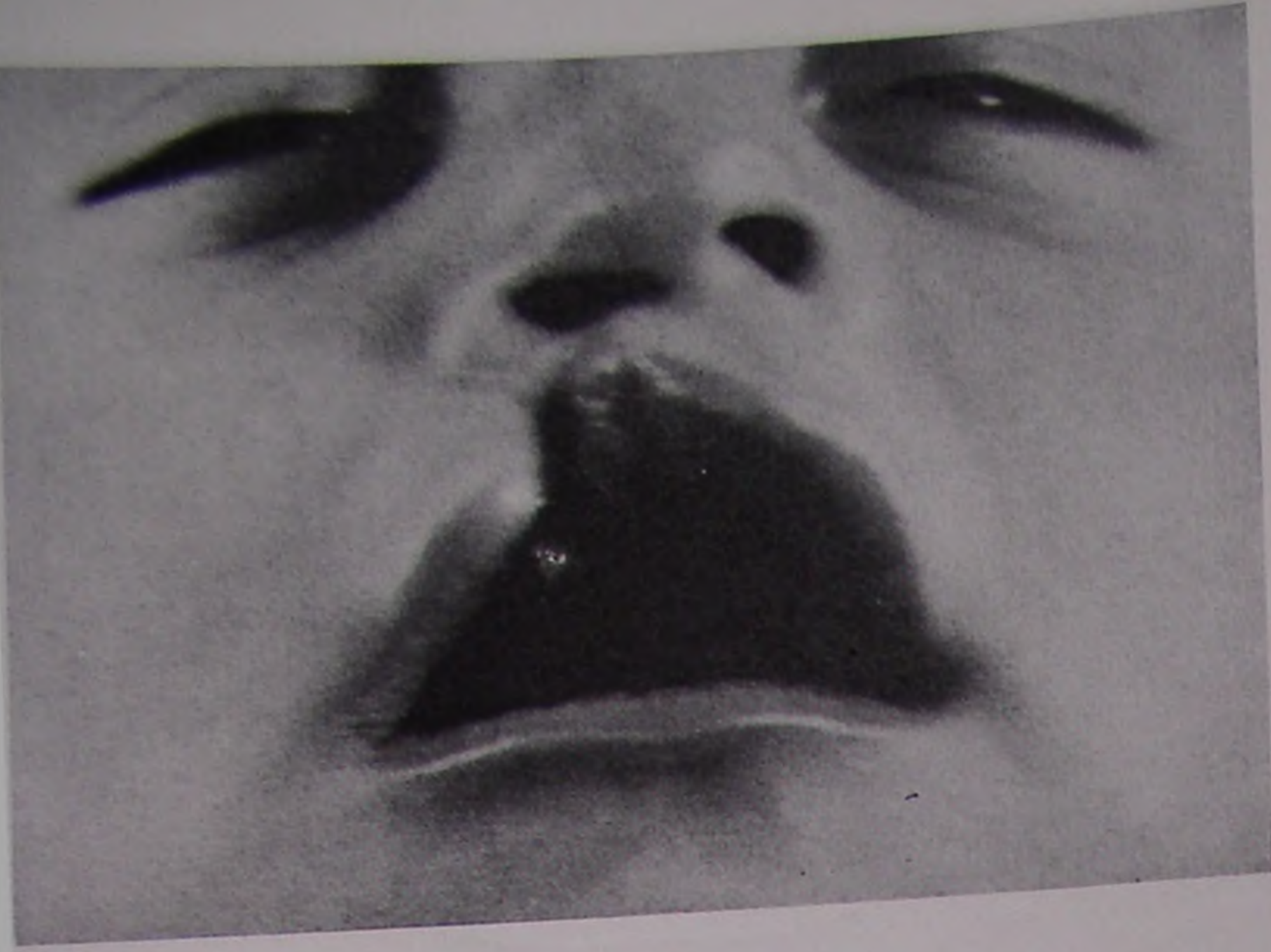
операции. — 5. Больной после излечения. Хорошая конфигурация губы. Форма ноздри улучшена, соразмерно основной степени деформации. — 6. Соотношение губ и легкое выступание верхней губы соответствует норме. Операция произведена Бруно Стокармом.



(5)



(6)

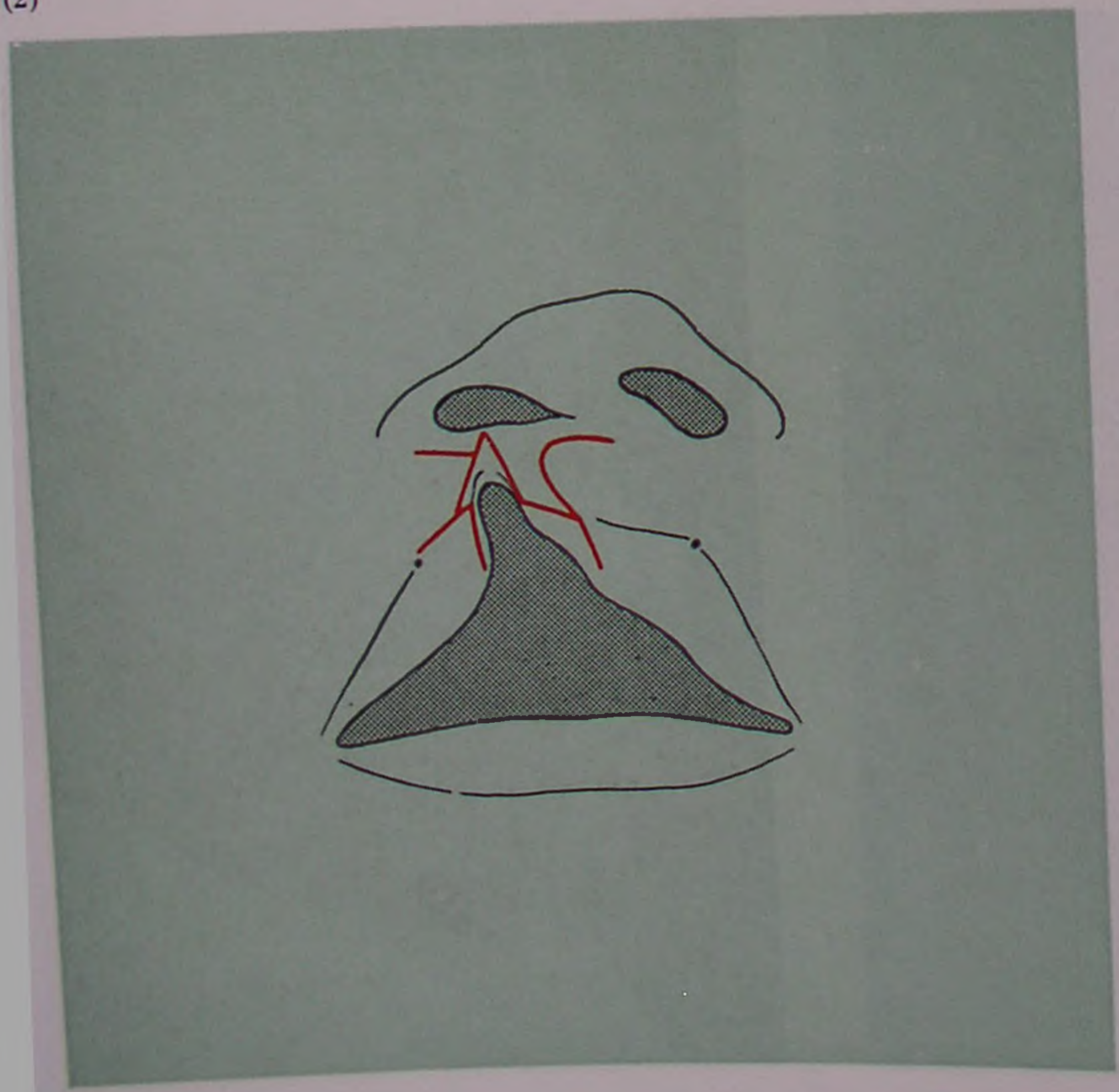


(1)

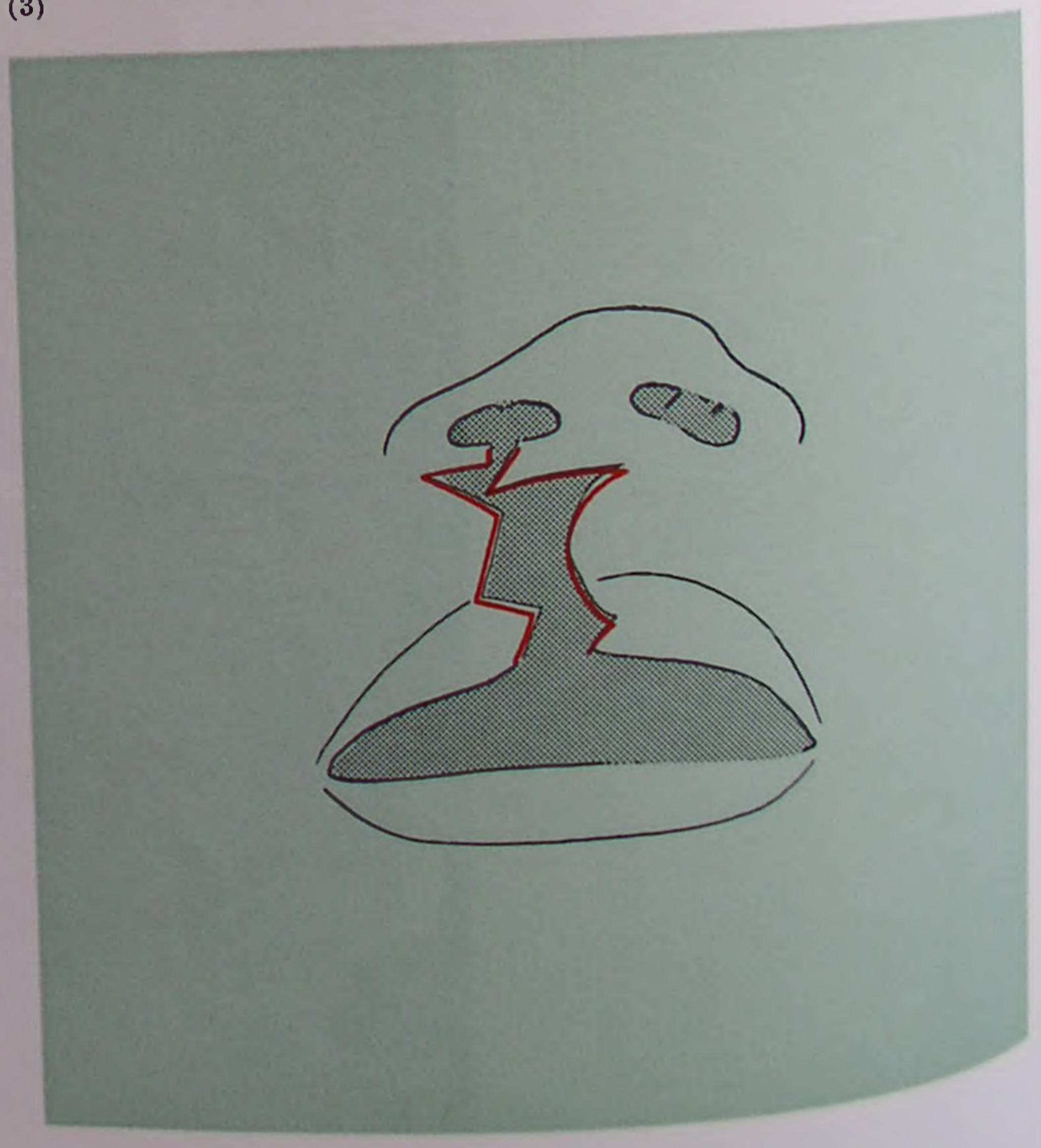
Р И С. 96.

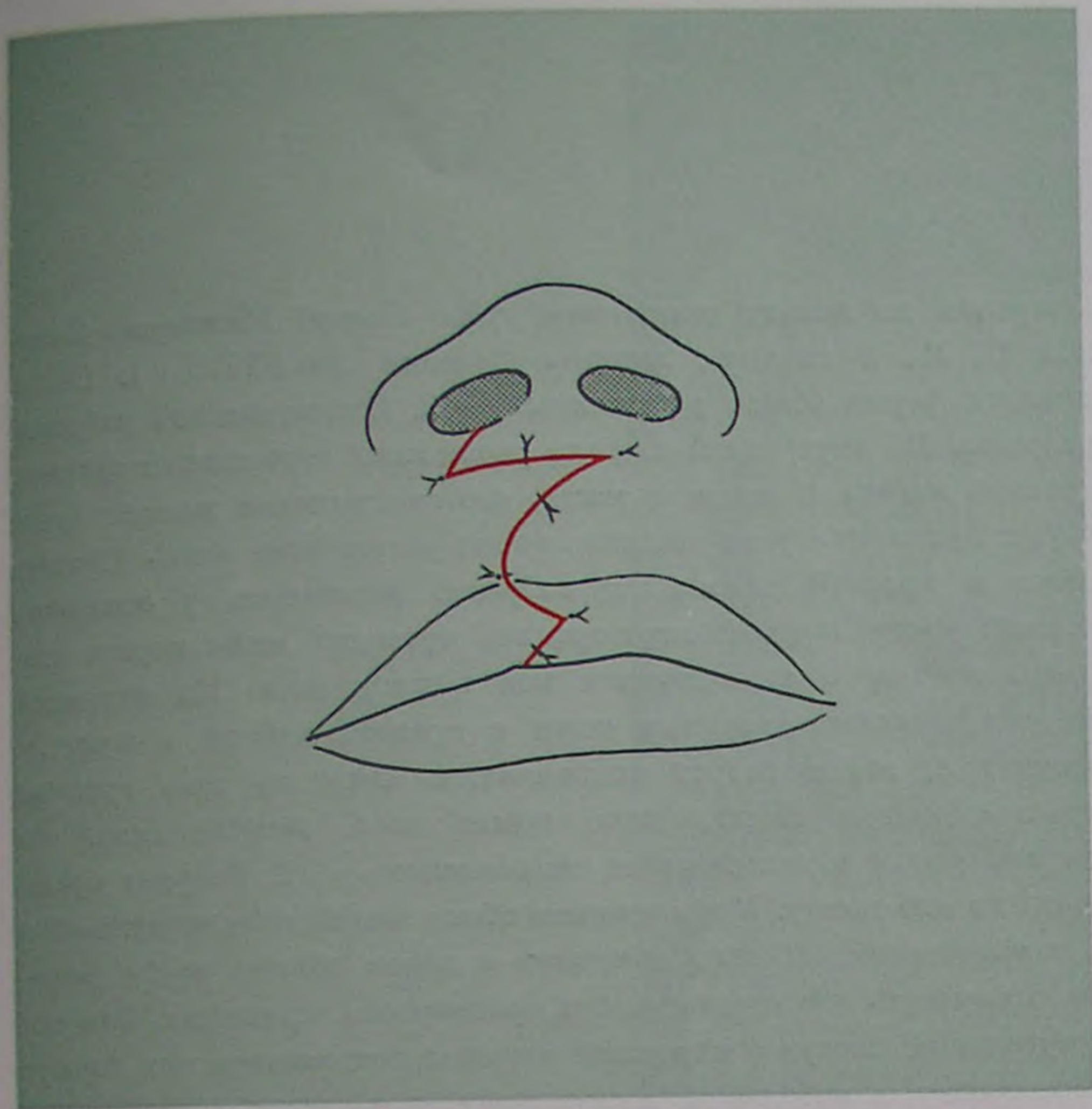
Правосторонняя неполная расщелина губы и челюсти. Больной З. В., 8½ месяцев, история болезни № 52 594. 1. Сохранен порог ноздри. Альвеолярный отросток широко расщеплен до челюсти, которая на наружной стороне расщелины гипопластична. Основание крыла носа, при анализе общих очертаний лица, расположено на больной стороне значительно глубже, чем на здоровой левой стороне. Порог ноздри, который расположен в данном случае во фронтальной плоскости, провалился, основание кожной части носовой перегородки сильно смещено в левую сторону. —

(2)



(3)





(4)

2. В возрасте 8½ месяцев произведена операция по Милларду. Схематическое изображение разрезов. На внутренней стороне расщелины пересекается граница красной каймы и кожи у высшей точки «дуги Купидона» после чего разрез идет кверху и загибается к основанию кожной части носовой перегородки. На наружной стороне расщелины от места, у которого кончается граница красной каймы и кожи, разрез направляется по слизистой к порогу ноздри, заворачивая здесь в латеральном направлении к крылу носа. На внутренней стороне остается лоскут кожи, связанный с кожной частью носовой перегородки. — 3. Схематическое изображение ситуации, возникшей после иссечения краев расщелины, вплоть до порога ноздри. — 4. Латеральный лоскут подвернут; лоскут кожи, связанный с носовой перегородкой, будучи подсунут под крыло носа, дополняет порог ноздри. — 5. Через 10 месяцев после излечения ноздря занимает почти нормальное положение. Крыло носа приподнято, а носовая перегородка занимает среднее положение. «Дуга Купидона» успешно восстановлена. — 6. Соотношение обеих губ удовлетворительно. Операцию произвел Мирослав Фара.



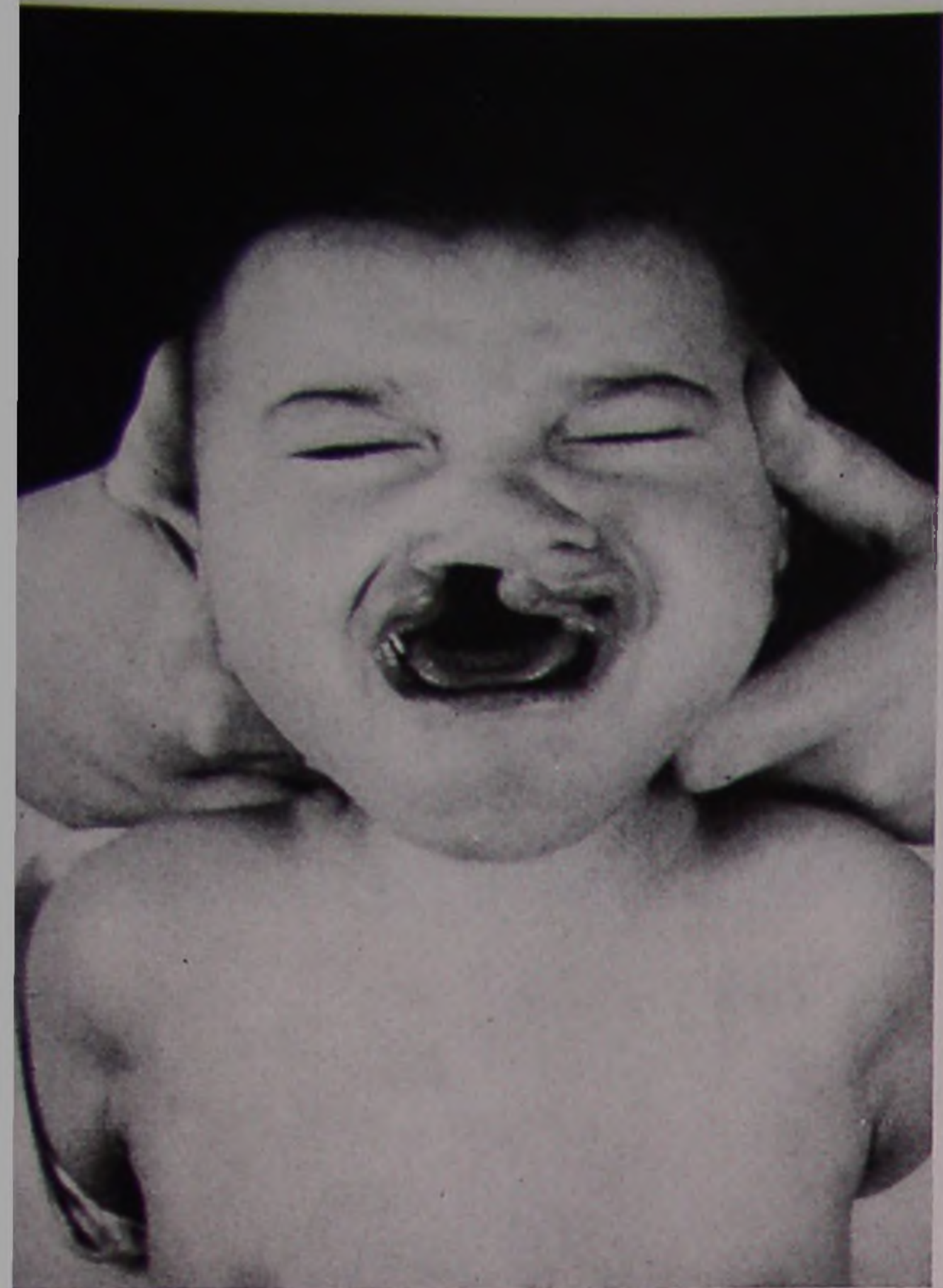
(5)



(6)

Р И С. 97.

Операция по поводу расщелины губы. Способ Милларда. Больной П. Н., 9 месяцев, история болезни № 53725. 1. Очень тяжелая форма общей расщелины. — 2. Схематический набросок разрезов. На внутренней стороне расщелины пересекается граница красной каймы и кожи в месте, соответствующем высшей точке «дуги Купидона» у расщелины, затем разрез идет вдоль границы кожи и красной каймы, дугообразно загибается у основания кожной части носовой перегородки, проходит ниже порога здоровой ноздри и оканчивается под крылом носа. На наружной стороне рассекают границу кожи с красной каймой в месте ее окончания, затем разрез направляется вверх по ходу границы красной каймы к основанию крыла носа, загибая здесь под острым углом в латеральном направлении. — 3. Разрезы производят во всю толщу. Мобилизацию обеих частей губы осуществляют в ограниченной степени, а именно в таком объеме, чтобы можно было сдвинуть обе половины без чрезмерного натяжения. Большой треугольный лоскут с наружной стороны подсовывают под носовую перегородку, а небольшой лоскут кожи, оставшейся у перегородки, подворачивают под крыло носа, где он вместе с треугольником, выкроенным из крыла, образует порог ноздри. После наложения швов на кожу губ сшивают слизистую оболочку десны; мышечный слой

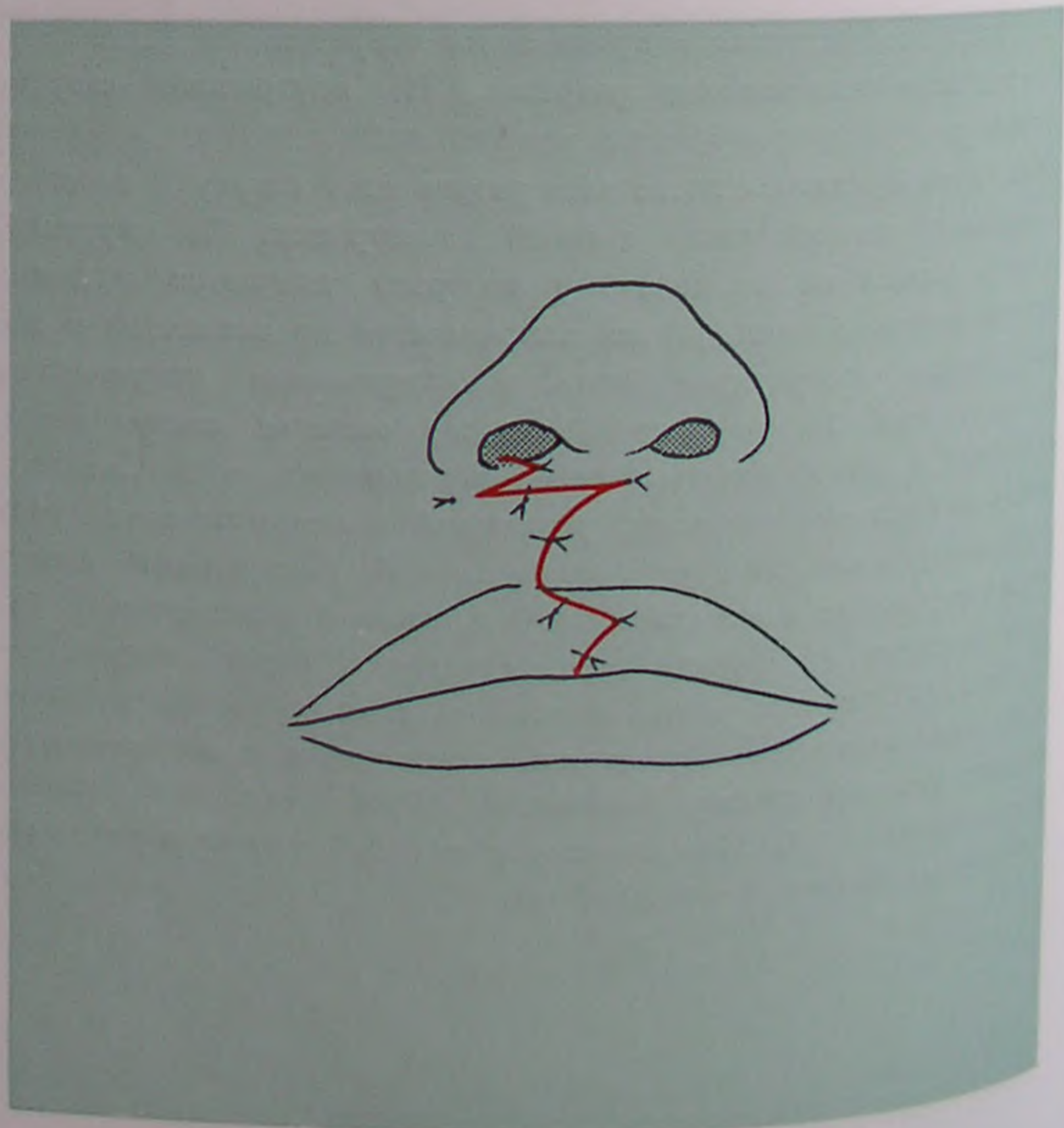


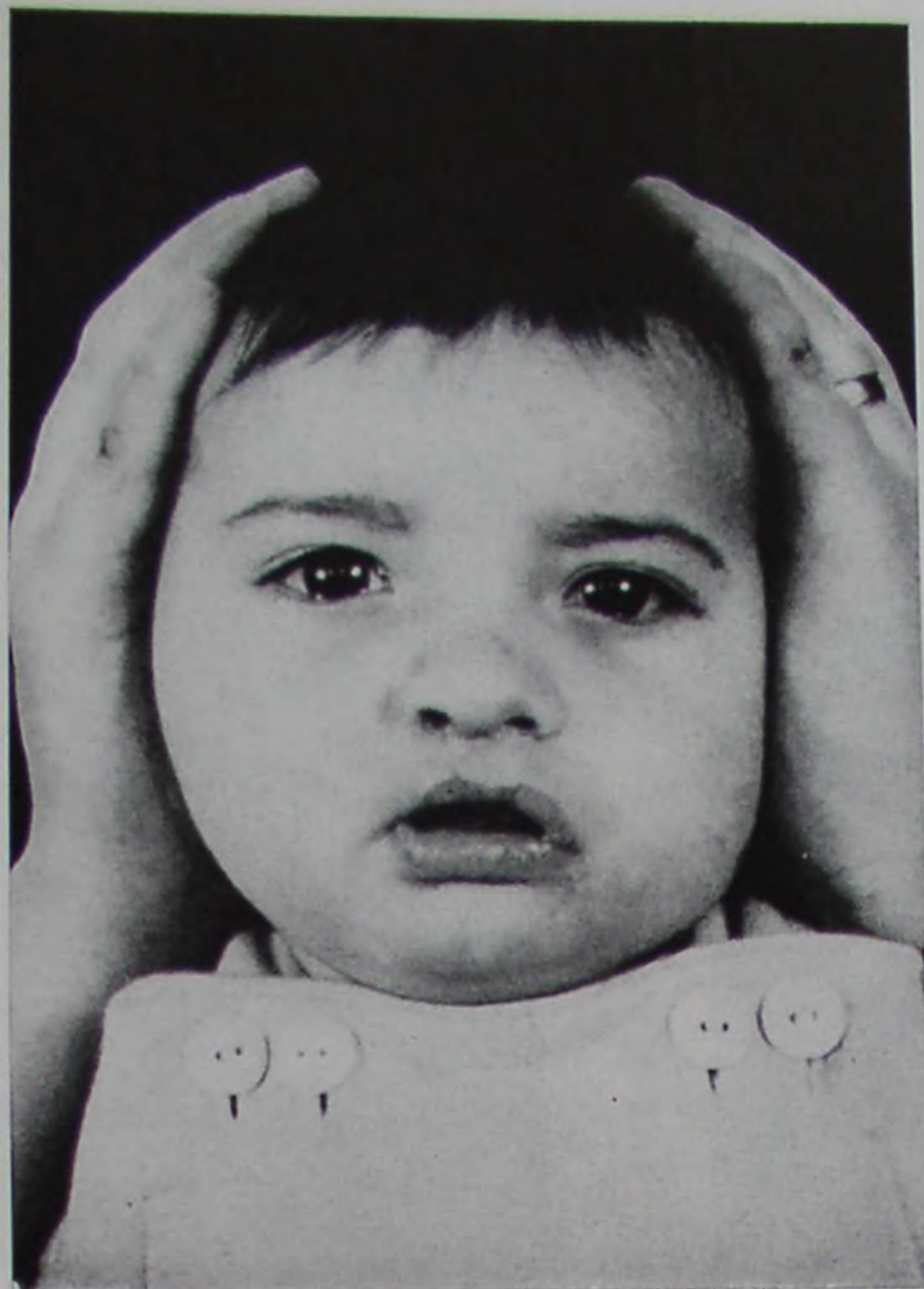
1)

2)

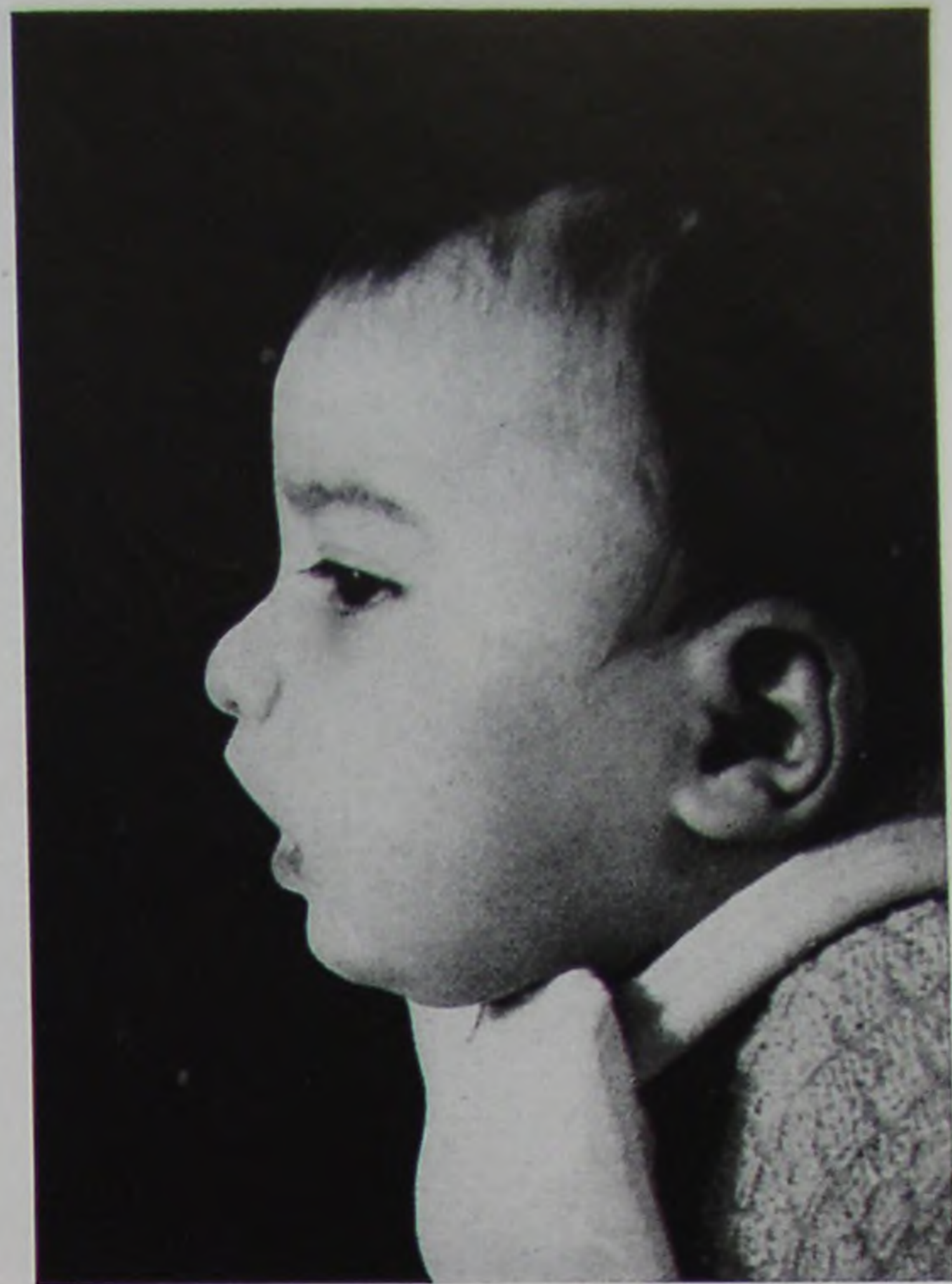


(3)





(4)



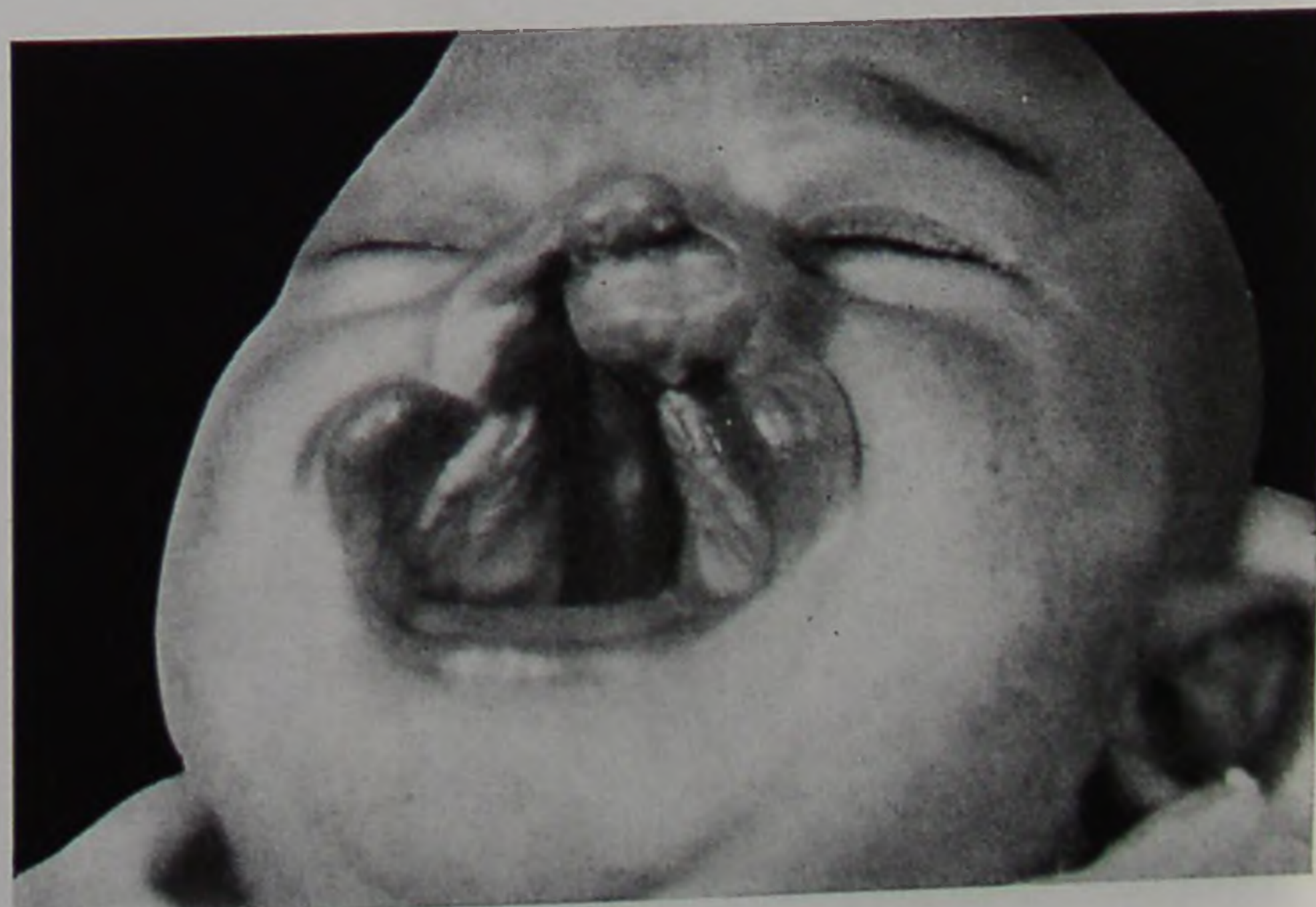
(5)

сшивают кетгутowymi узловатыми швами. Одновременно сшивают и мягкое небо. — 4. Больной после излечения. Оказалось, что вертикальная часть шва обладает тенденцией к сокращению. По-

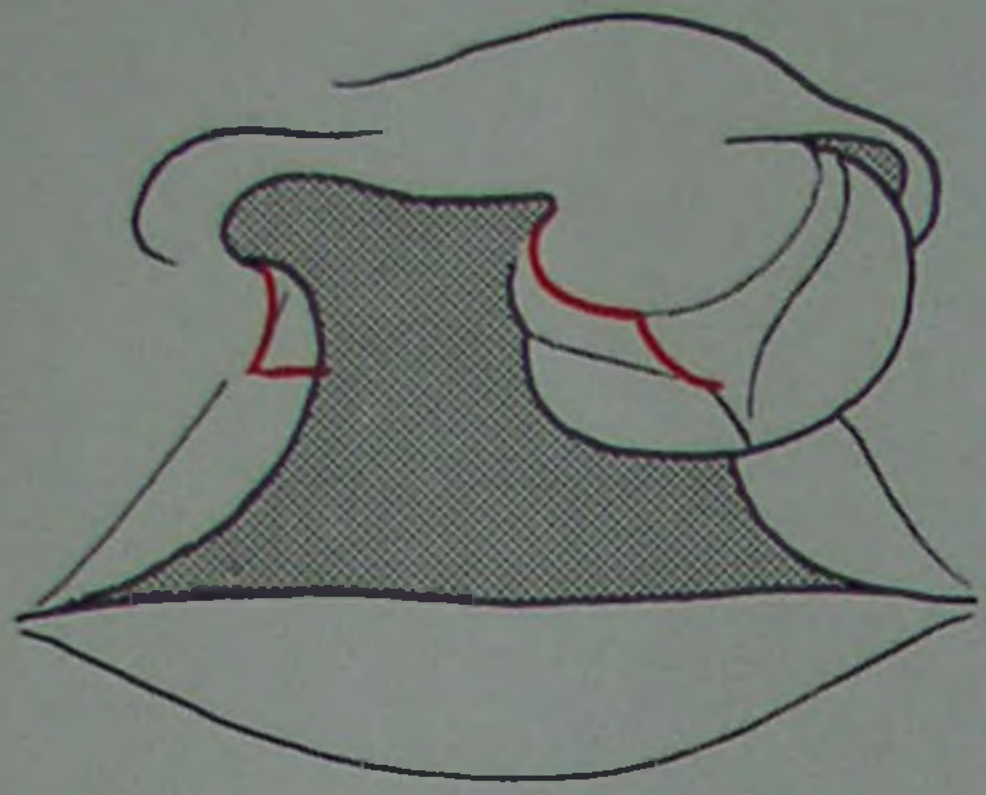
этому при тяжелых формах уродства необходимо в этой части выкроить небольшой лоскут типа Рандалла и вернуть его в филтрум. — 5. Соотношение обеих губ правильное.

Р И С. 98.

Тяжелая форма общей двусторонней расщелины. Больной Л. В., 4 месяцев, история болезни № 11 918. 1. Большая межчелюстная кость расположена на переднем полюсе левой стороны, сошник изогнут. Максимальное выстояние межчелюстной кости. Филтрум имеет вид небольшого рыльца, подвешенного прямо к кончику носа. В первый этап производится операция более широкой стороны. — 2. Схематический набросок разрезов, производимых при операции на правой половине расщелины. Использован оригинальный метод Во, заключающийся в отсечении расположенного у расщелины края филтрума и удаления на такой же высоте на-



(1)



(2)

ружного края губы. У нижнего края филтрума красная кайма срезается под углом. — 3. Отпрепарованные края губы. Сшивание производят послойно после отсепаровки губы от челюсти на наружной стороне. — 4. Состояние после излечения правой

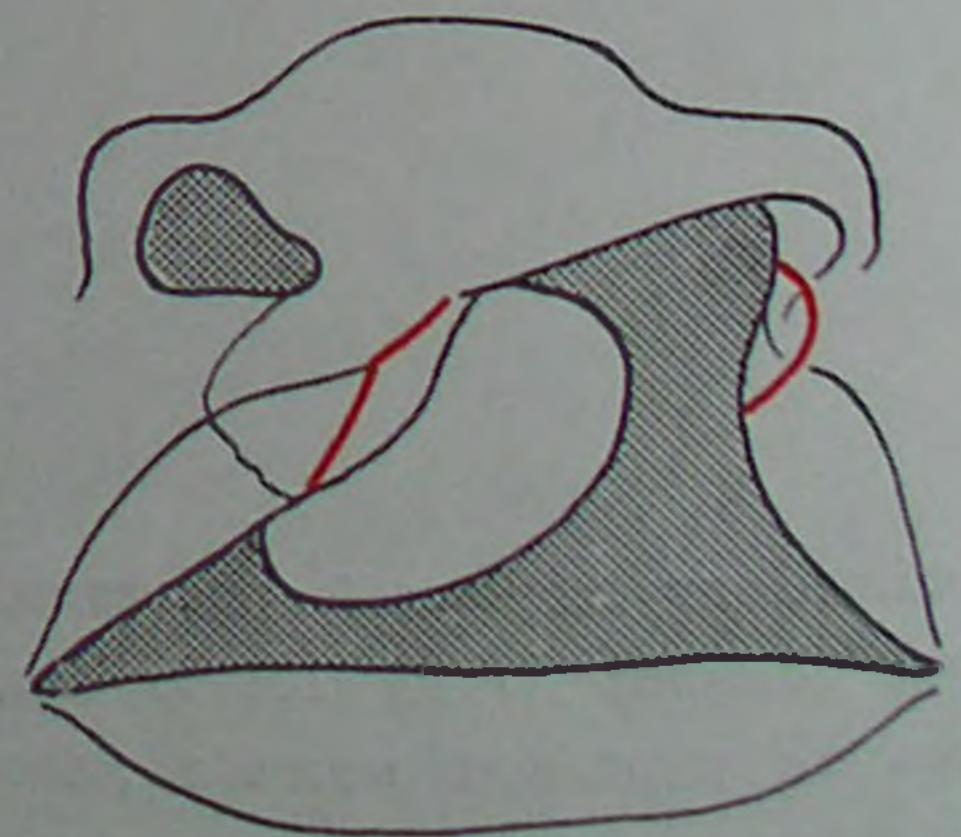


(3)

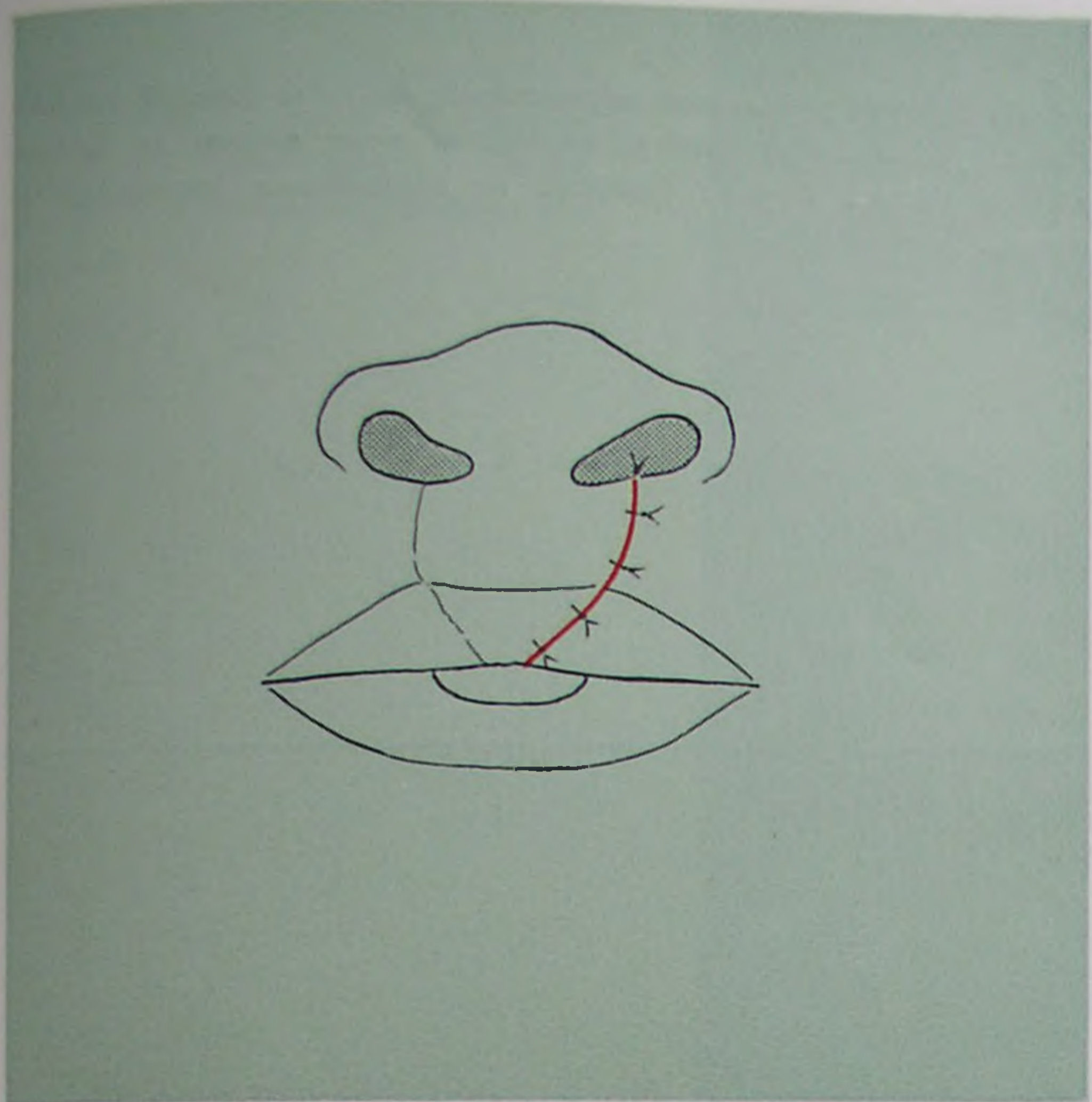
стороны. Челюсть несколько отодвинулась кзади, диастаз на левой стороне увеличился. — 5. набросок разрезов для операции на другой стороне расщелины. — 6. Схематическое изображение состояния после закрытия обеих сторон. — 7. Большой черз



(4)



(5)



(6)



(7)

3½ года после операции. Межчелюстная кость продолжает оставаться выдвинутой кпереди и несколько смещенной книзу. Над межчелюстной костью приподнимается верхняя губа. — 8. Обе губы сильно оттопырены. Деформация носа средней степени. Операция по поводу расщелины неба была произведена в воз-

расте 4½ лет. Год спустя было осуществлено удлинение носовой перегородки путем образования двух треугольных лоскутов, выкраенных из филтрума и связанных носовой перегородкой. — 9. Больной через 12 лет после операции. Соотношение обеих губ нормальное. — 10. Красная кайма верхней губы резко утолщена.

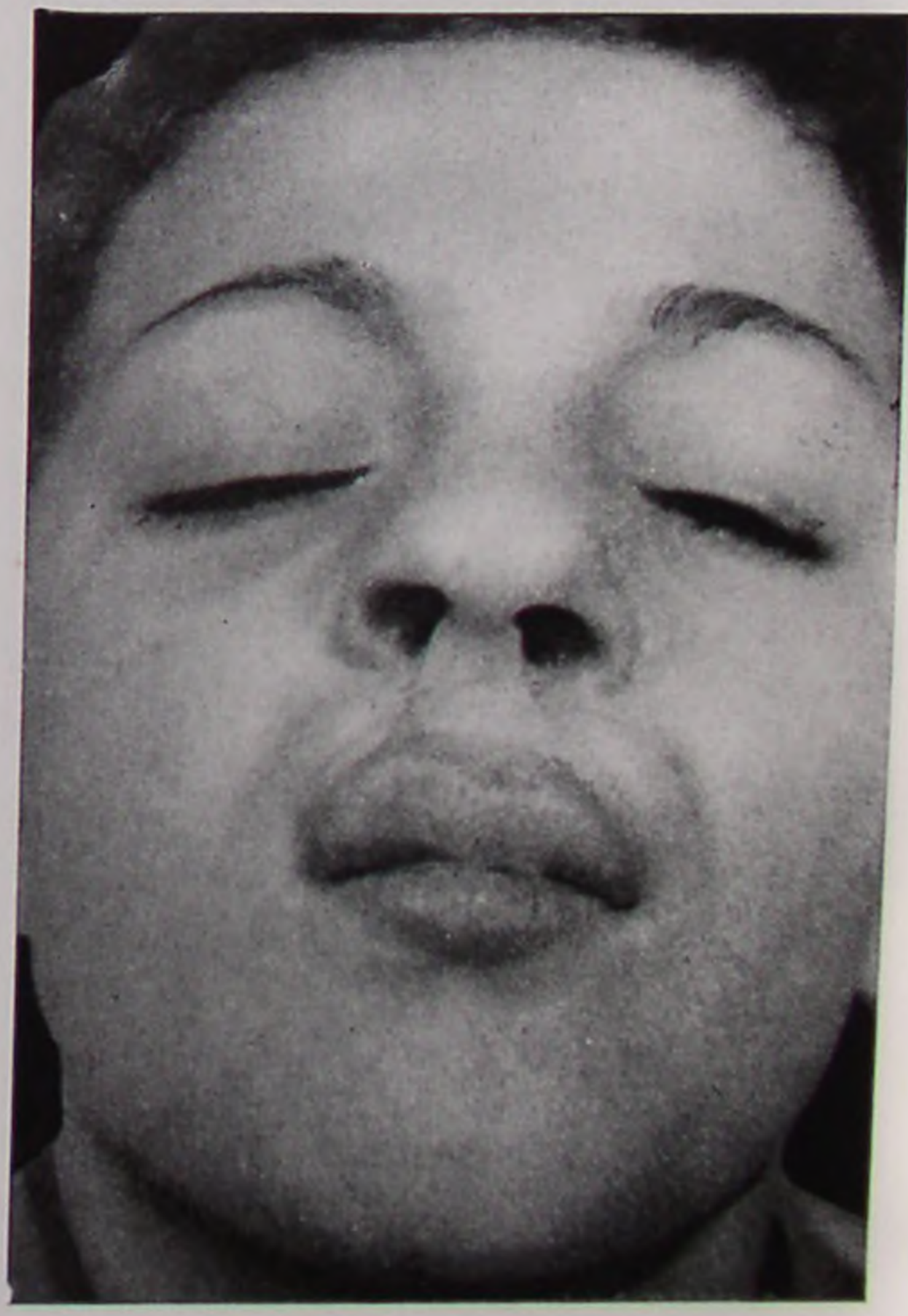
(8)

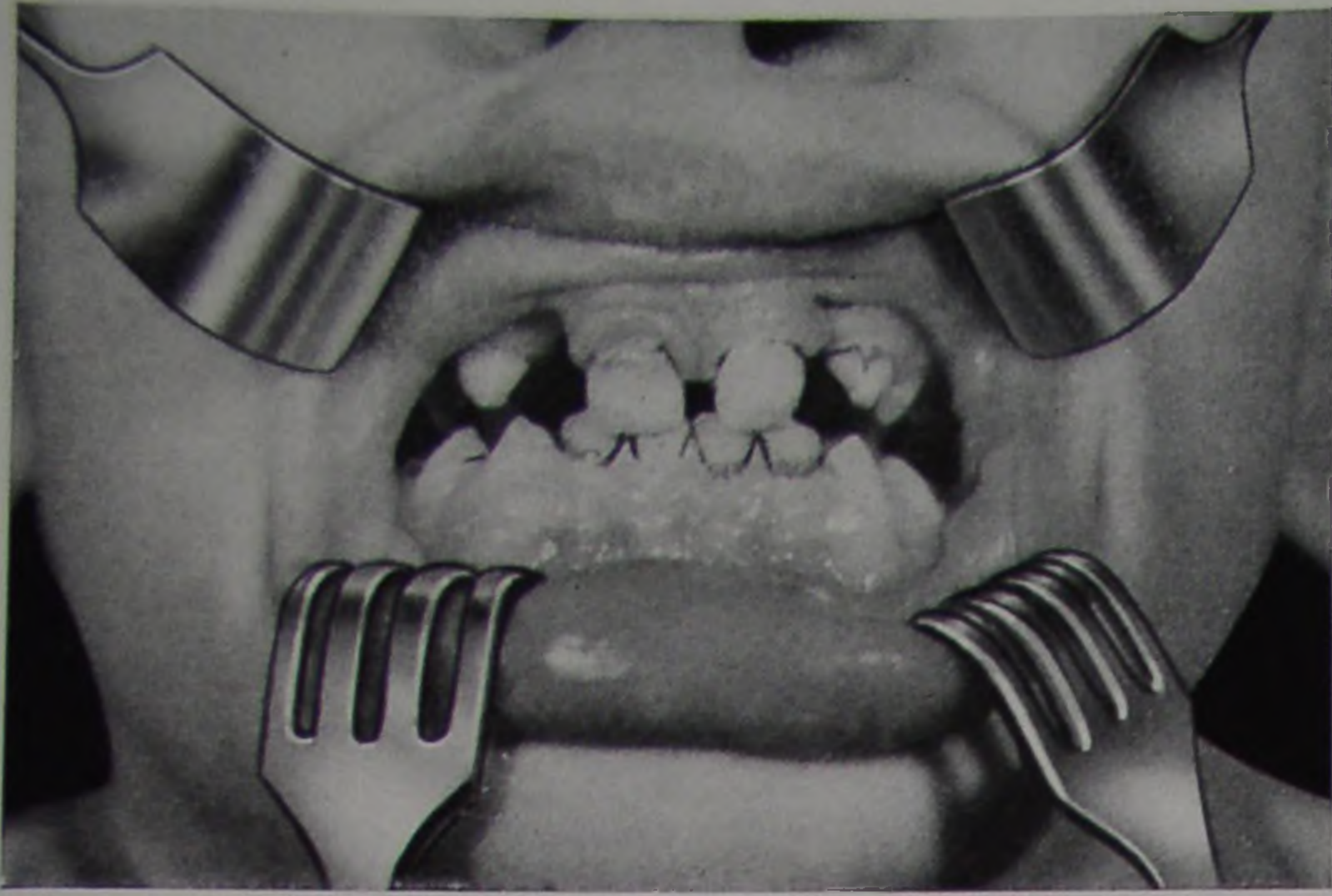


(9)



(10)





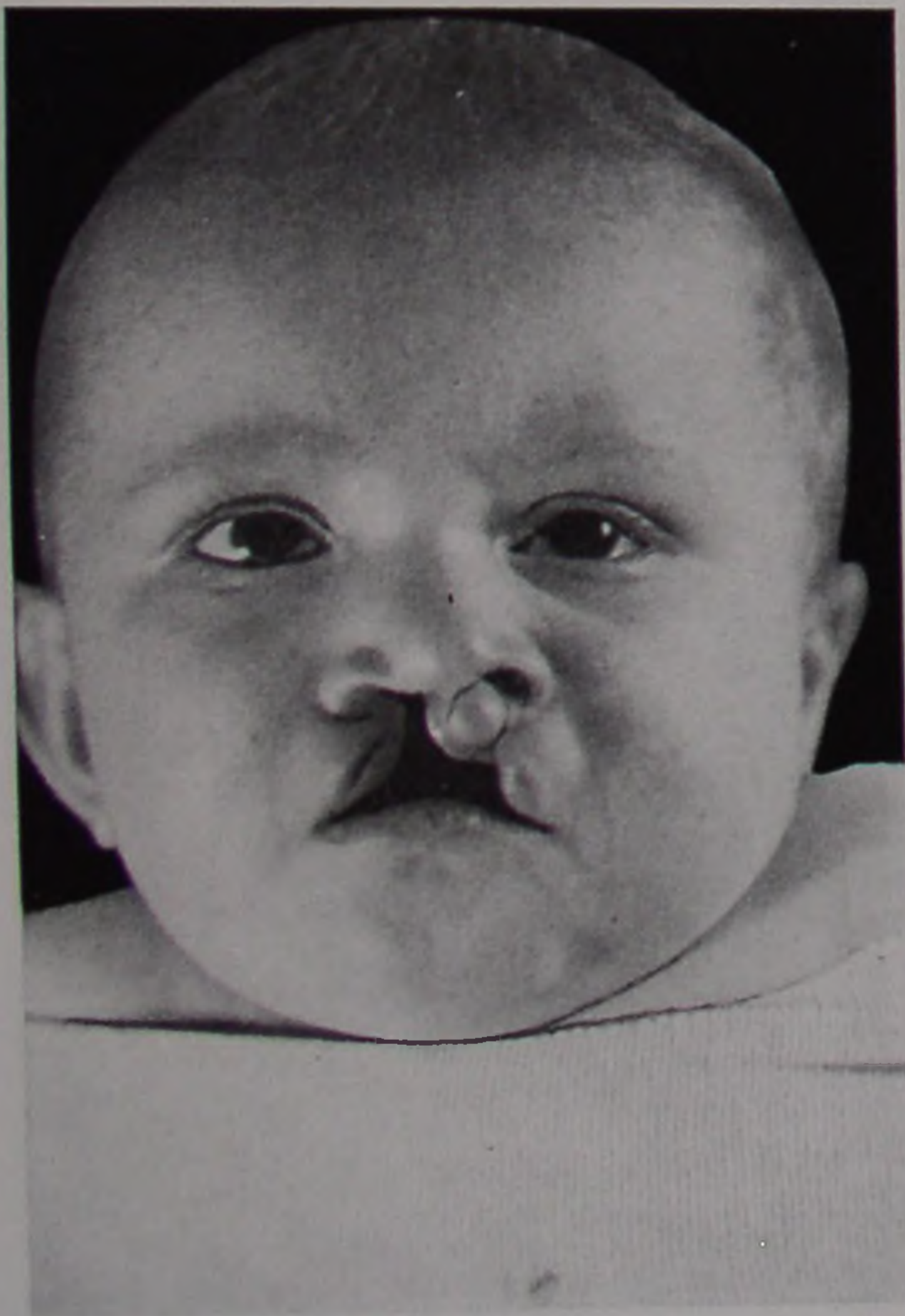
(11)

— 11. Прикус у больного нормальный, но зубы верхней челюсти имеют резко неправильную форму; с обеих сторон не хватает вторых резцов. В речи больного не наблюдается отклонений от нормы.

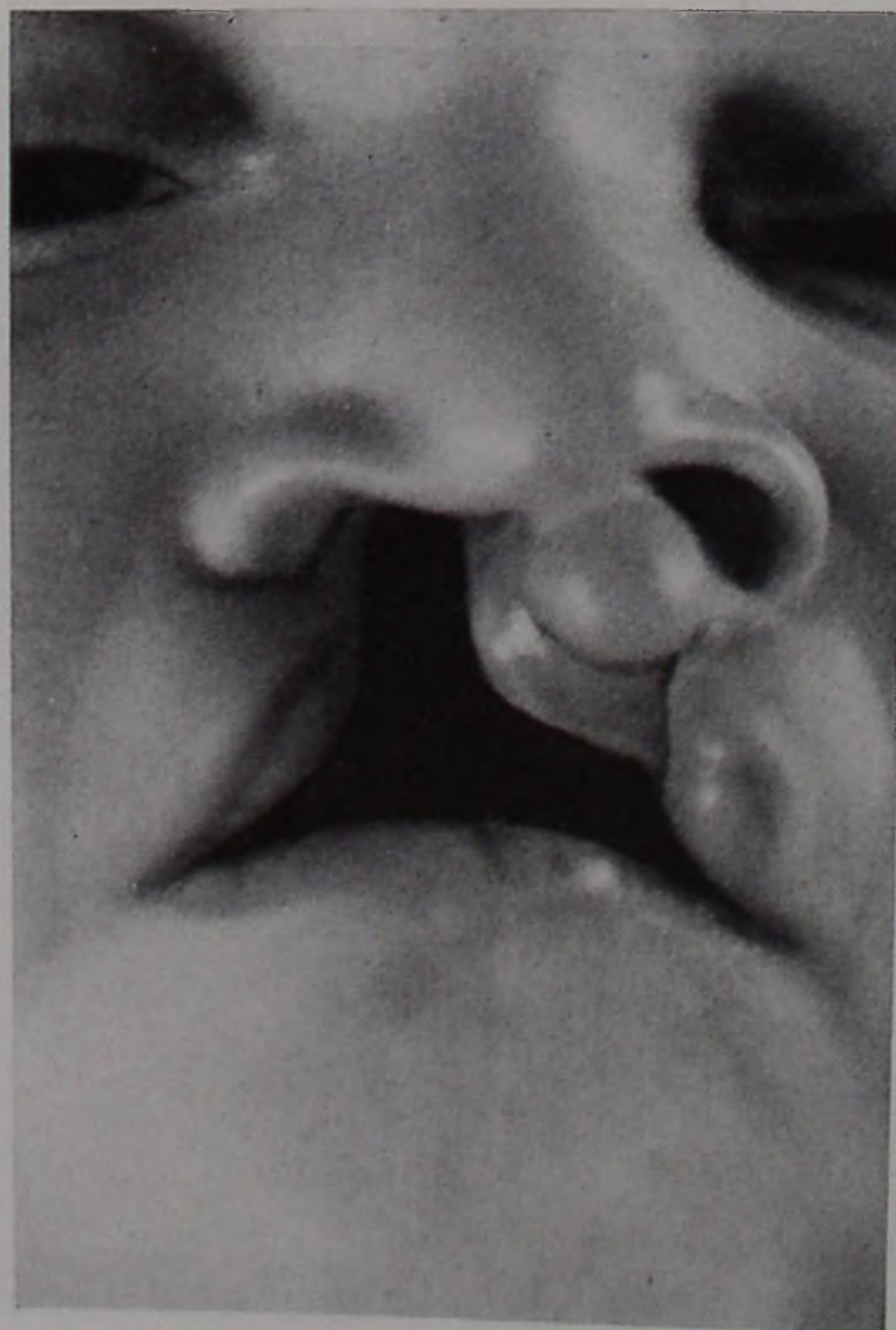
Р И С. 99.

Двусторонняя несимметричная расщелина. Больная Л. К., 8 месяцев, история болезни 26 644. 1. С правой стороны общая расщелина, влево — мягкие части губы и крыла носа соединены

мостиком из мягких тканей. — 2. Межчелюстная кость относительно мала и сильно свернута в левую сторону. — 3, 4. Во время первых операций не удалось произвести полную коррекцию

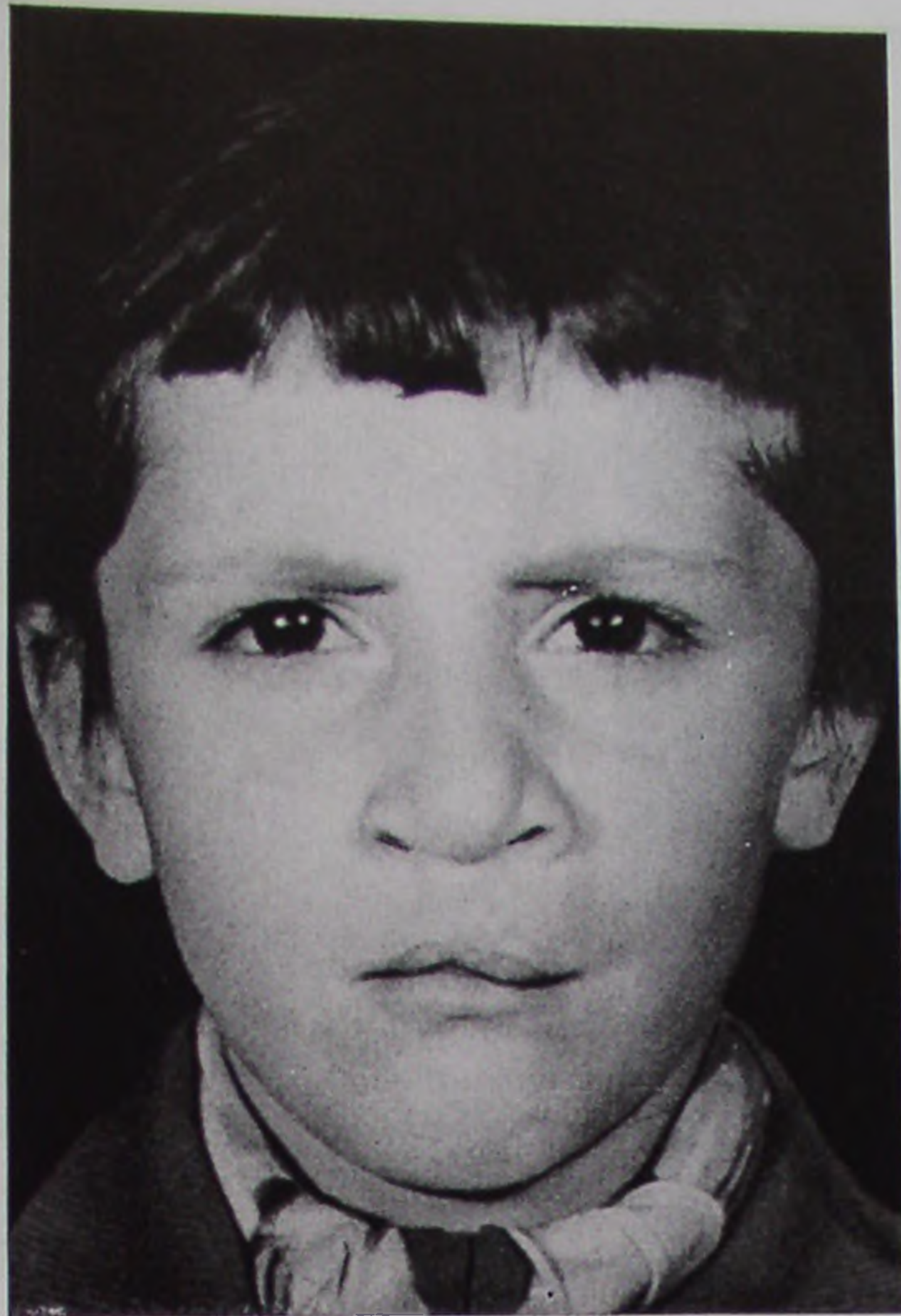


(1)

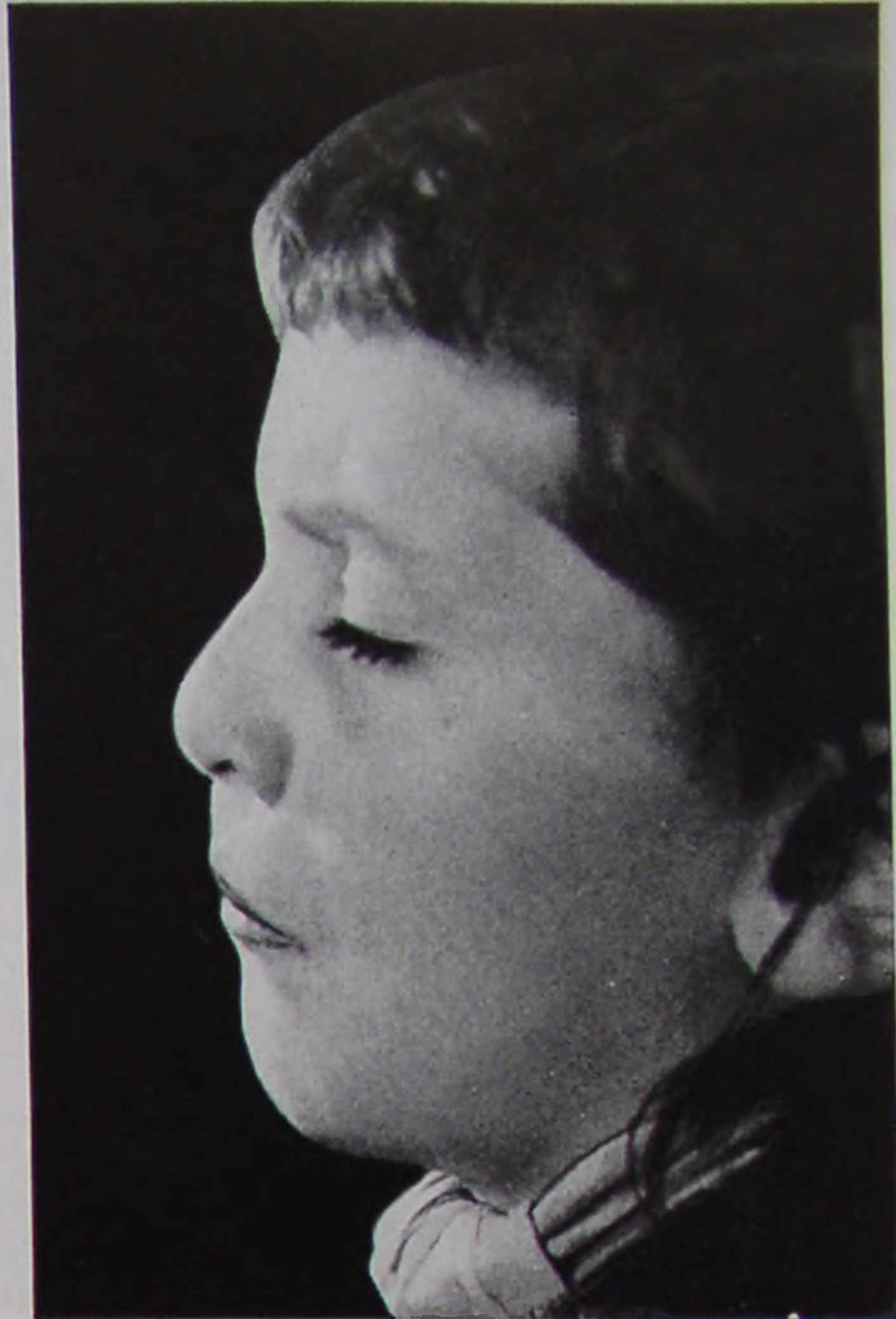


(2)

аномалии, так что она заметна еще в шестилетнем возрасте. В будущем потребуется дальнейшая коррекция. Операция произведена Павлой Нежаровой.



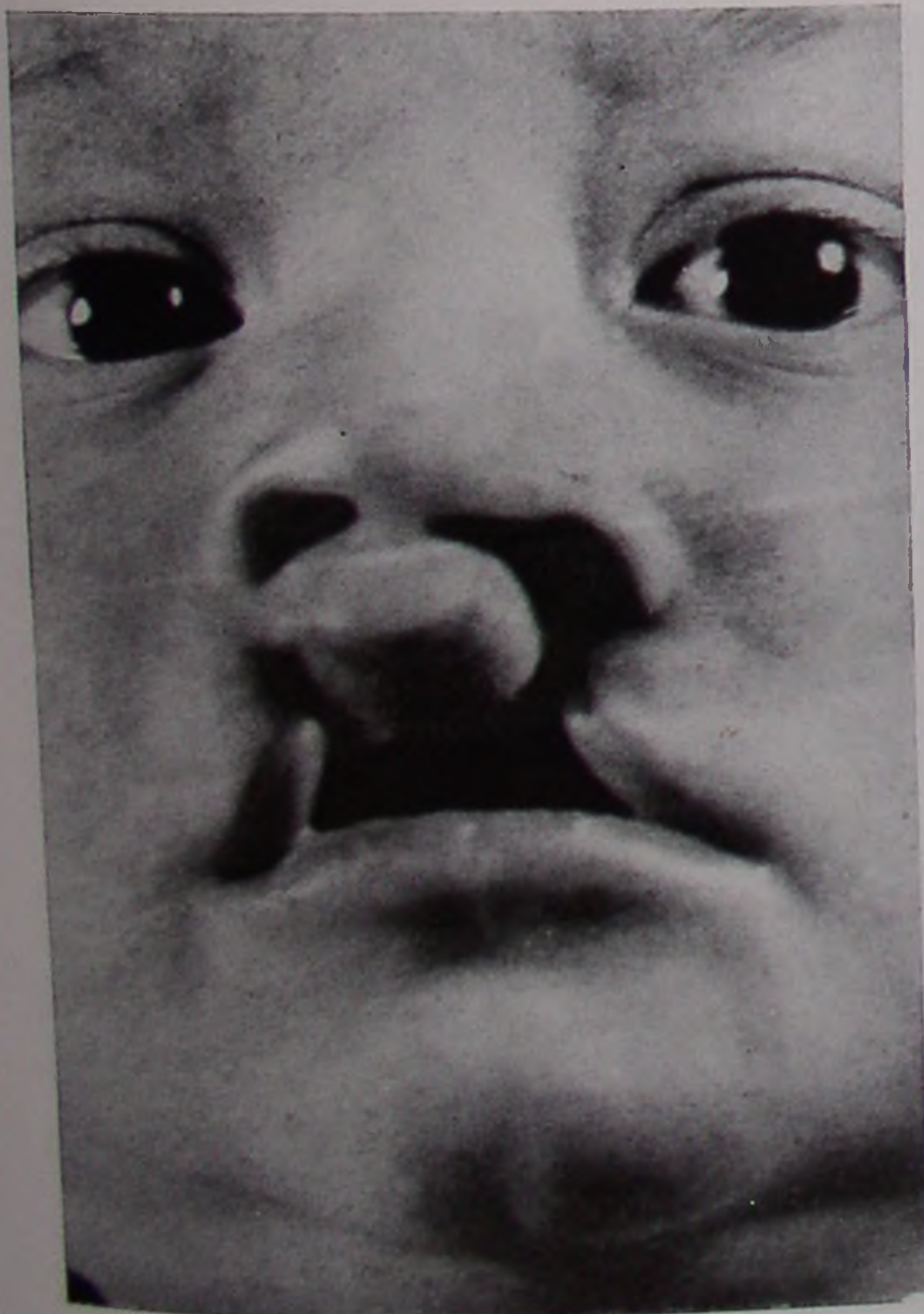
(3)



(4)

Р И С. 100.

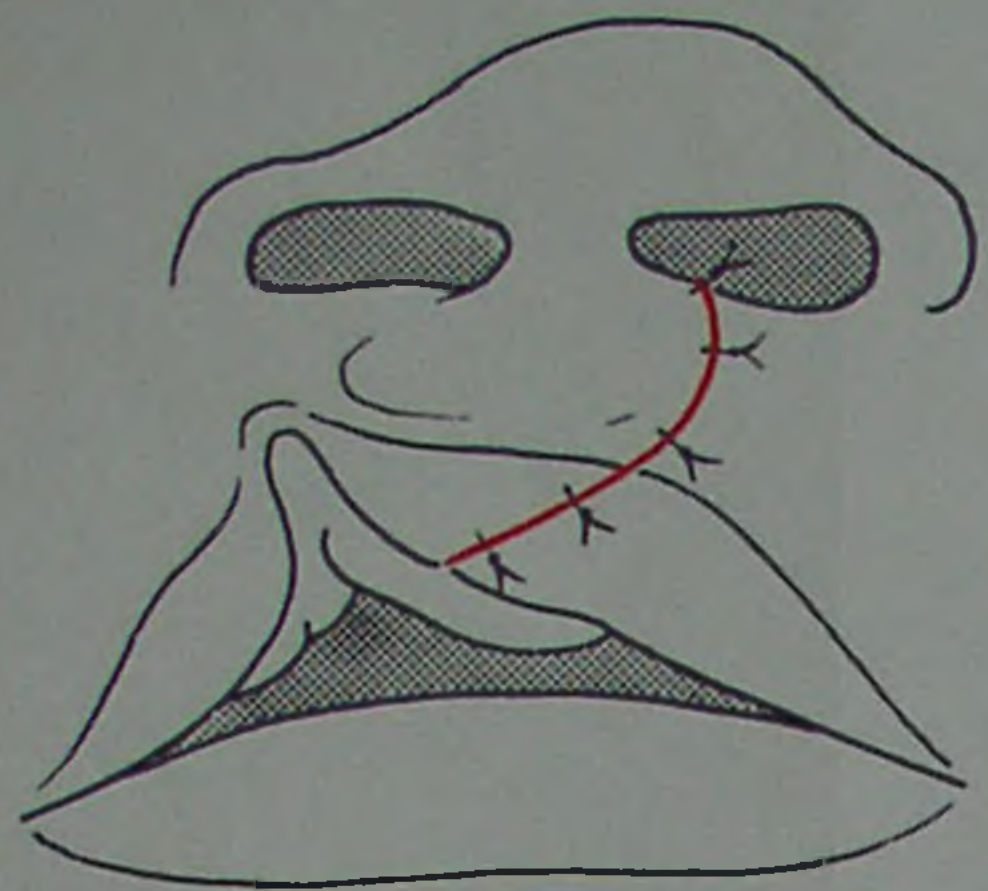
Двусторонняя общая несимметричная расщелина. Больной Ц. П., 10 месяцев, история болезни № 10 919. 1. С левой стороны общая расщелина, справа — расщелина с мостиком. Межчелюстная кость выдвинута к полюсу правой половины челюсти. — 2. Схематический набросок разрезов, производимых при опера-



(1)

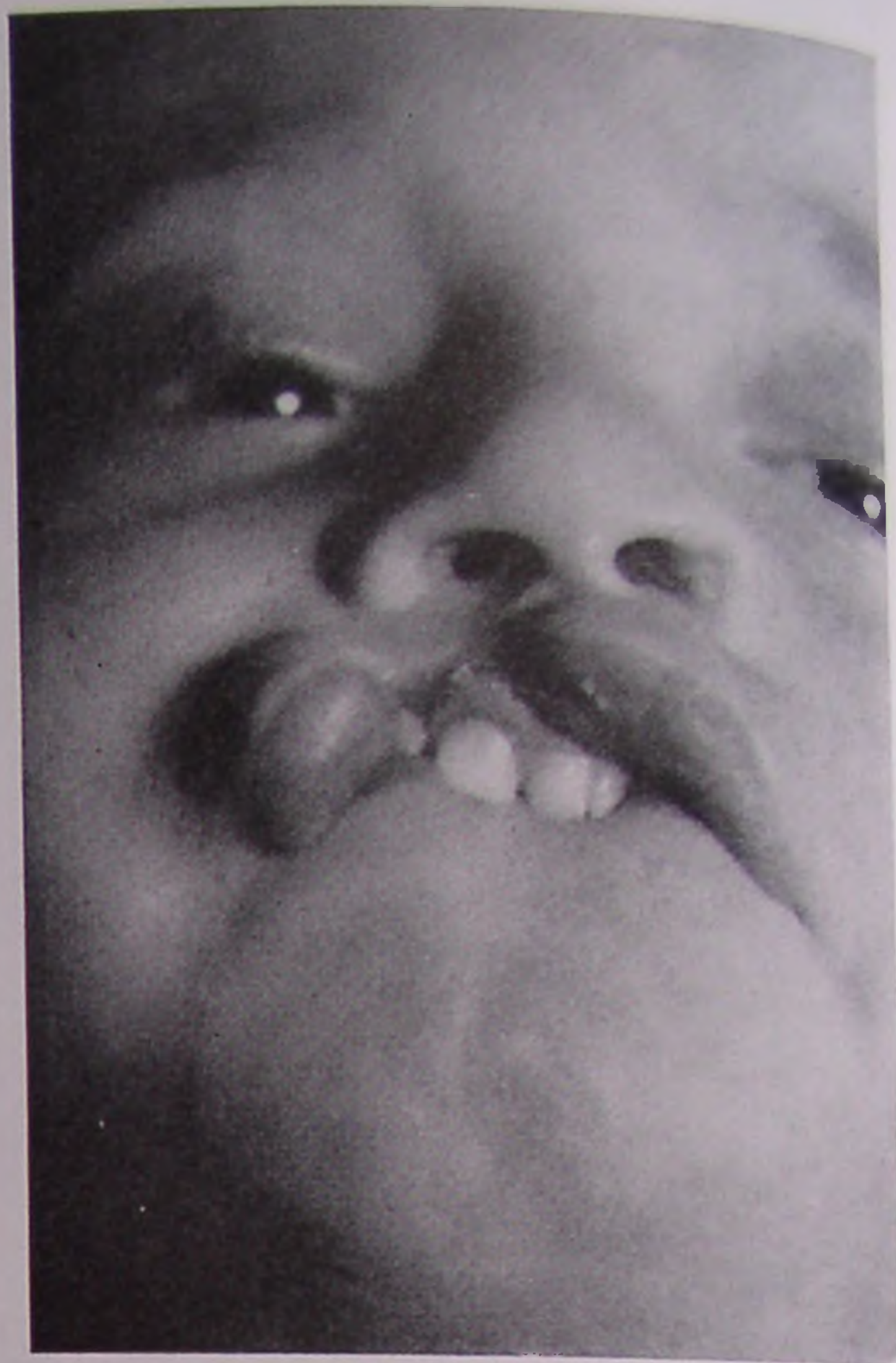


(2)



(3)

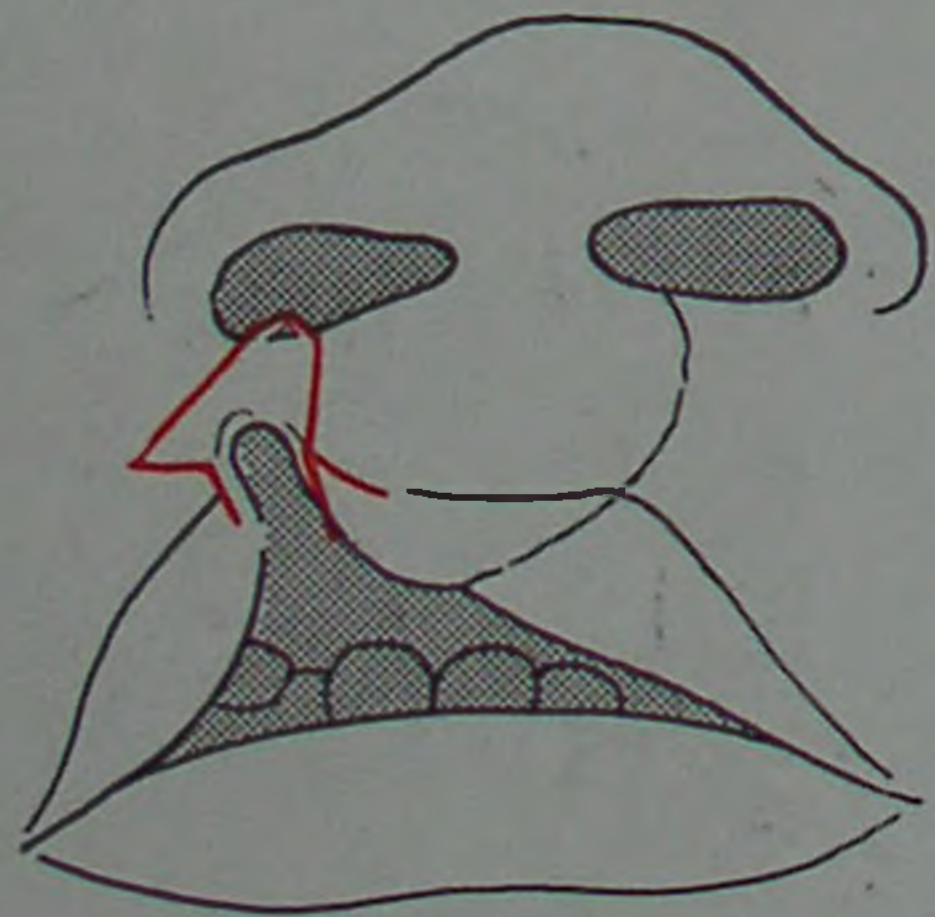
ции. — 3. Схематическое изображение состояния после окончания операции на левой стороне. — 4. Ребенок после операции на левой стороне; в данном случае перед нами случай неполной



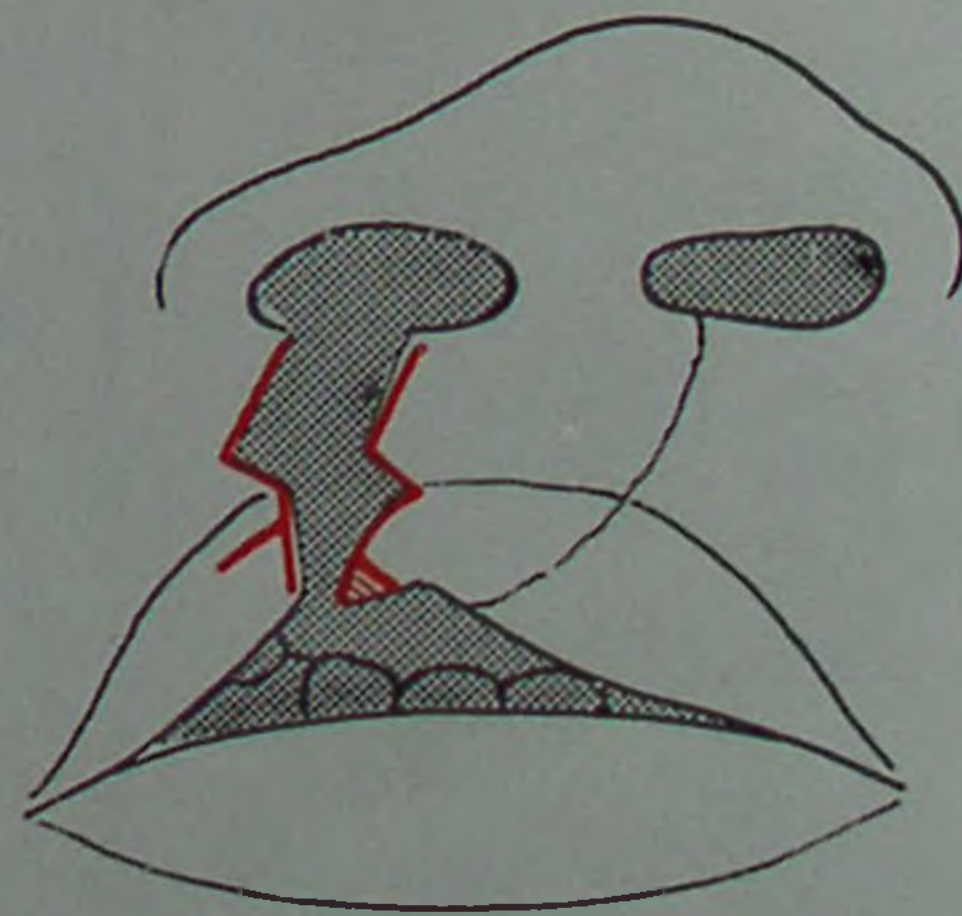
(4)

правосторонней расщелины губы. — 5. Схема разрезов для операции на правой стороне. Так как теперь уже имеет место неполная расщелина, операция на губе производится с помощью

(5)



(6)



лоскута Блэра-Брауна. — 6. Общий вид разрезов перед наложением швов. — 7. Состояние после сшивания правой стороны. — 8. Мальчик в возрасте 5 лет. Удалось добиться довольно хорошего внешнего вида губы. — 9. Соотношение обеих губ правды Павлой Нежаровой.



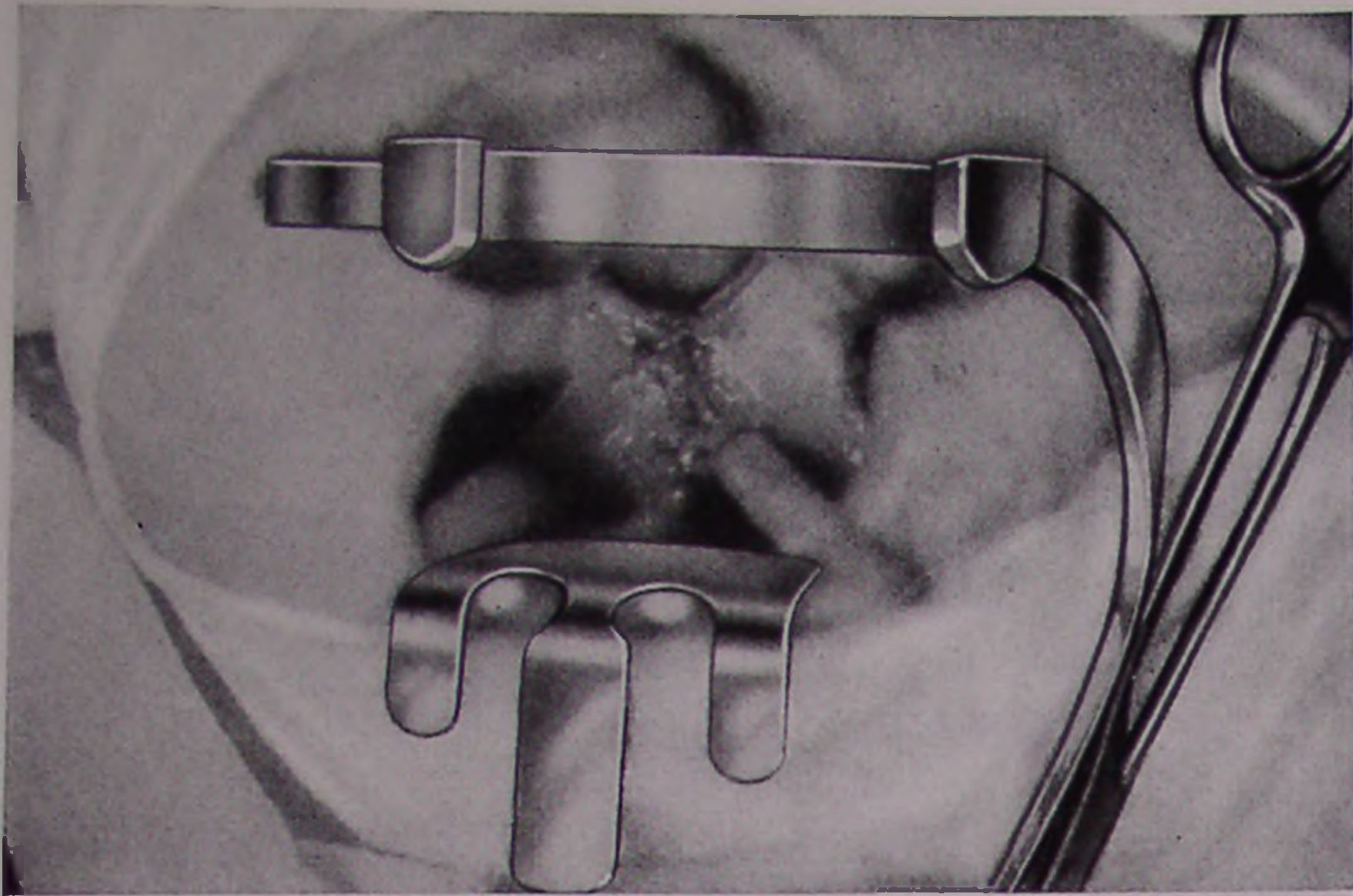
(7)



(8)



(9)

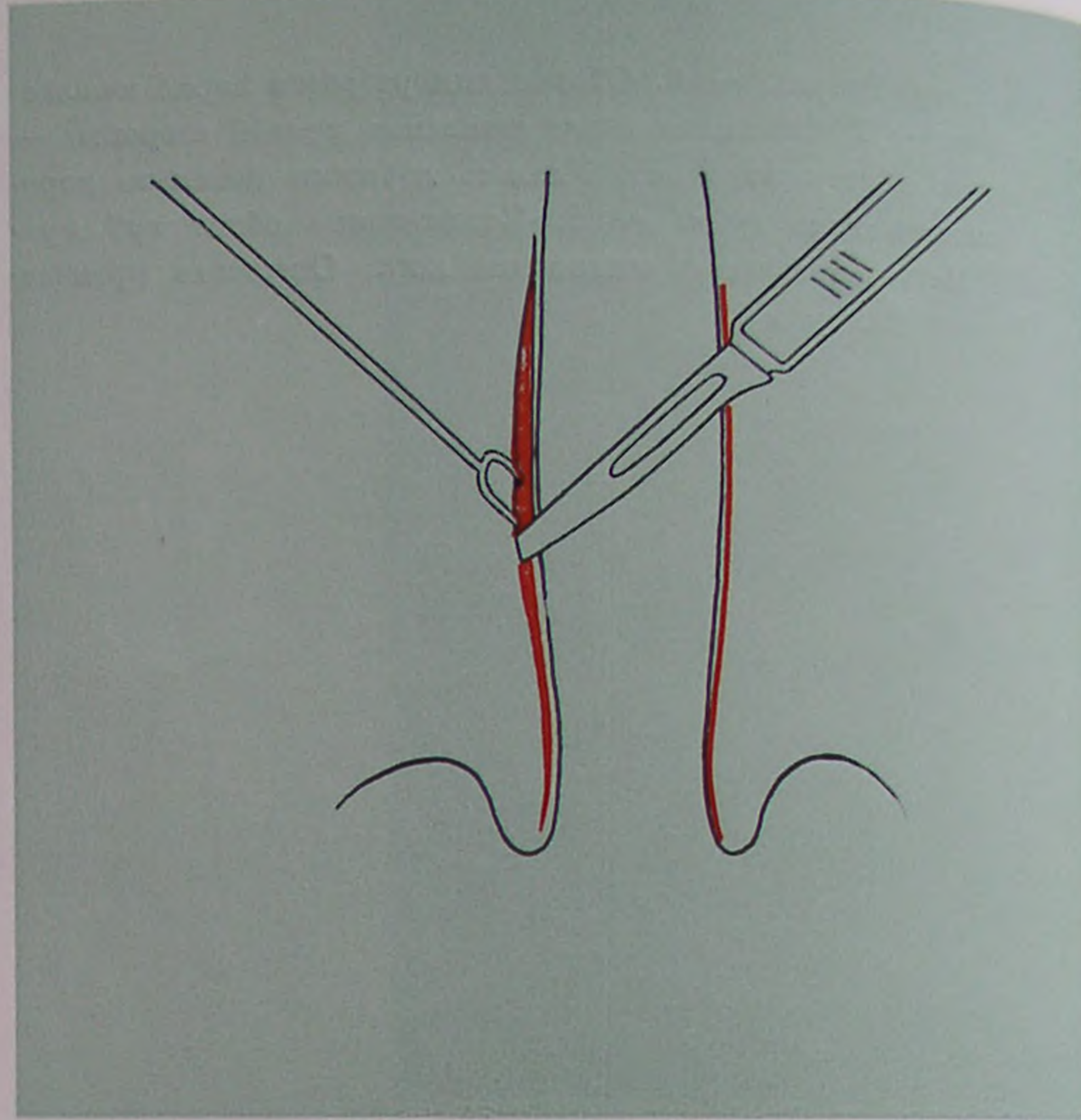
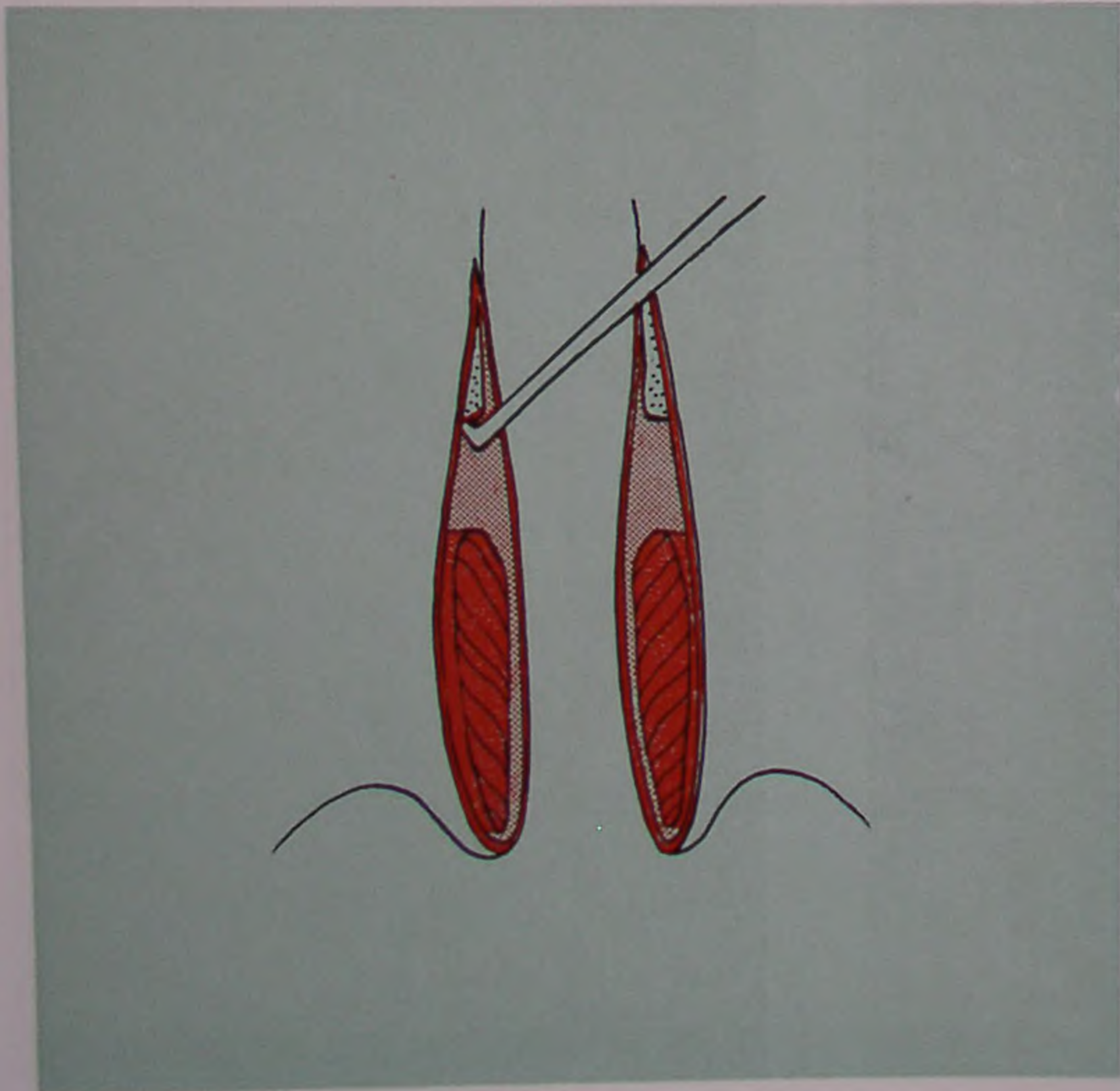


(1)

Р И С. 101.

Двусторонняя общая расщелина. Операция Швекендика (**Schwepkendick**). 1. Широкий диастаз мягкого неба. Введен расширитель

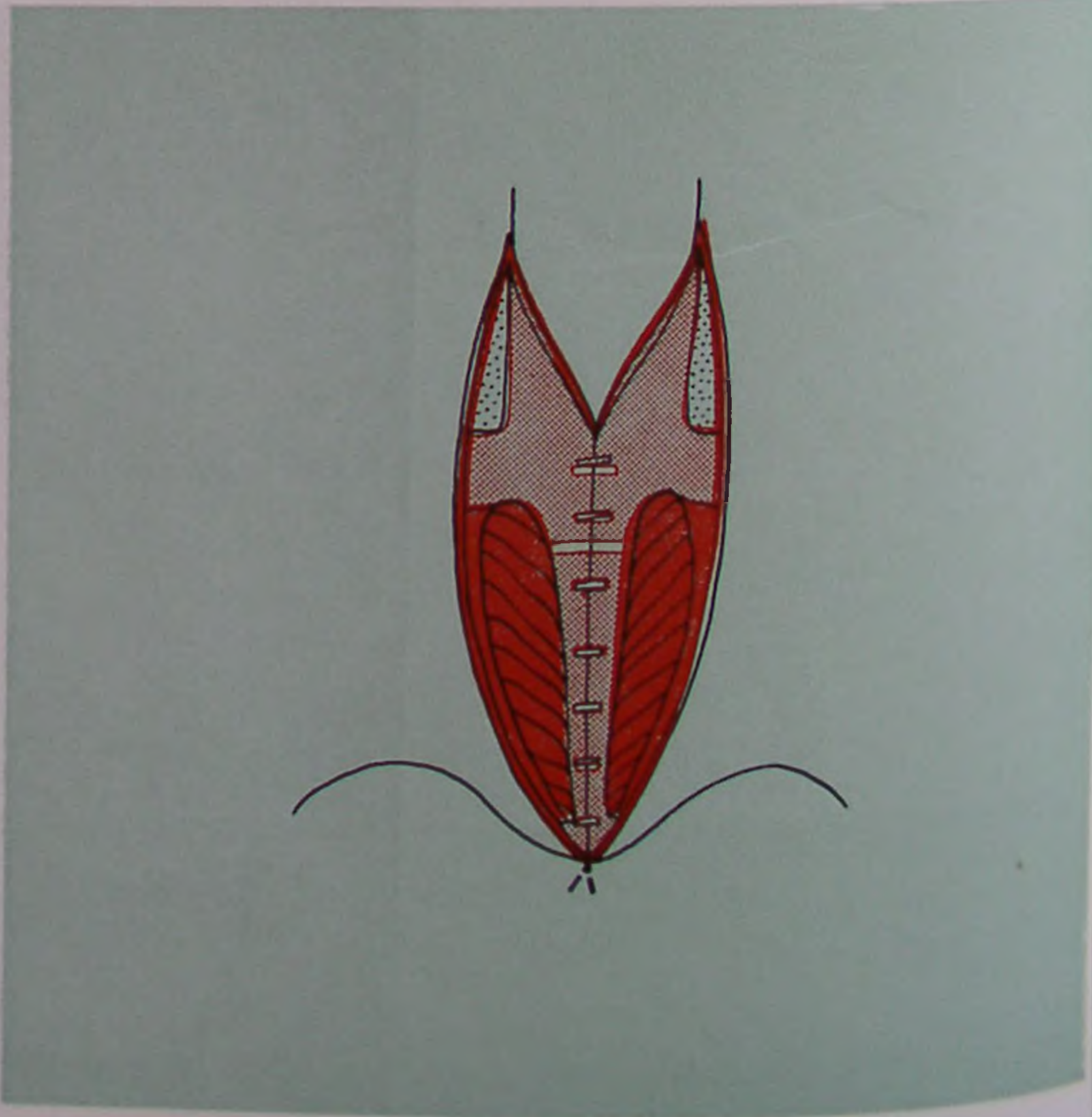
(3)

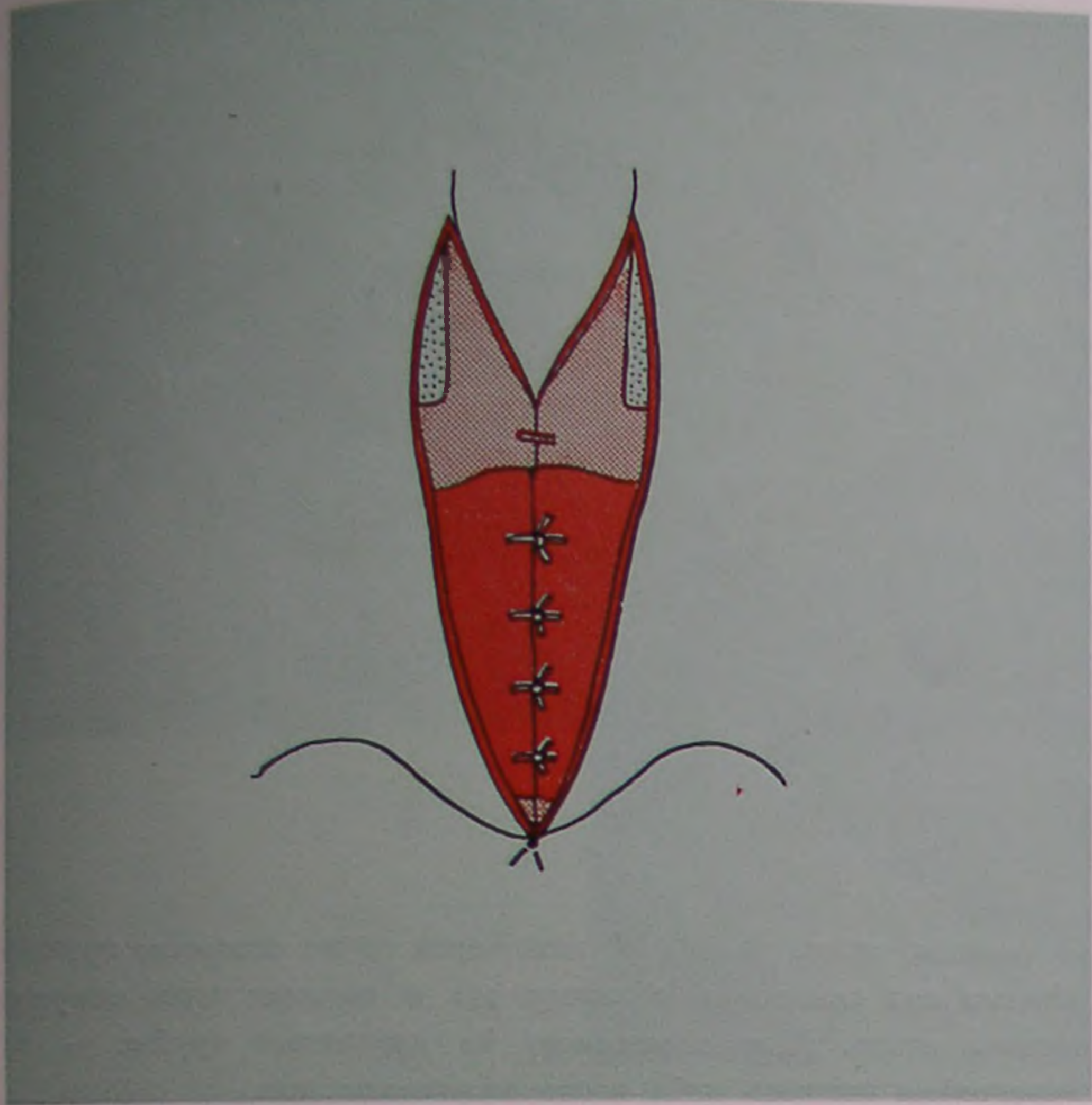


(2)

Килнера. — 2. Рассечение краев мягкого неба. — 3. Отпрепаровка краев расщелины в границах мягкого неба. — 4. Слизистую оболочку носа сшивают кетгутовыми швами. Концы нити завязывают с стороны полости носа. — 5. Мышечный слой сшивают кетгутовыми швами. — 6. Слизистую оболочку рта сшивают вертикаль

(4)

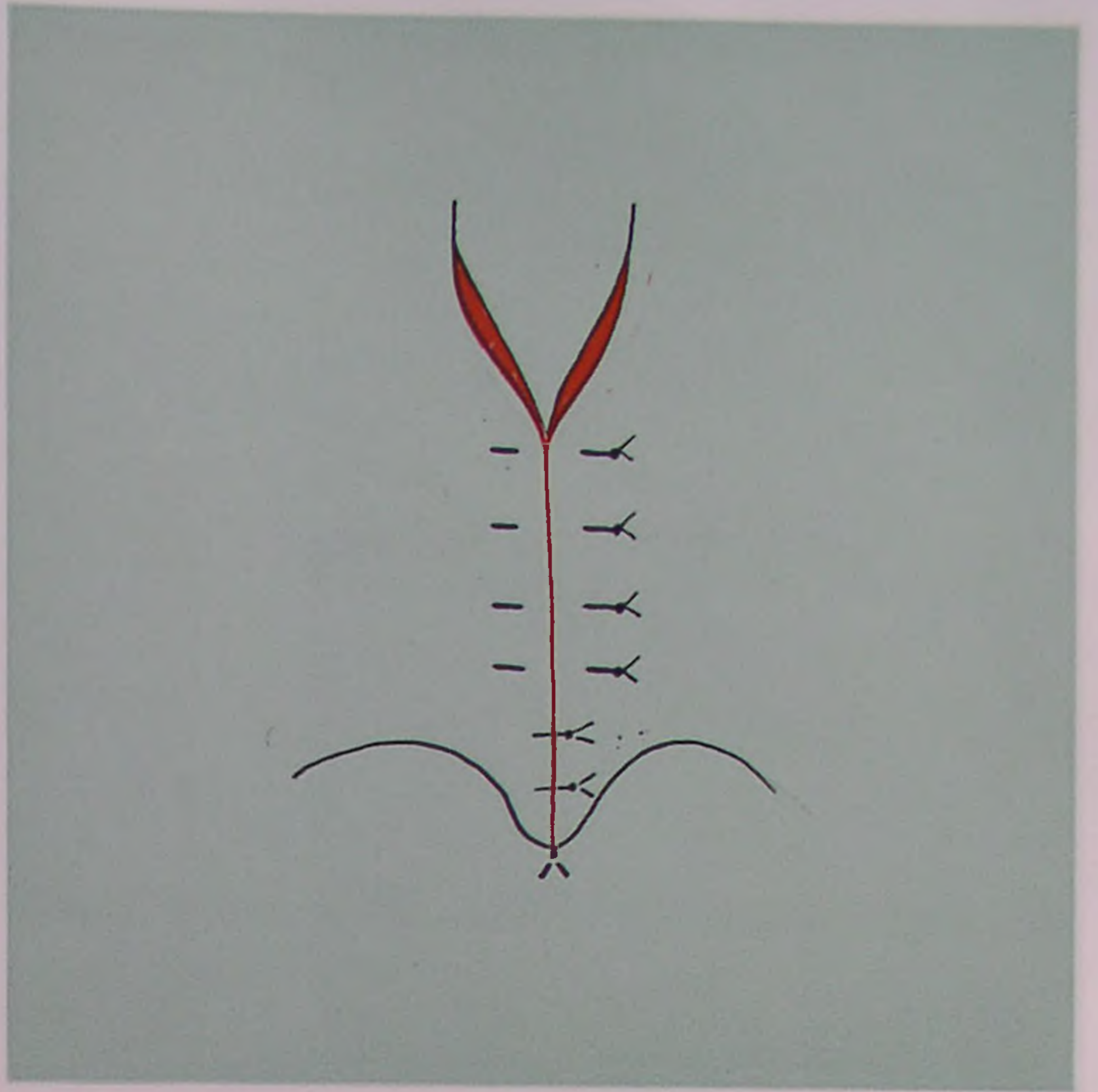
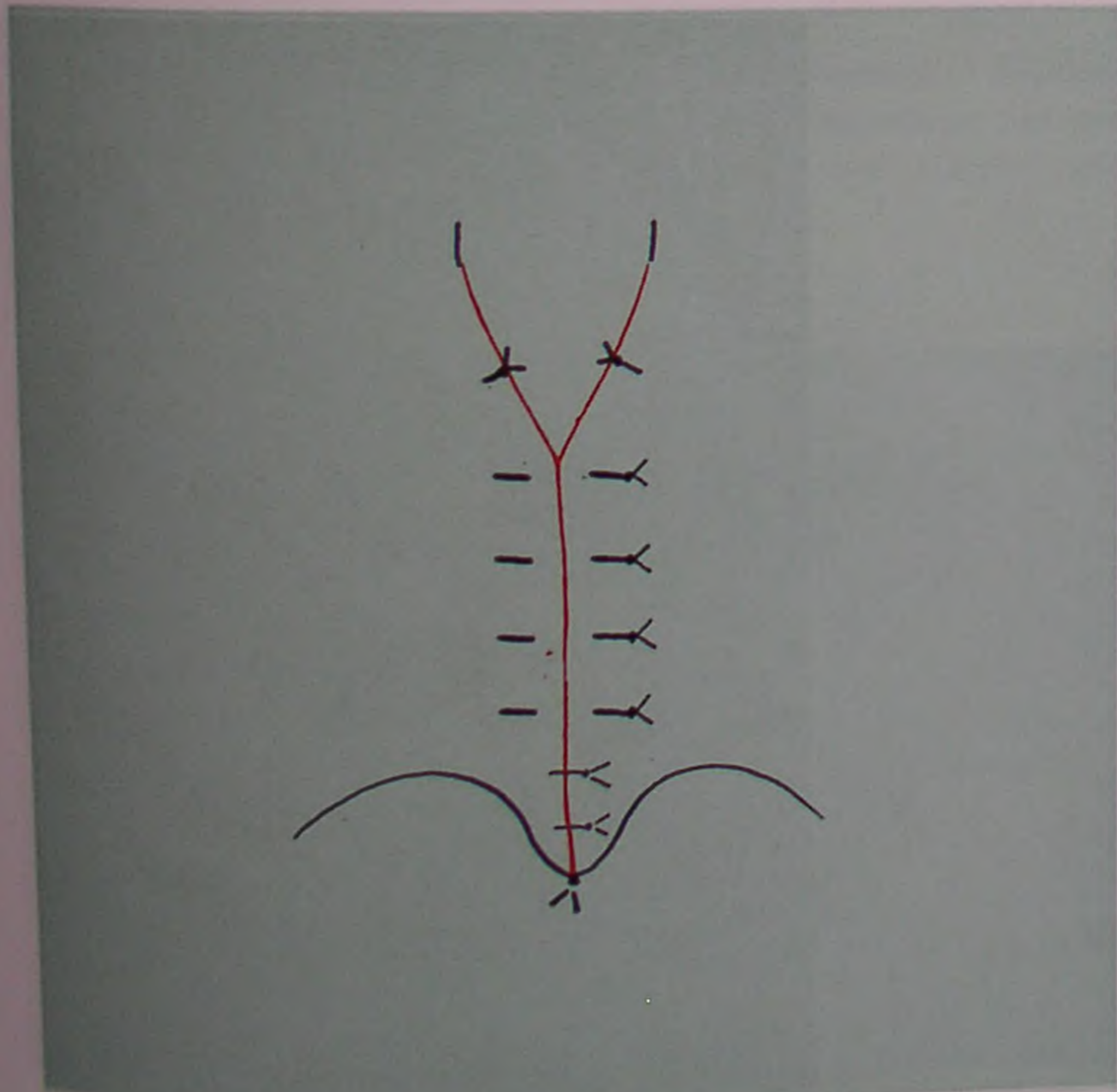




(5)

ными матрацными нейлоновыми швами. Спереди у краев остаются небольшие ранки, которые не удалось закрыть. На них тоже накладывают швы. — 7. Операция окончена. — 8. В случае слишком большого натяжения на рану накладывают вспомога-

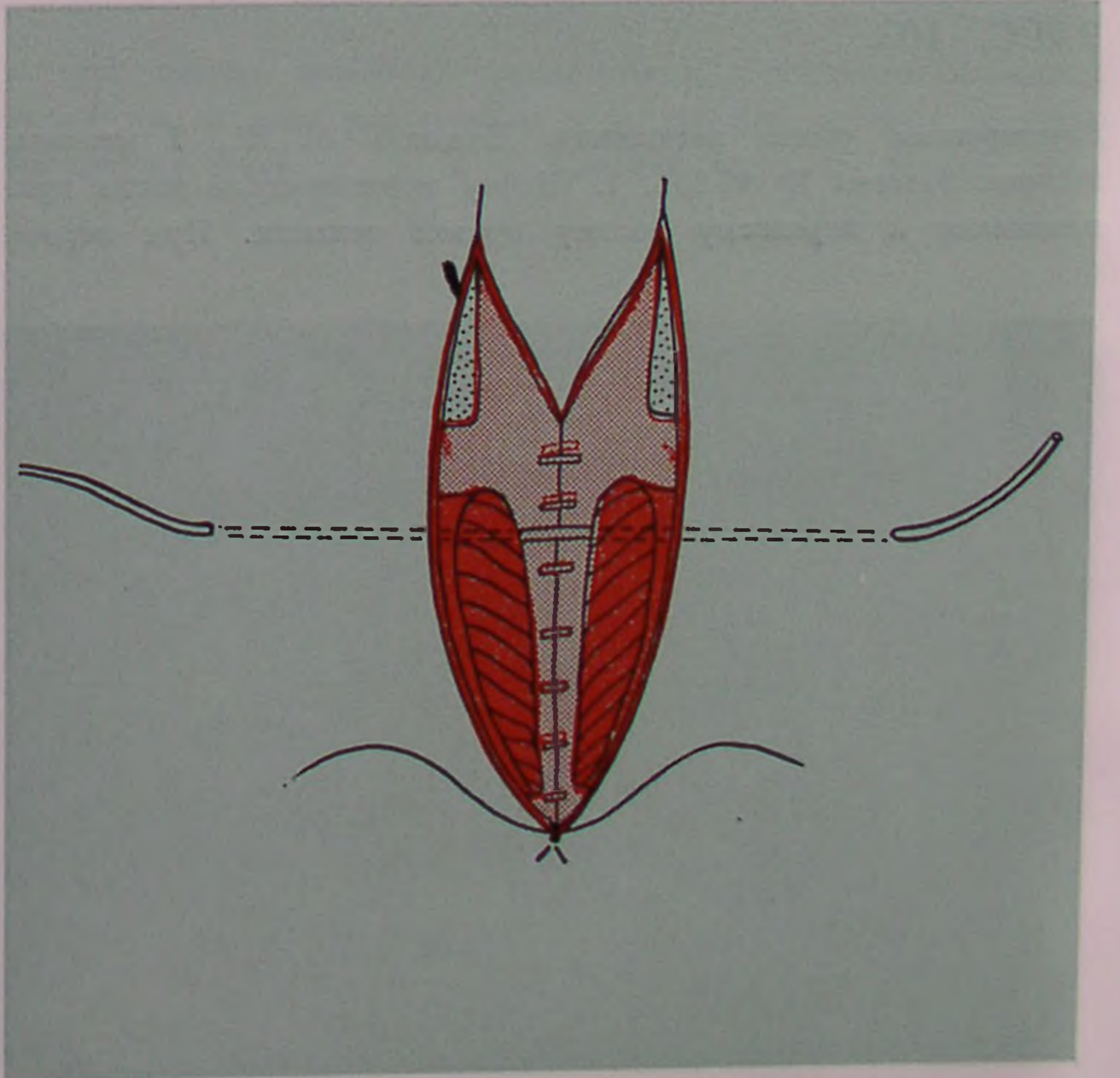
(7)

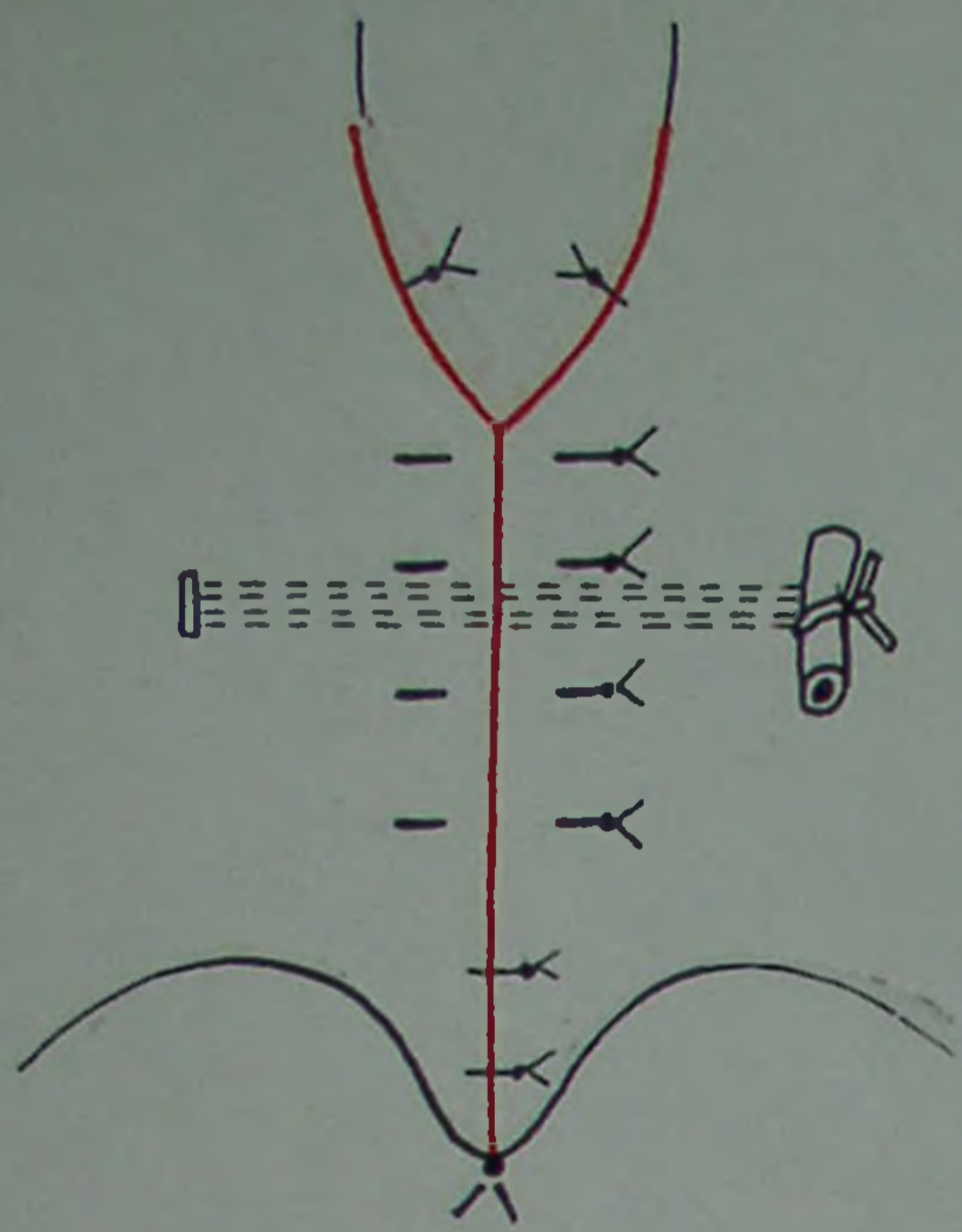


(6)

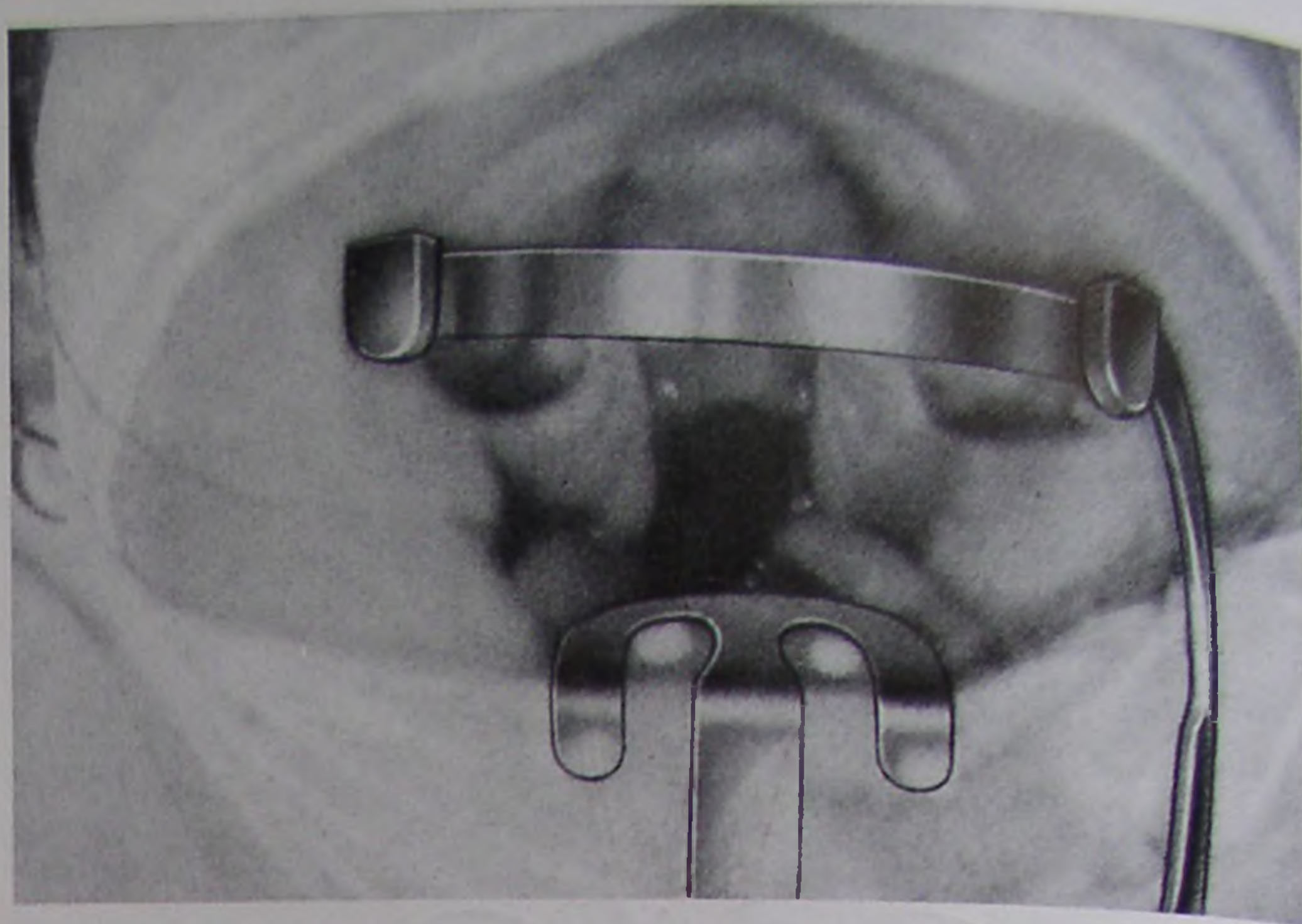
тельные нейлоновые швы. Перед сшиванием мышц вкалывают длинную полузагнутую иглу в наружный край мягкого неба. Иглу проводят между слизистой носа и мышечным слоем мягкого неба на противоположную сторону. — 9. После наложения швов

(8)





(9)



(10)

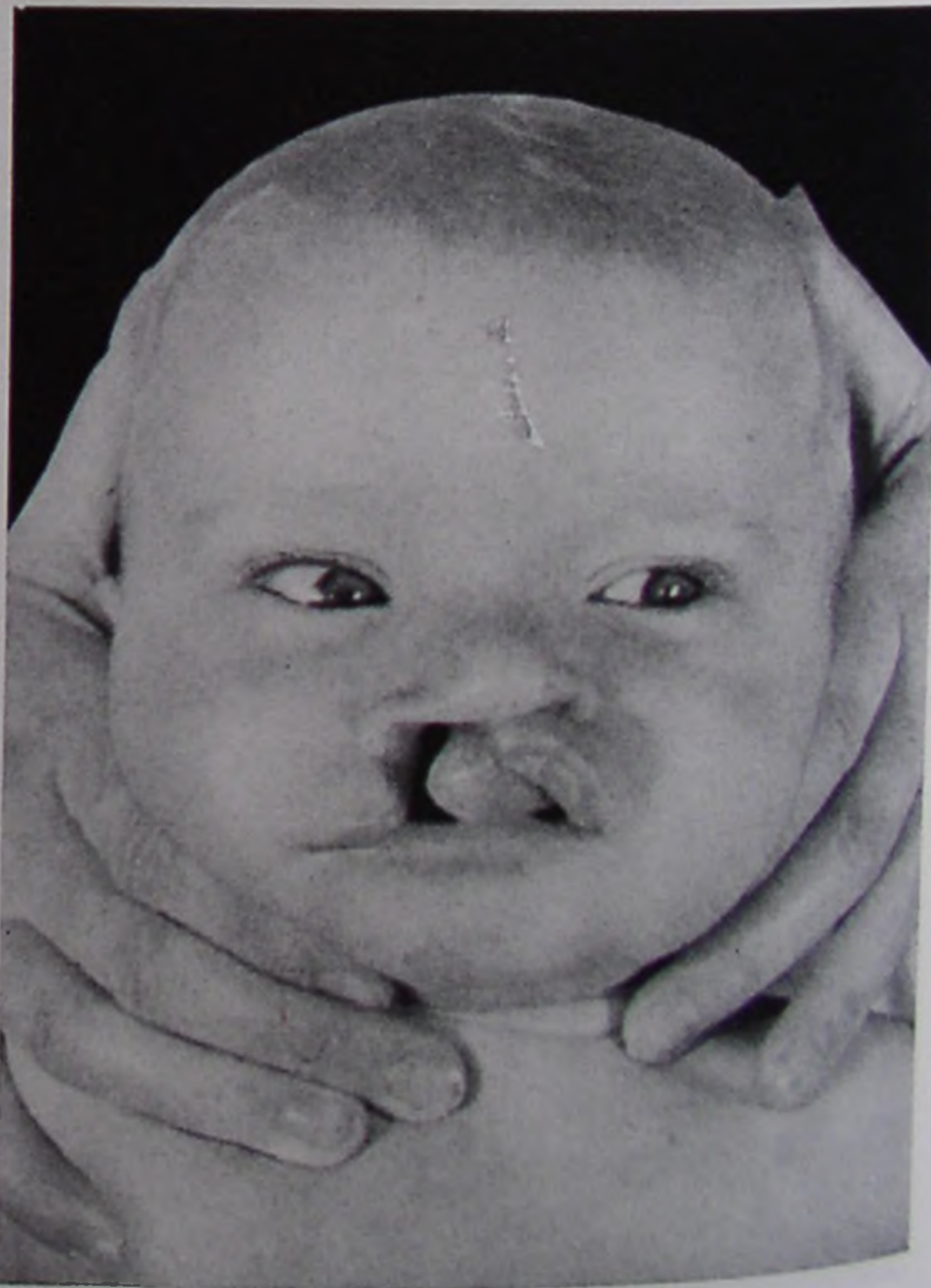
на мышцы, вспомогательный шов через то же отверстие проводят обратно под слизистую оболочку рта и выводят через отверстие первого вкола. Шов завязывают на дренажной трубке. — 10. Фотография мягкого неба после наложения шва.

Р И С. 102.

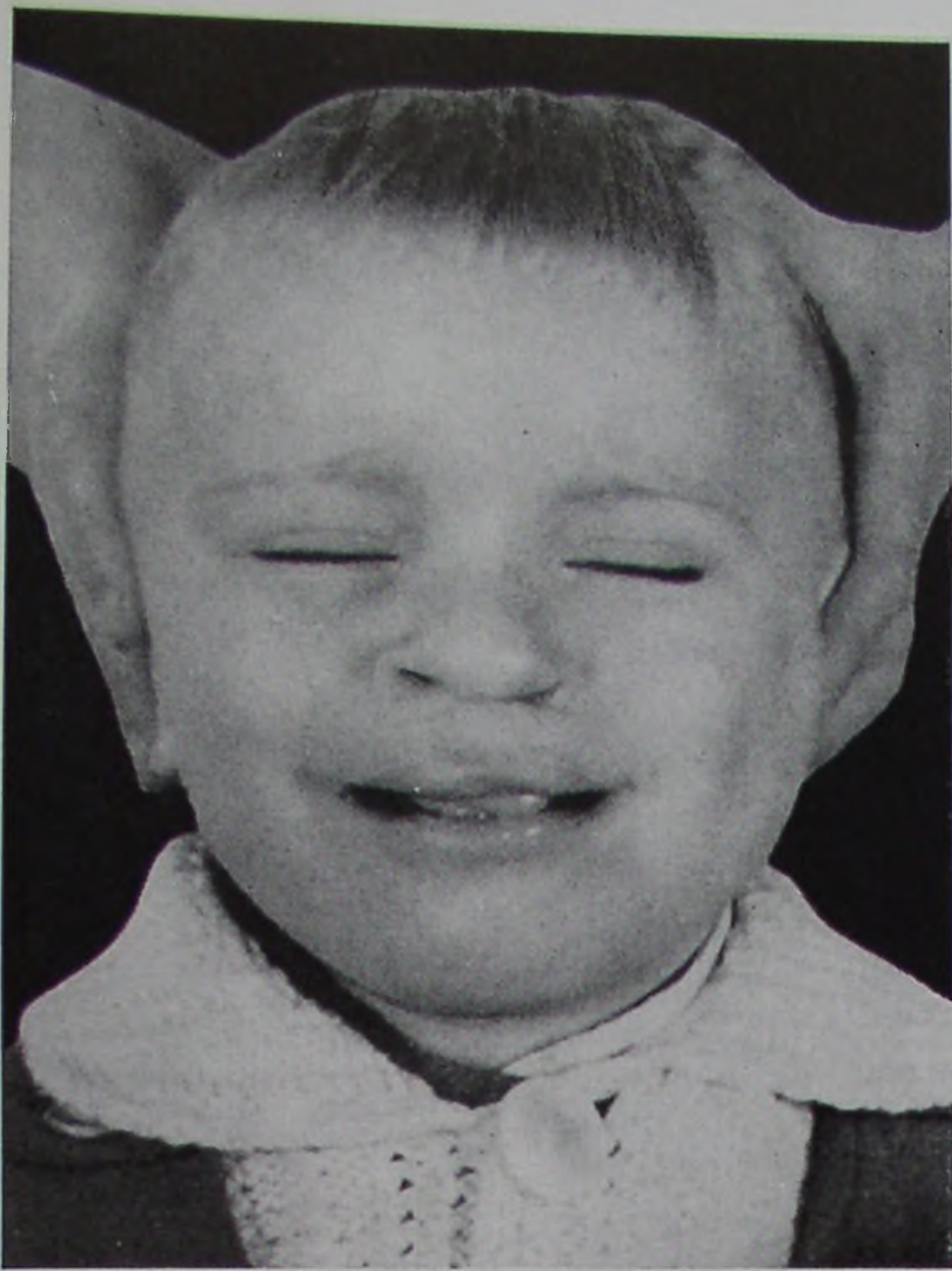
Двусторонняя общая расщелина. Больной А. Ж., 7 месяцев, история болезни № 45 531. 1. Шейку межчелюстной кости прикладывают к переднему полюсу правой челюсти. При первом



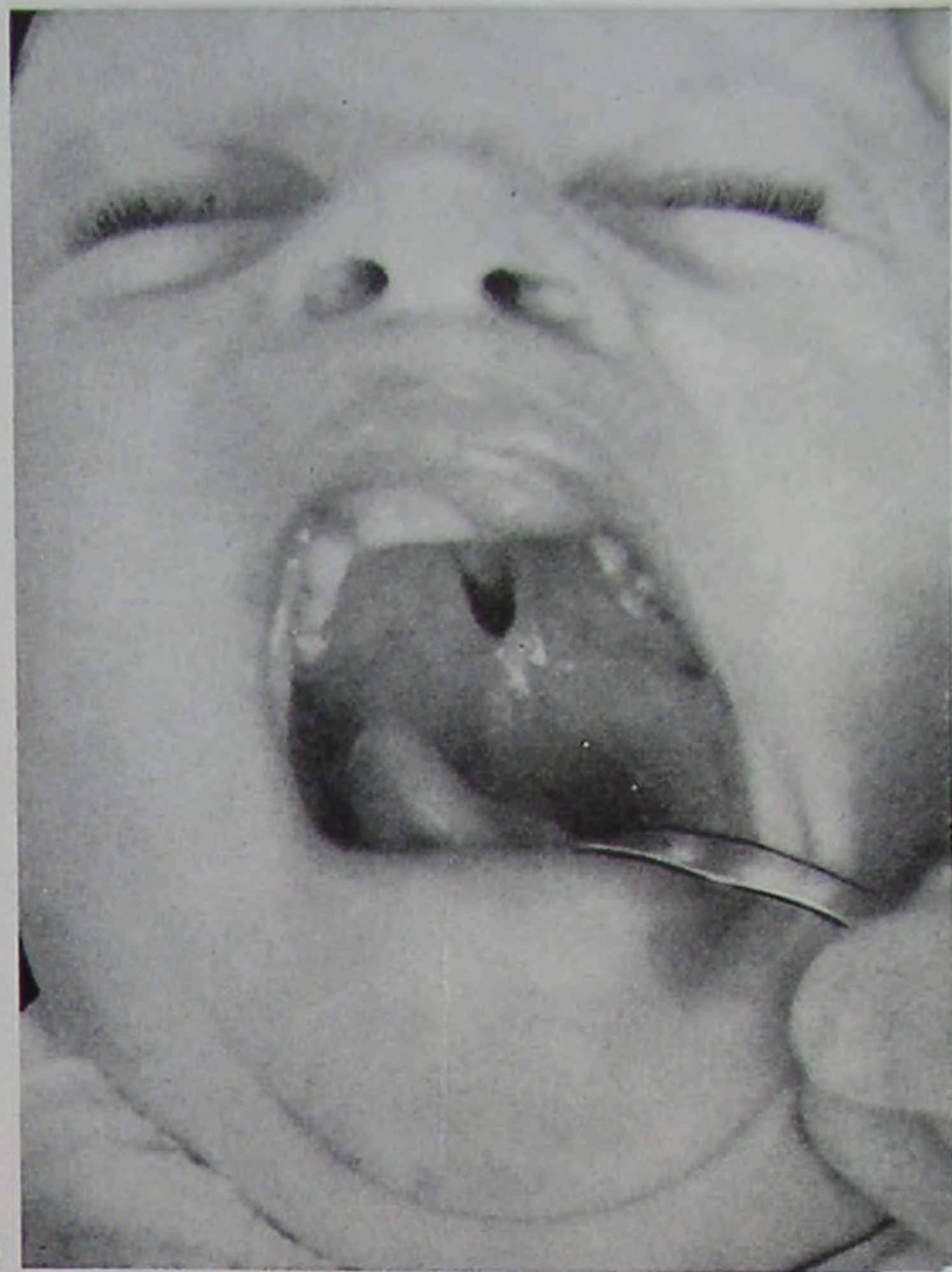
(1)



(2)



(3)



(4)

этапе операции производят сшивание мягкого неба и левой стороны губы. — 2. Состояние после первого этапа операции. Межчелюстная кость очутилась на средней линии. — 3. Состоя-

ние после второго этапа операции. — 4. По прошествии 26 месяцев можно наблюдать значительное сужение расщелины твердого неба.

РИС. 103.

Правосторонняя общая расщелина средней тяжести. Больной И. К., 7 месяцев, история болезни 49 056. 1. Основание правого крыла носа расположено гораздо ниже, чем левого. Мягкое небо

и губа сшиты способом, предложенным Теннисоном-Рандаллом, ткани крыла носа расслаивают и крыло формируют с помощью матрачных швов. — 2, 3, 4. Больной через 16 месяцев после

(1)



(2)





(3)

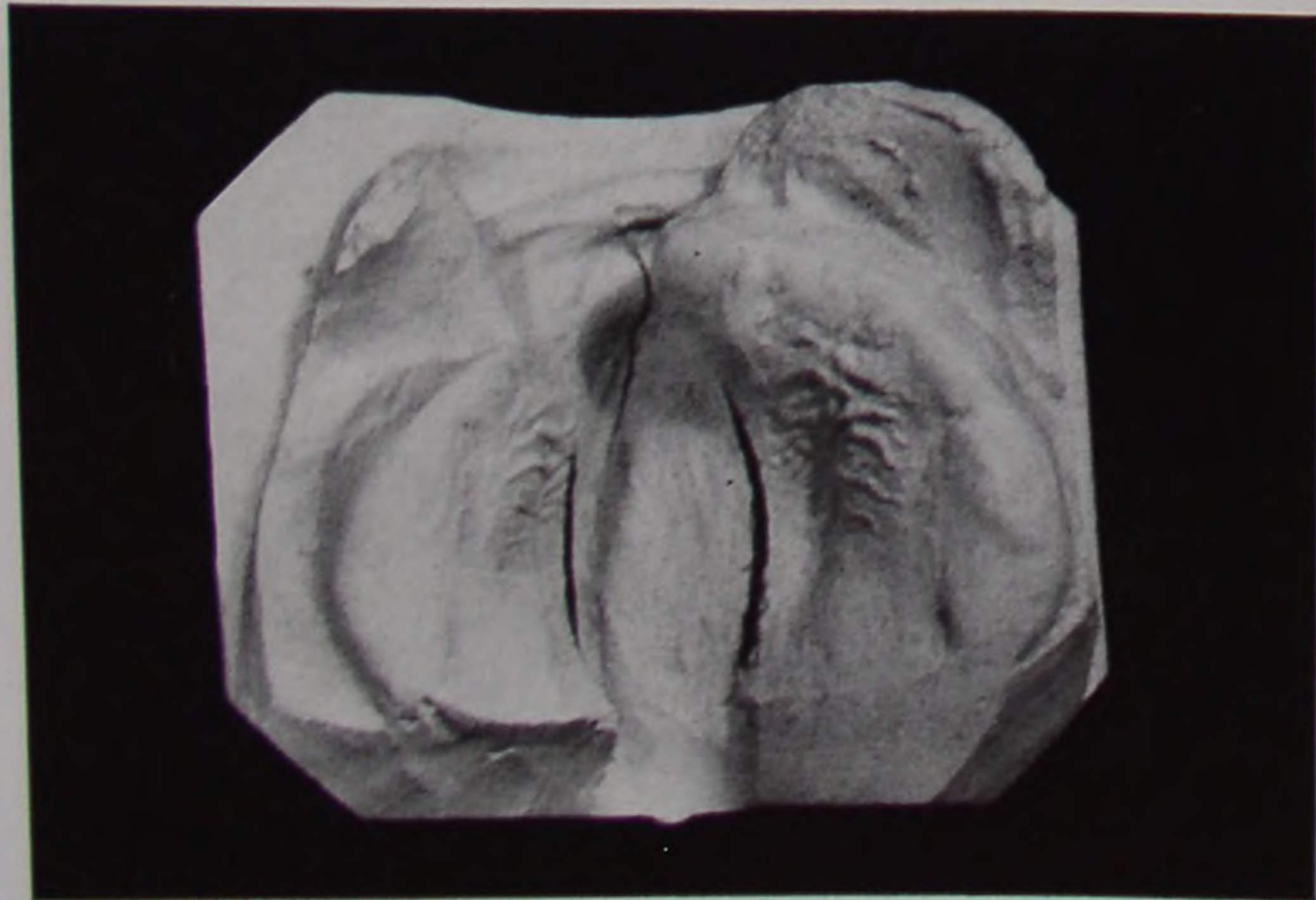


(4)

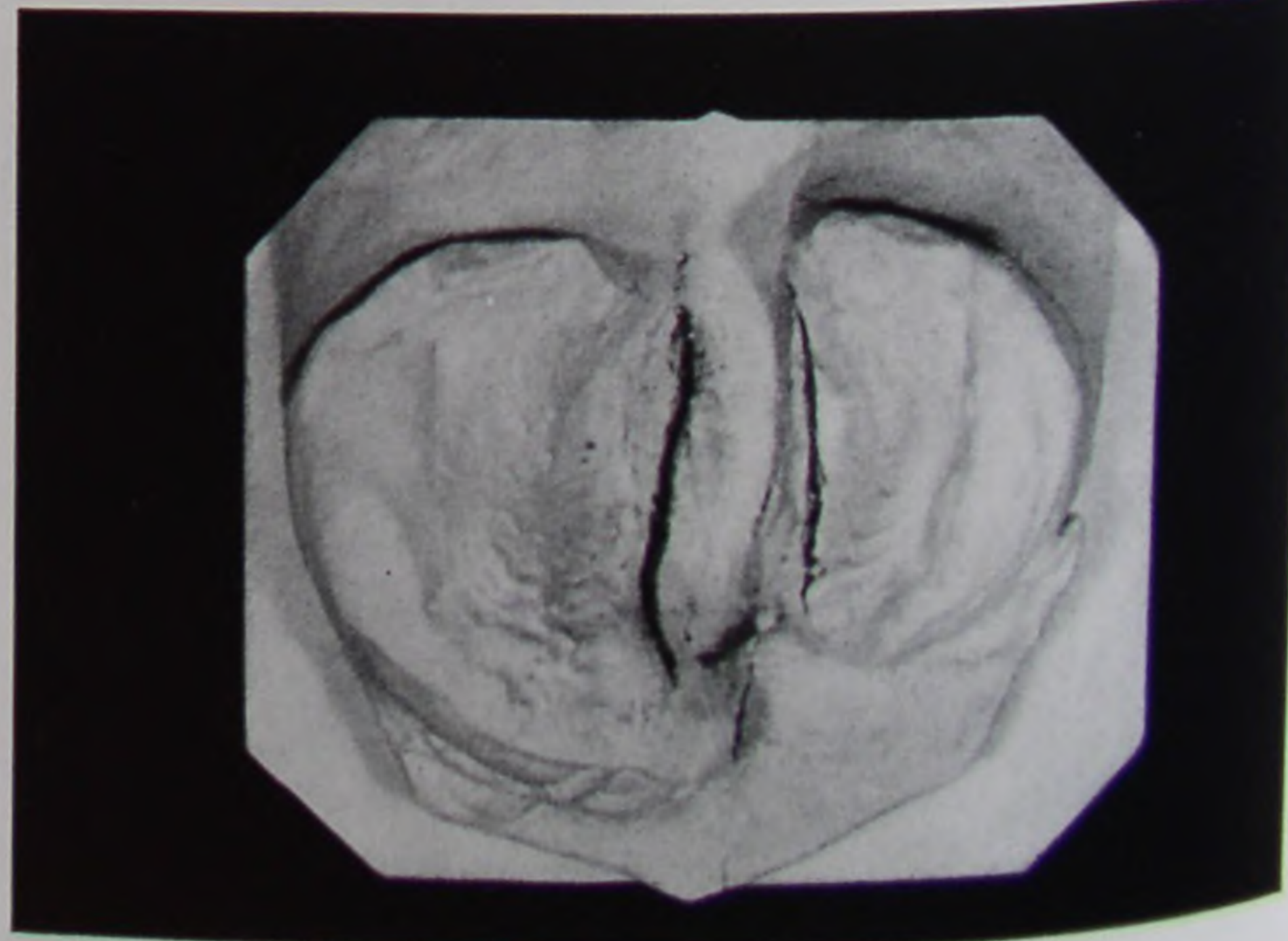
операции. Губа и нос хорошо сформированы. Соотношение обеих губ правильное. — 5. Слпок неба перед операцией. — 6. Слпок, сделанный через 16 месяцев после операции, свидетель-

ствует о значительном сужении расщелины твердого неба вполне правильной форме альвеолярной дуги.

(5)



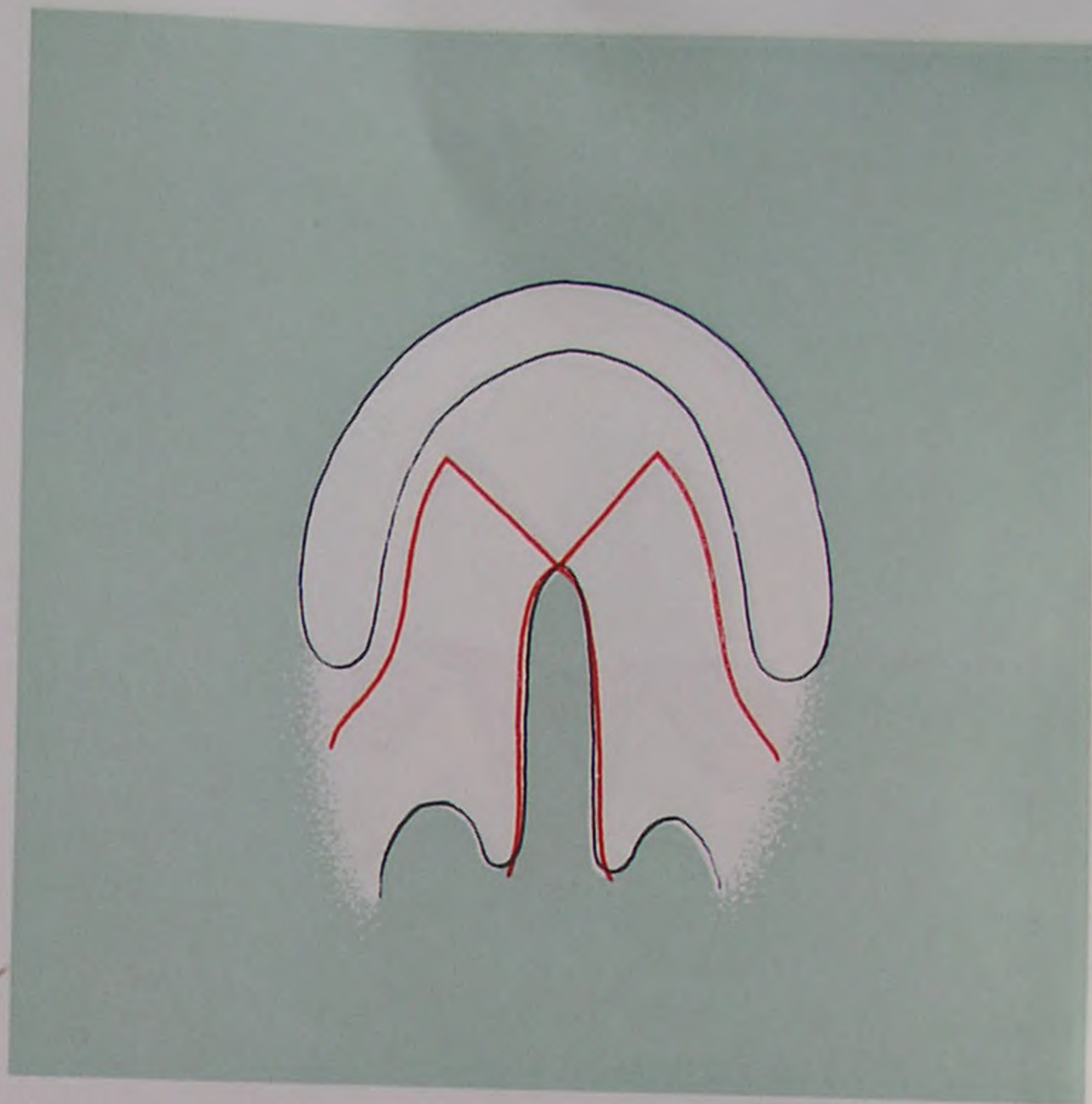
(6)



Р И С. 104.

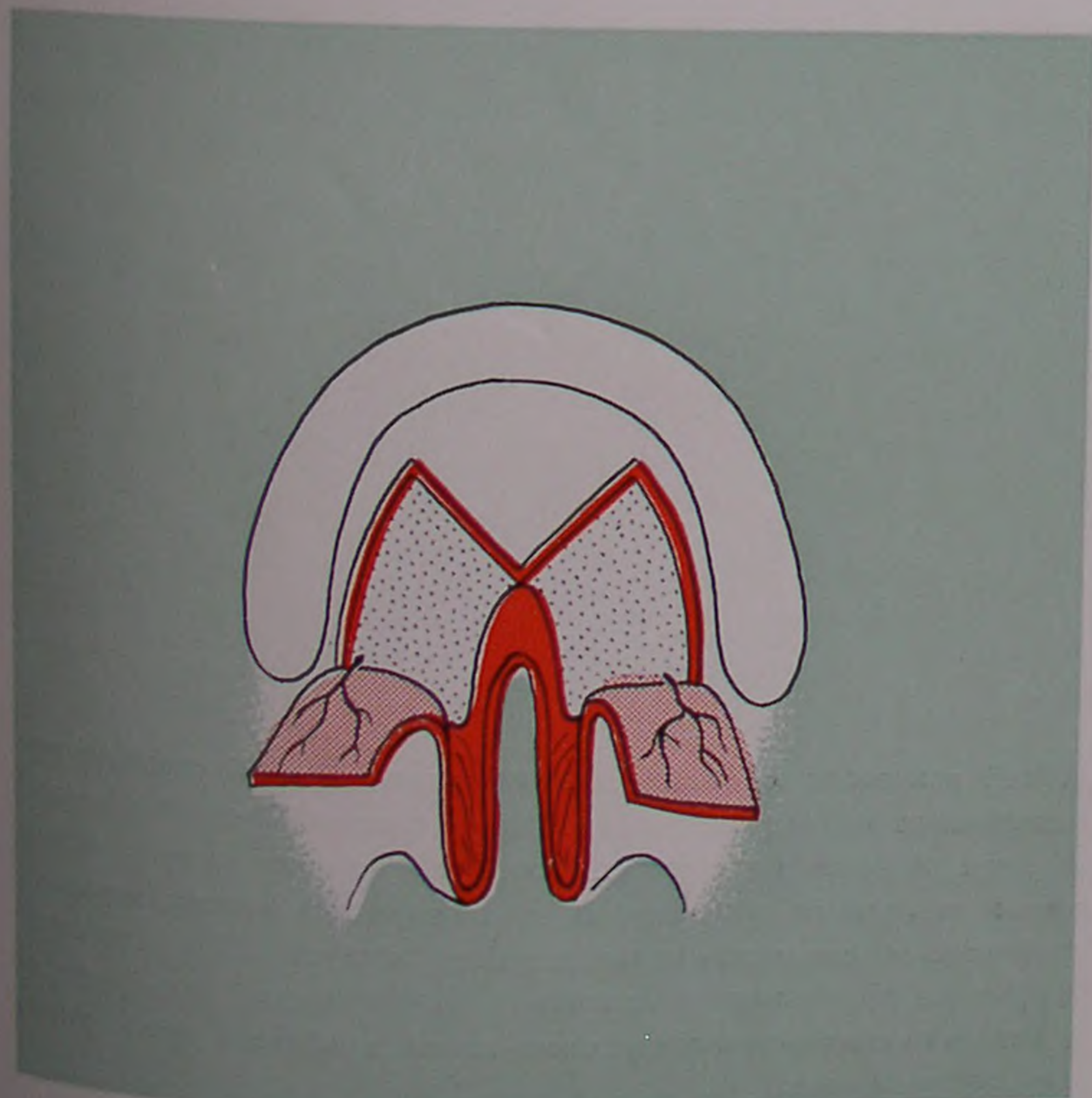
Операция Во-Килнера-Вердилла (Veau-Kilner-Werdill). Расщелина мягкого и части твердого неба, неширокая, с очень хорошо развитым мышечным слоем и длинной небной занавеской.

1. Схема очертаний небных лоскутов, выкроенных на внутренней стороне альвеолярного отростка. Разрез идет от заднего края к области клыка, где под острым углом заворачивается кзади и медиально к высшей точке расщелины. Субпериостально вводят 0,5% раствор новокаина с адреналином. Это облегчает отслойку слизисто-надкостничного лоскута и уменьшает кровотечение. Спереди остается широкий треугольник слизисто-подслизистого слоя. Края мягкого неба рассекают до верхушки язычка. — 2. Отслойку слизисто-надкостничных небных лоскутов производят до заднего края небных пластинок. — 3. Большую небную артерию осторожно освобождают от краев костного отверстия и без насилия извлекают из костного канала. Расширитель Трела помещают у задней небной ости, где слизисто-надкостничный слой менее прочно связан с костью. Производят отслойку носовой слизисто-надкостничного лоскута от носовой поверхности небной пластинки до переднего края расщелины. Отделяют небный апоневроз от заднего края небной пластинки, а у наружного конца надламывают крючок крыловидного отростка. То же произ-

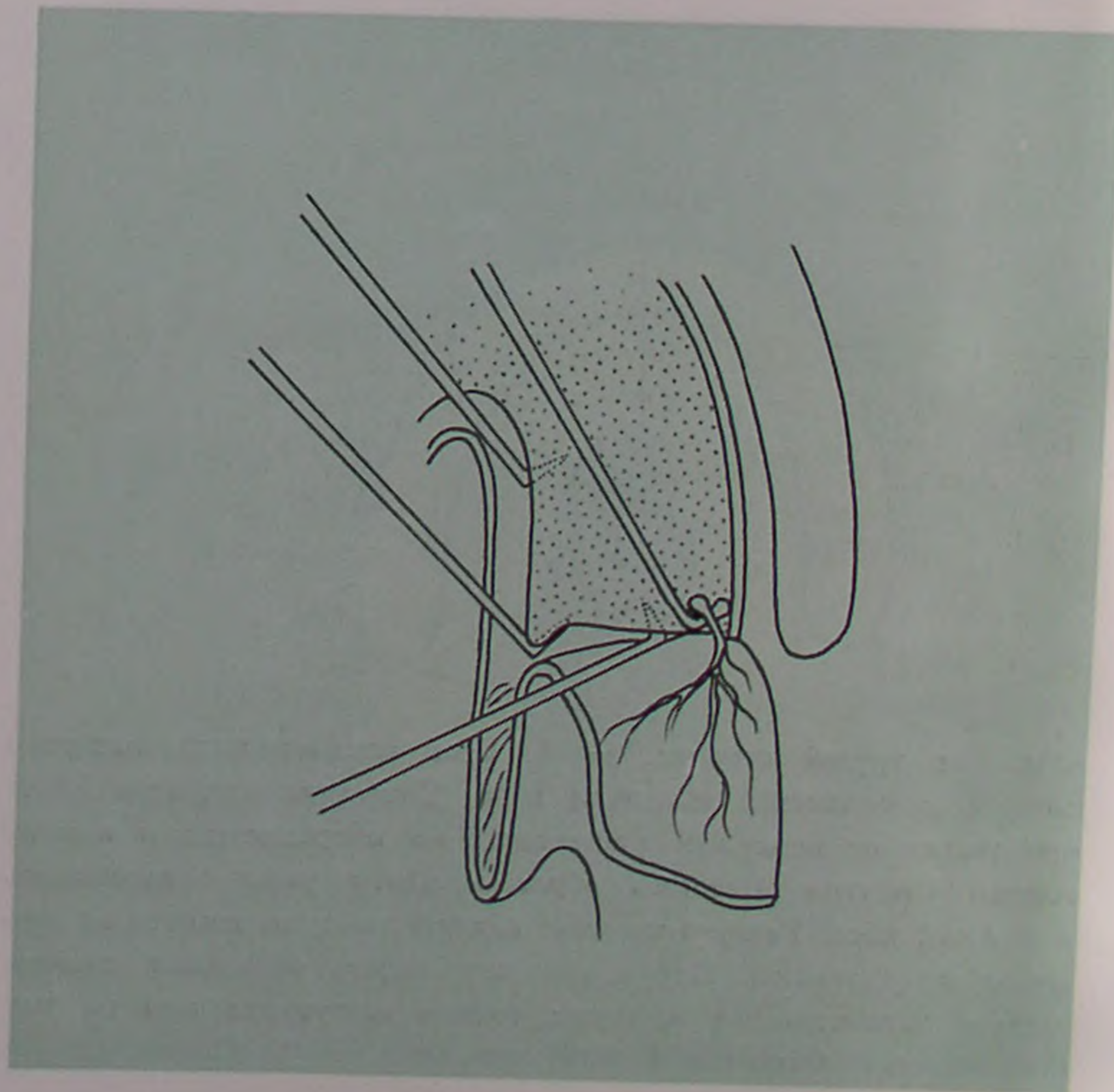


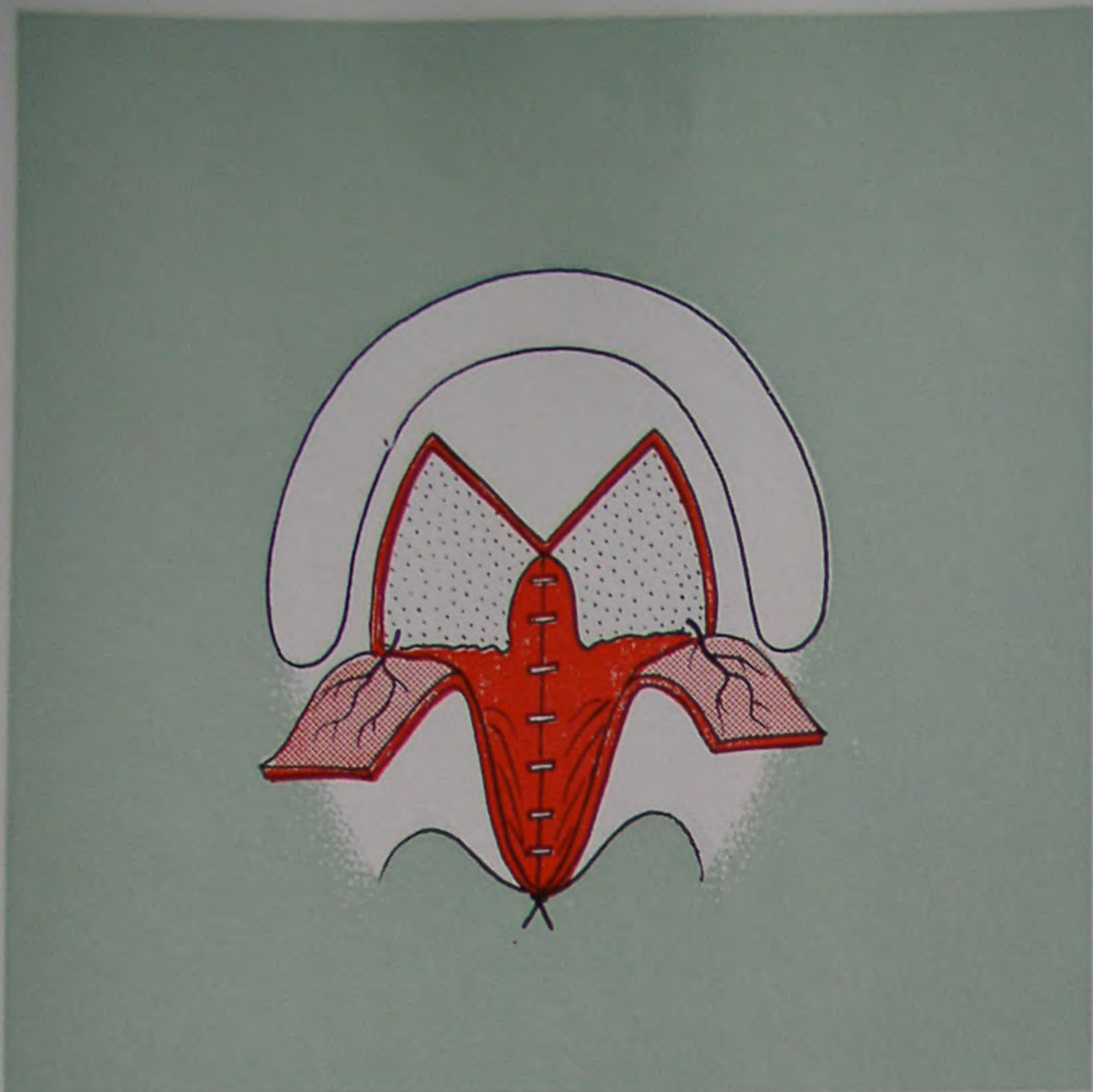
(1)

(2)

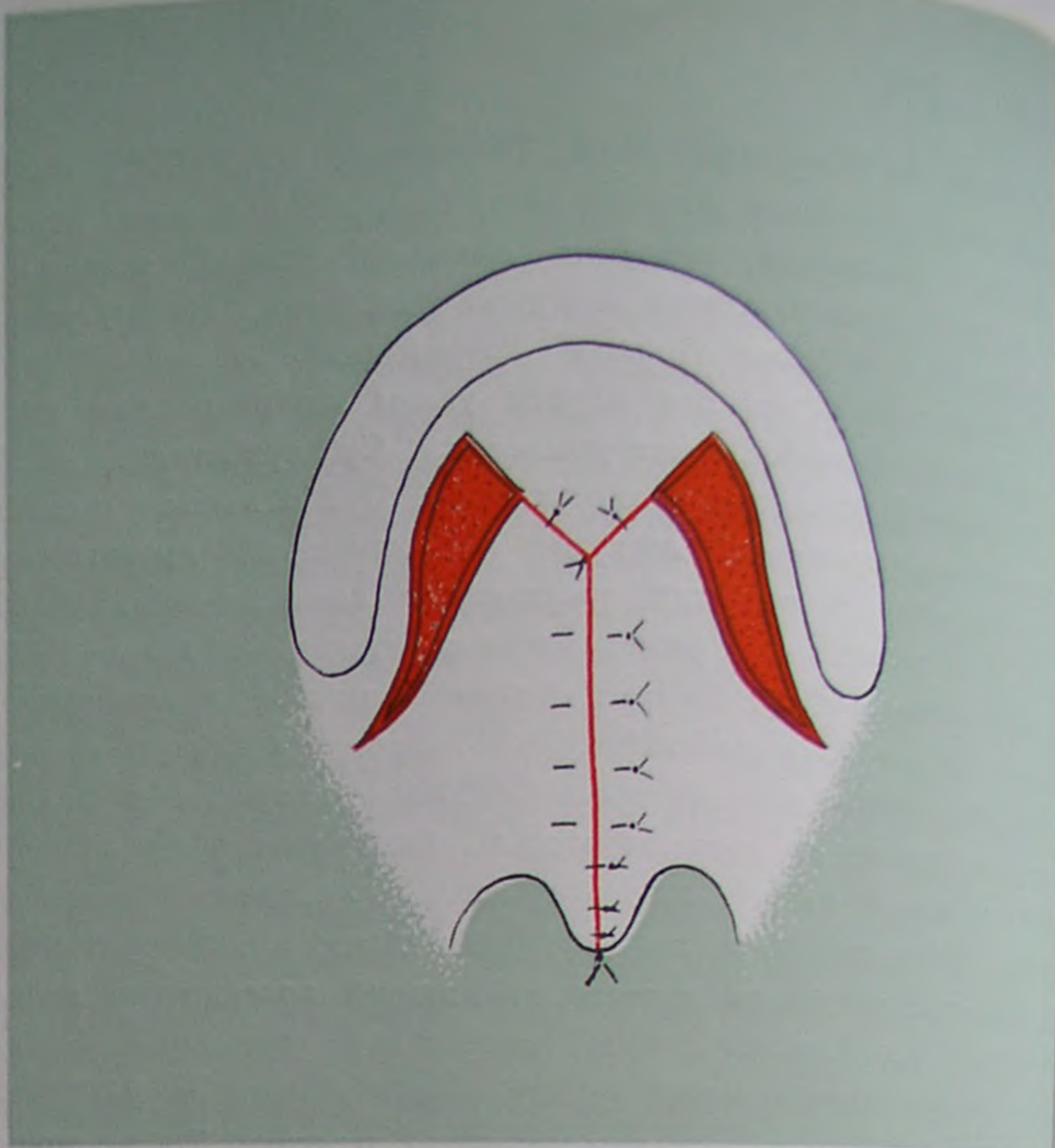


(3)





(4)



(5)

водят на другой стороне. — 4. Шов слизисто-надкостничного лоскута и слизистой оболочки неба. Сшивание слизистой носа производят от верхушки расщелины по направлению к язычку тонким кетгутом и таким образом, чтобы узлы завязывались в полости носа. Кетгутовые швы накладывают на язычок от вершины к основанию. Перед тем как сшить основание язычка, следует наложить два или три тонких кетгутовых шва на мышечный слой язычка и небной занавески. — 5. Слизистую рта

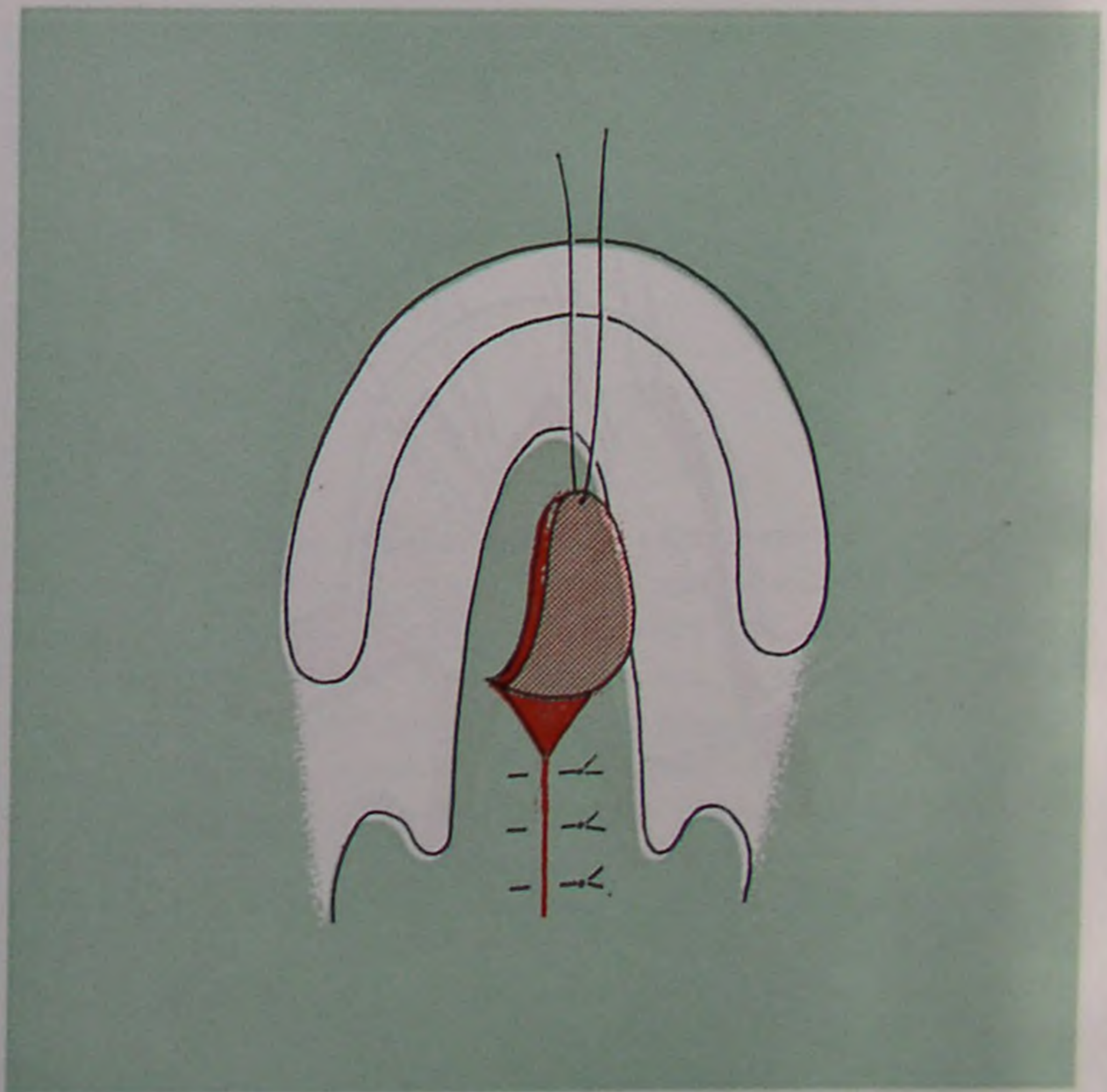
небной занавески и слизисто-надкостничный слой сшивают вертикальными матрацными нейлоновыми швами. Спереди с каждой стороны остается по короткому выступу небного лоскута. Между этими выступами укладывают и подшивают кончик переднего треугольного слизисто-надкостничного лоскута. Шов покрывают турундой, пропитанной бензойной настойкой, и фиксируют ее к слизисто-надкостничному слою десны в области зубов одним или двумя швами.

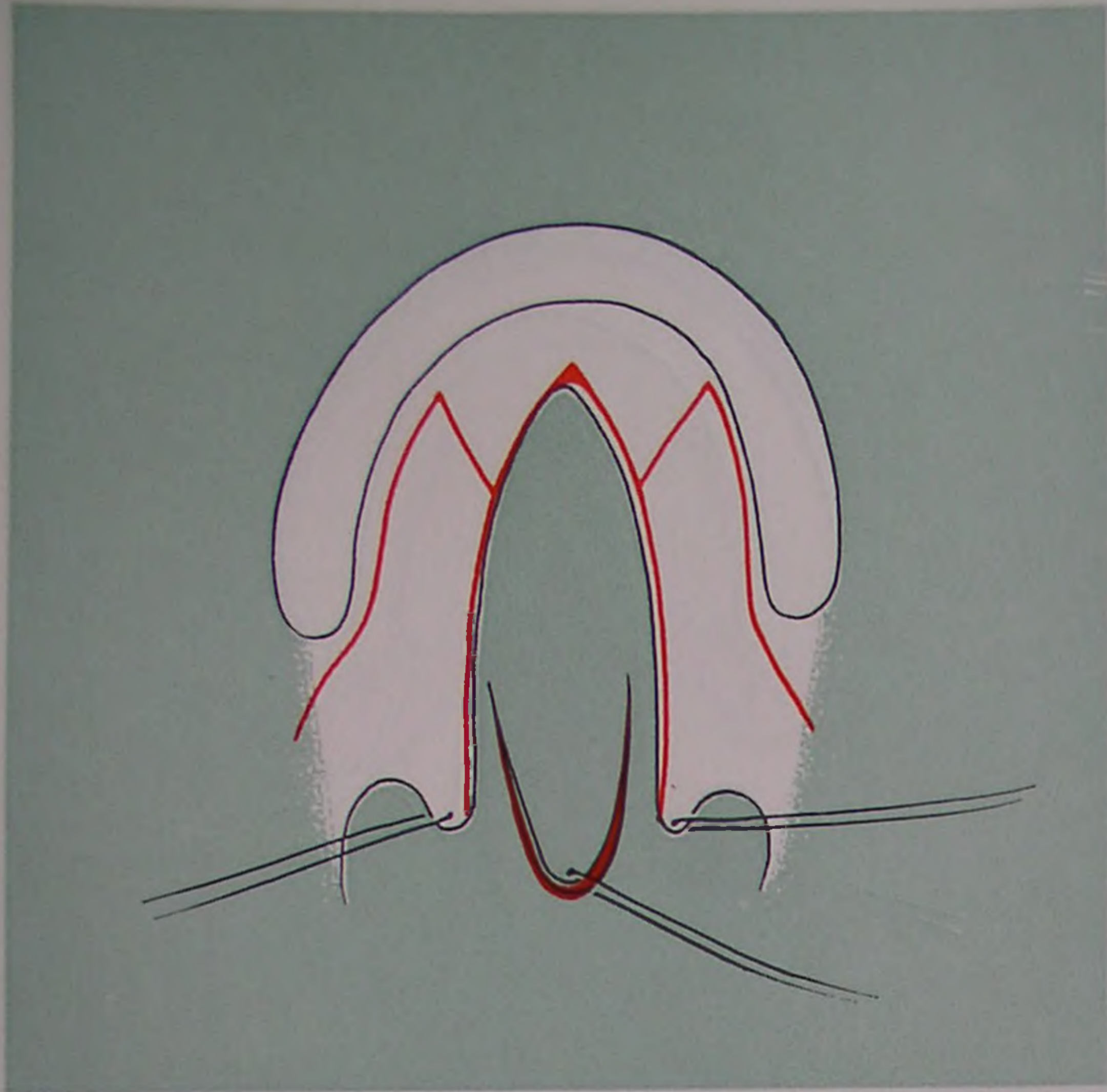
Ретропозиция и фарингизация неба. Способ операции, применяемый нами обычно по поводу расщелины неба у 4-летних детей и в более старшем возрасте. 1. Через обе половины язычка проводят нити-держалки, с помощью которых откидывают мягкое небо, открывая заднюю стенку глотки. Под слизистую оболочку и мышечный слой задней стенки глотки вводят раствор новокаина с адреналином и выкраивают из нее с помощью двух параллельных разрезов, рассекающих ткани до предпозвоночной фасции, ленту шириной 12—15 см, длиной 2—3 см с питающей ножкой, расположенной над дугой атланта. — 2. Производят отслойку лоскута от предпозвоночной фасции при помощи ножниц Купера. Концы лоскута захватывают лигатурой, вторичный дефект на задней стенке глотки закрывают путем наложения кетгутовых швов. — 3. Под слизисто-надкостничный слой одной стороны и в свободный край небной занавески до язычка вводят раствор анестетика. В случае полной расщелины, распространяющейся до резцового отверстия, разрез ведут от заднего края альвеолярного отростка верхней челюсти вдоль его внутренней поверхности кпереди до резца, где заворачивают под острым углом назад и медиально к свободному краю расщелины. Вершину этого лоскута фиксируют временными швами. — 4. Край слизисто-надкостничного лоскута у края небного отростка верхней челюсти приподнимают при помощи крючка, после чего скальпелем рассекают место соединения носового и ротового слизисто-периостального слоя по ходу края небной пластинки и далее к верхушке язычка. Слизисто-периостальный слой небных пластинок отслаивают способом, описанным на рис. 104. Латеральный разрез удлиняют кзади вдоль крыло-челюстной складки, после чего отслаивают весь мышечный слой от апоневроза внутренней крыловидной мышцы, который появляется в виде полосы перламутрового цвета. Извлечение небной артерии, отсепаровка небного апоневроза и надламывание крючка крыловидного отростка осуществляется так же, как было описано на предыдущем рисунке. Носовой слизисто-надкостничный лоскут отслаивают до боковой стенки носовой полости, чтобы с обеих сторон можно было добиться без натяжения соприкосновения обоих лоскутов. В передней части неба отслаивают ротовой слизисто-надкостничный слой, образующий с обеих сторон острые выступы, в результате чего становится возможным соединить по средней линии края обоих лоскутов. — 5. Сшивание слизисто-надкостничных лоскутов производят от переднего конца расщелины кзади. Слизисто-надкостничная ткань очень нежна, потому следует пользоваться иглами с круглым сечением, которые ее не рвут. Со стороны носа лоскуты сшивают до мягкого неба. На этом этапе операции накладывают на стенку глотки облегчающий шов, при помощи большого зонда Дешана. Зонд вводят через боковой разрез, расположенный между апоневрозом крыловидной мышцы и мышечным слоем



(1)

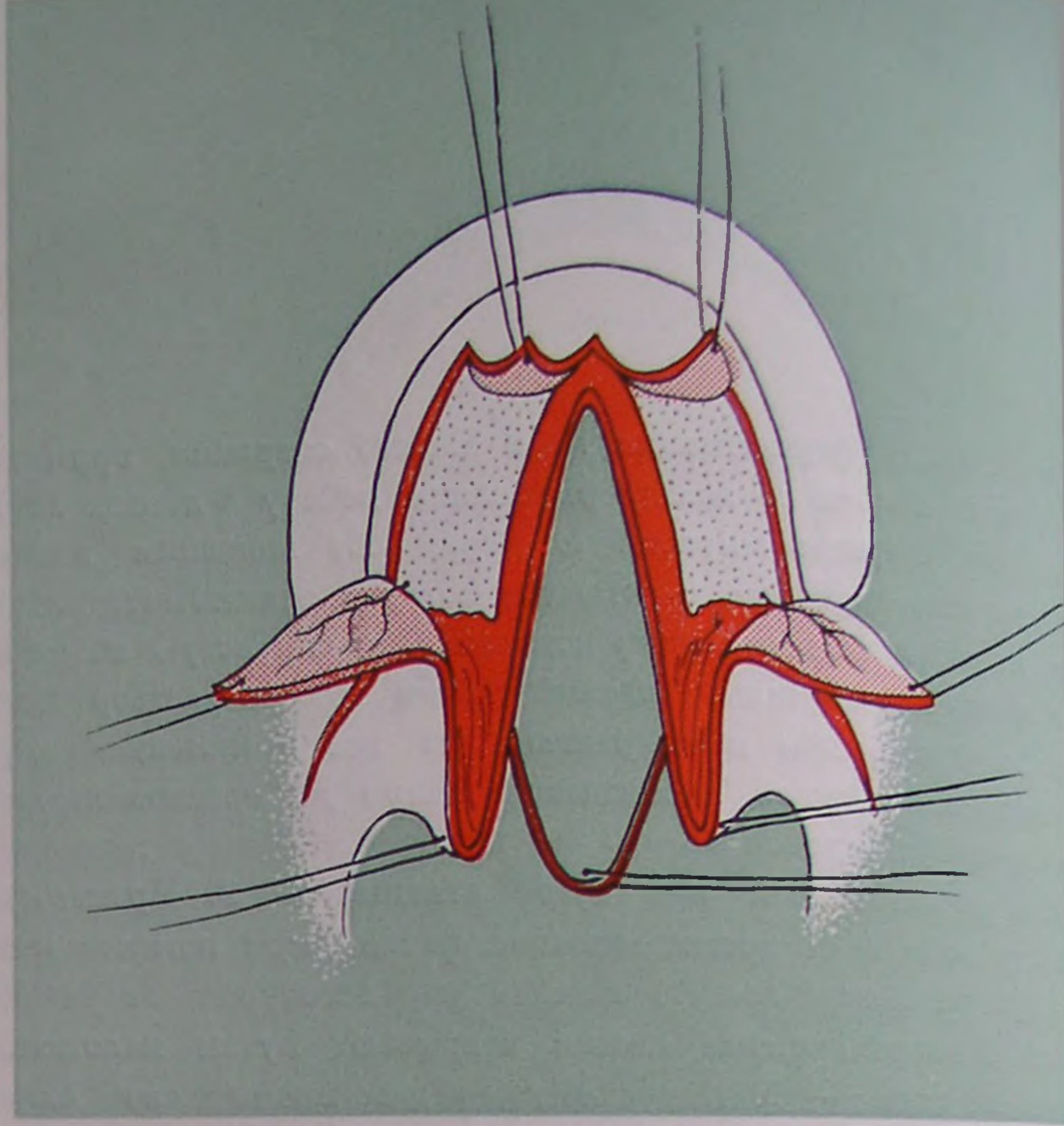
(2)





(3)

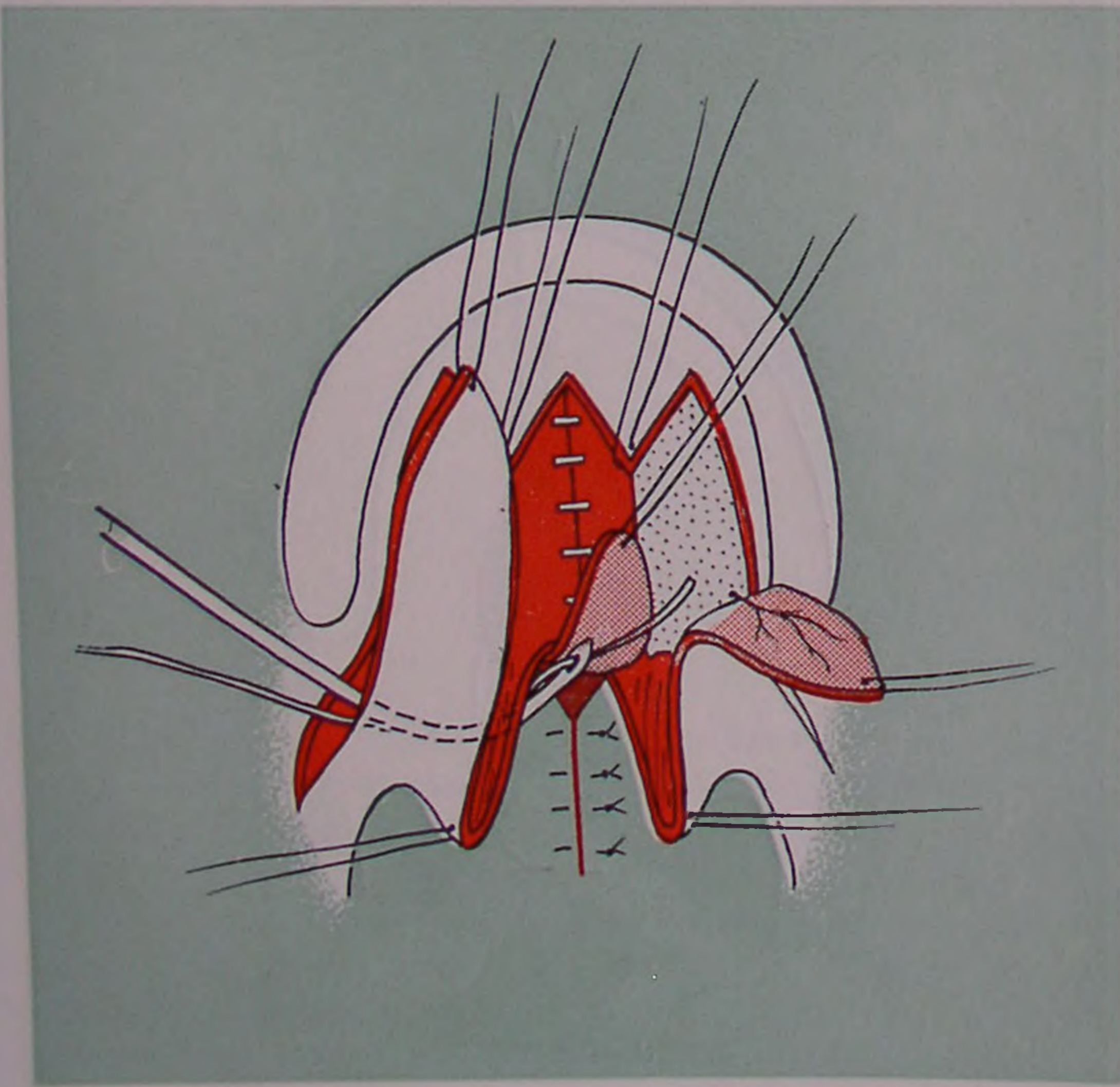
глотки. Контролируя пальцем кончик зонда, последний продвигают под мышечным слоем в отверстие в задней стенке глотки, расположенное под питающей ножкой подготовленного глоточного лоскута. В этом месте нитку выводят наружу. — 6. Зонд Де-



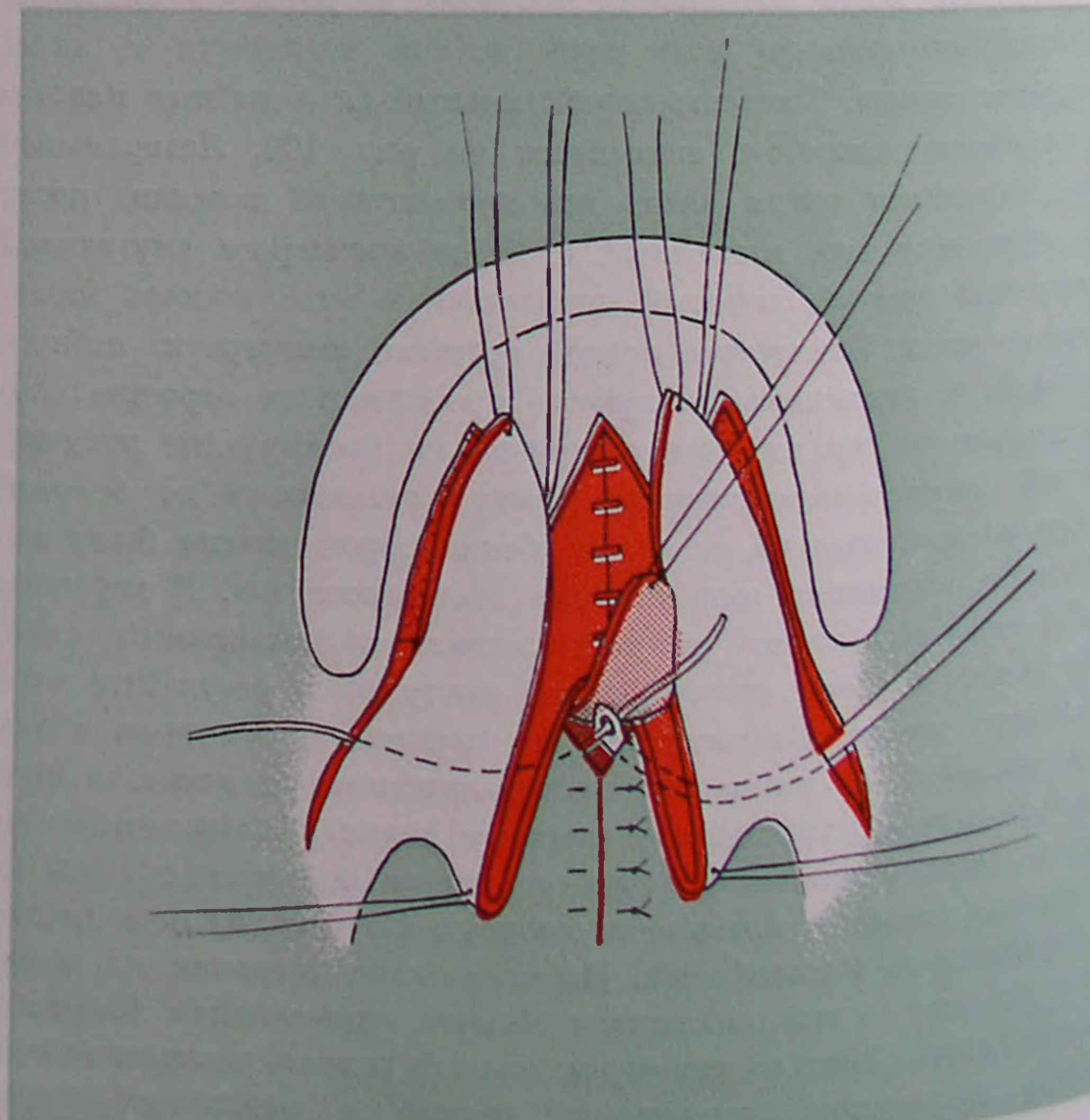
(4)

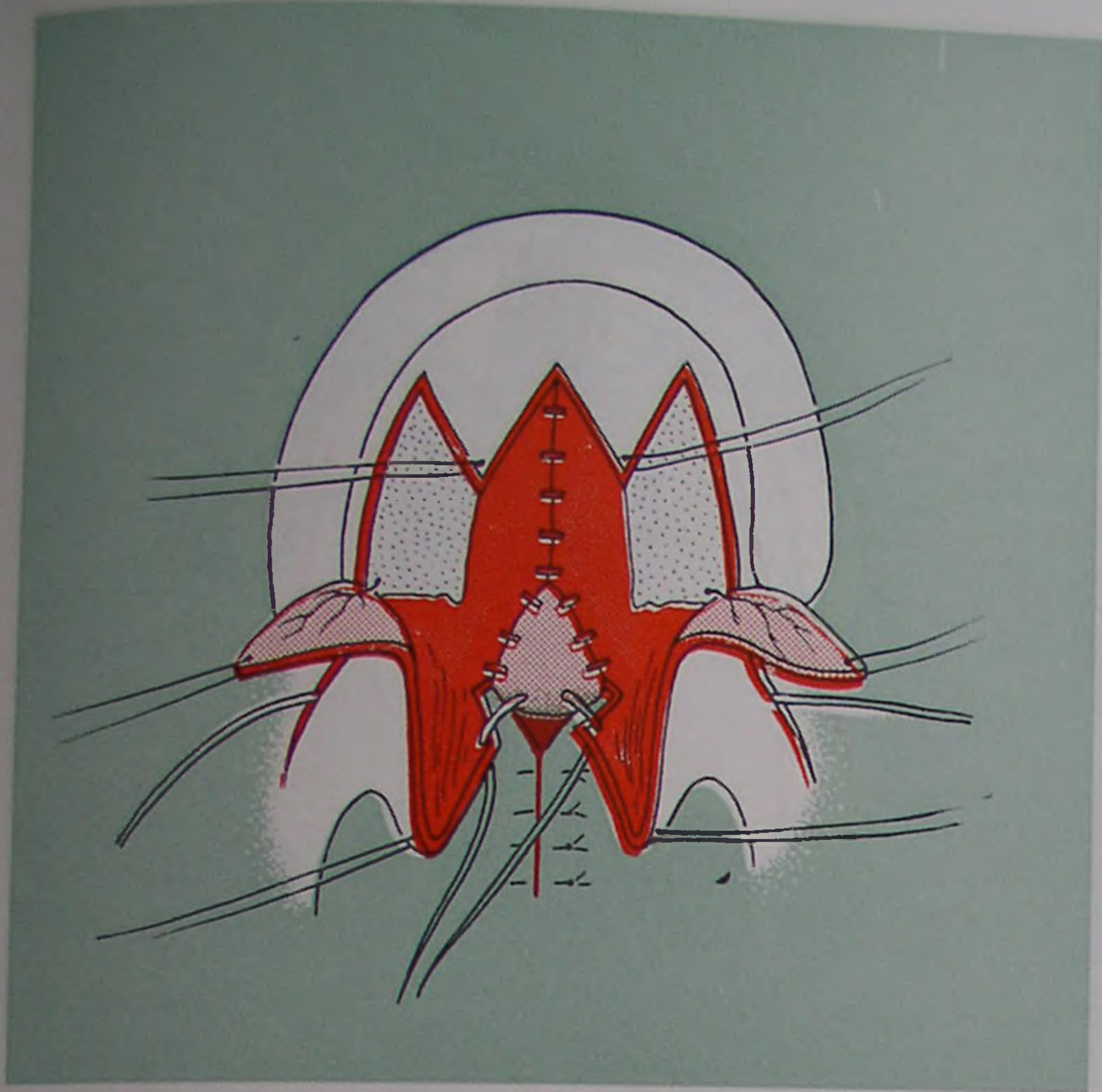
шана таким же образом вводят и с другой стороны; вдевают в него нить, последнюю выводят наружу. В этом положении нить оставляют до конца операции, затем ее проводят под слизистой небной занавески и завязывают узлом. — 7. Следующий этап

(5)

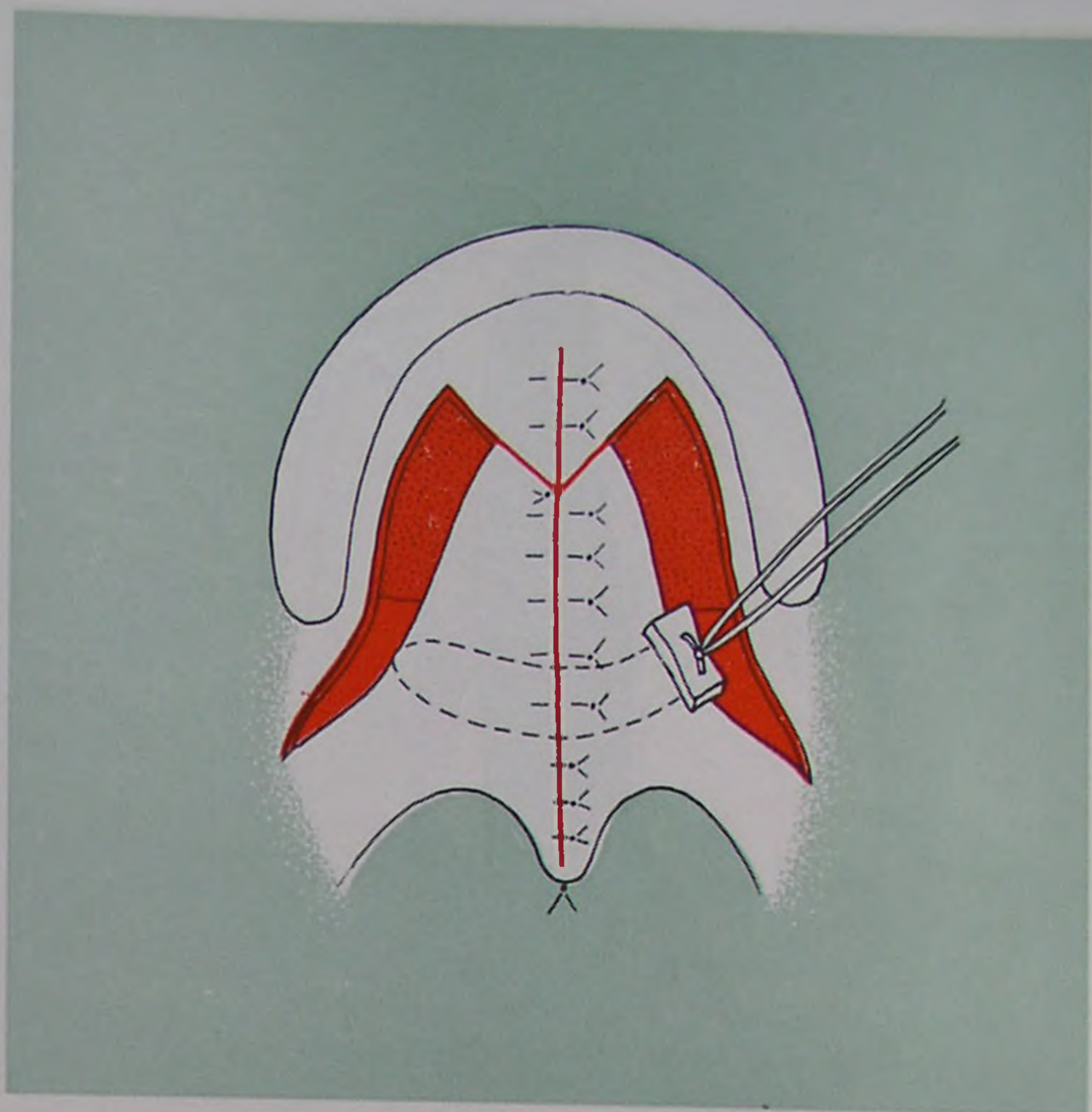


(6)





(7)



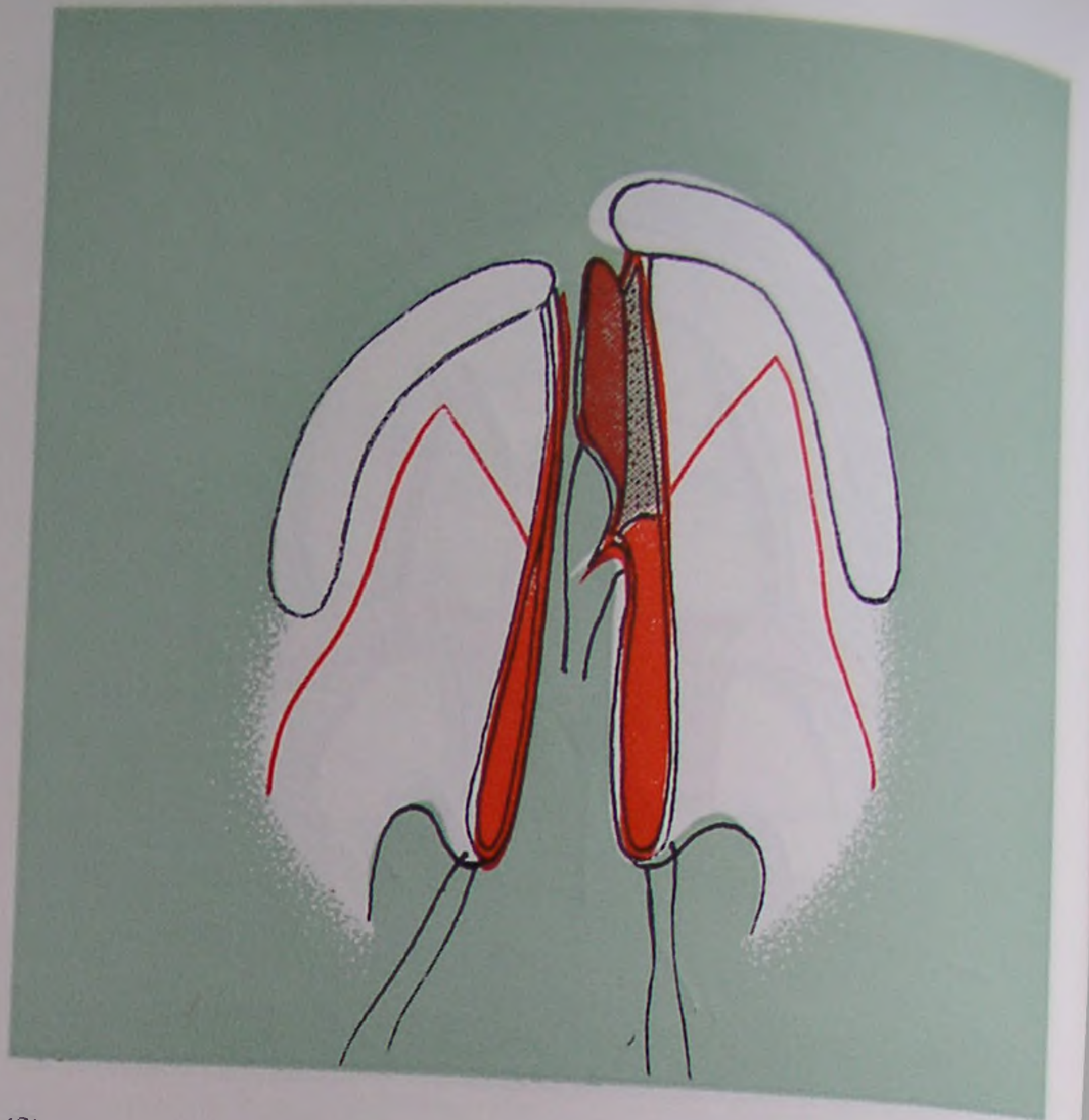
(8)

операции. Подшивание глоточного лоскута к внутренним краям слизистой небной занавески. В целях удлинения края, к которому будет подшит этот лоскут, с обеих сторон слизистой носа производят надрез, направляющийся наискось кпереди. Сшивают слизистую оболочку глоточного лоскута с носовой слизистой таким образом, чтобы узлы попарно связывались то с одной, то с другой стороны. Такое чередование позволяет добиться равномерного подшивания лоскута. Основание язычка фиксируют швом к раневой поверхности глоточного лоскута. Через верхушки обеих половинок язычка проводят тонкие кетгутовые нити (держалки), после чего производят сшивание слизистой язычка. Затем сшивают слизистую рта. Два или три кетгутовых шва накладывают на мышцу язычка и на мышечный слой мягкого неба. — 8. Слизистая рта мягкого неба и слизисто-надкостничный лоскут твердого неба сшивают вертикальными матрацными нейлоновыми швами. В передней части неба сшивают оба выступа передних слизисто-надкостничных лоскутов, так что в конце концов образуется единый лоскут треугольной формы, к которому с обеих сторон подшивают передние концы небных лоскутов. Перифарингеальный облегчающий шов проводят с помощью иглы Ревердена под слизистой небной занавески на противоположную сторону, где концы нити завязывают на резиновой пластинке. Этот шов в значительной мере ослабляет натяжение, которое испытывают сшитые края раны. К линии шва прикладывают тампон, пропитанный бензойной настойкой. Тампон фиксируют швами к слизистой оболочке десен.

зистая рта мягкого неба и слизисто-надкостничный лоскут твердого неба сшивают вертикальными матрацными нейлоновыми швами. В передней части неба сшивают оба выступа передних слизисто-надкостничных лоскутов, так что в конце концов образуется единый лоскут треугольной формы, к которому с обеих сторон подшивают передние концы небных лоскутов. Перифарингеальный облегчающий шов проводят с помощью иглы Ревердена под слизистой небной занавески на противоположную сторону, где концы нити завязывают на резиновой пластинке. Этот шов в значительной мере ослабляет натяжение, которое испытывают сшитые края раны. К линии шва прикладывают тампон, пропитанный бензойной настойкой. Тампон фиксируют швами к слизистой оболочке десен.

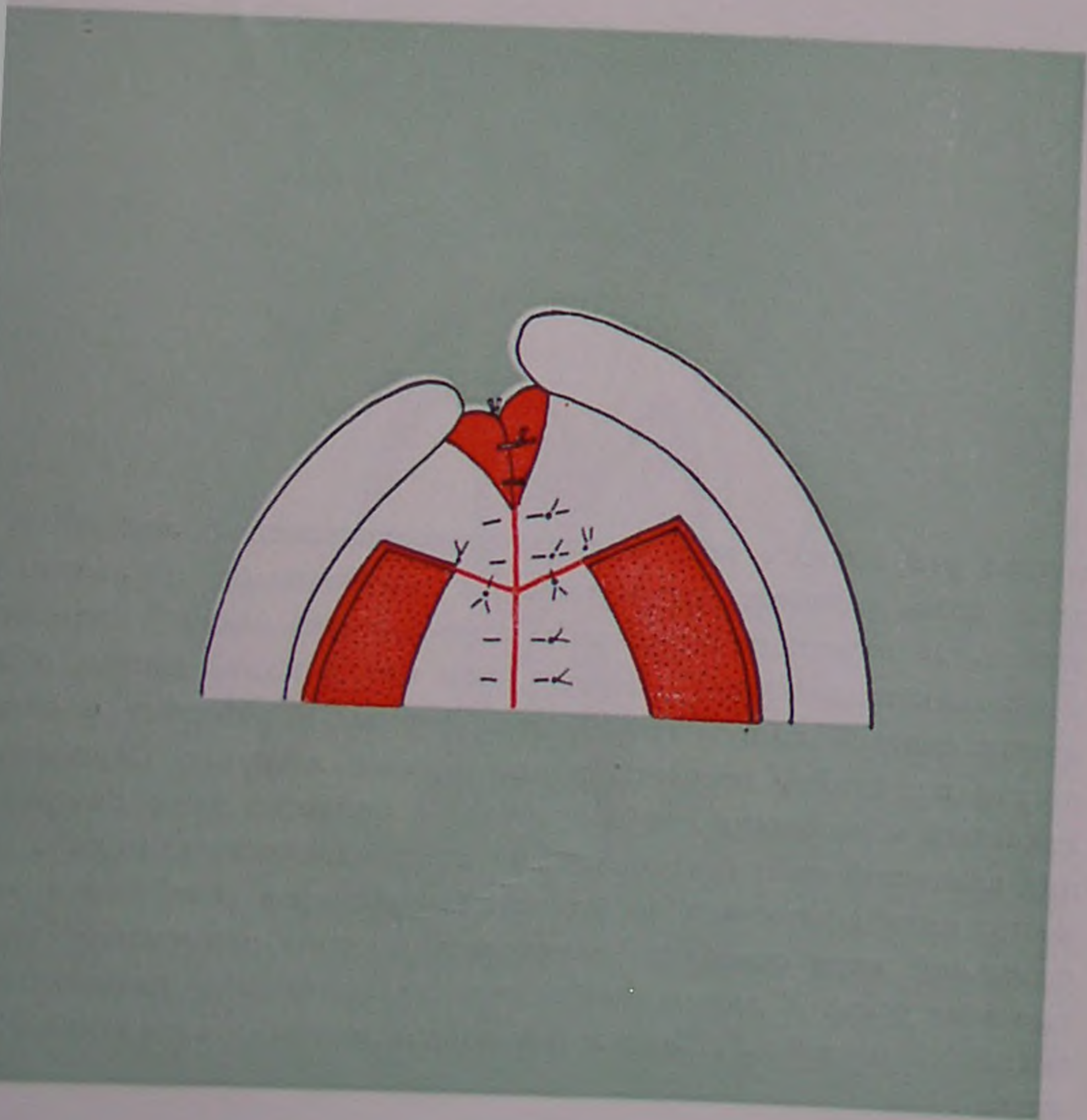


1)



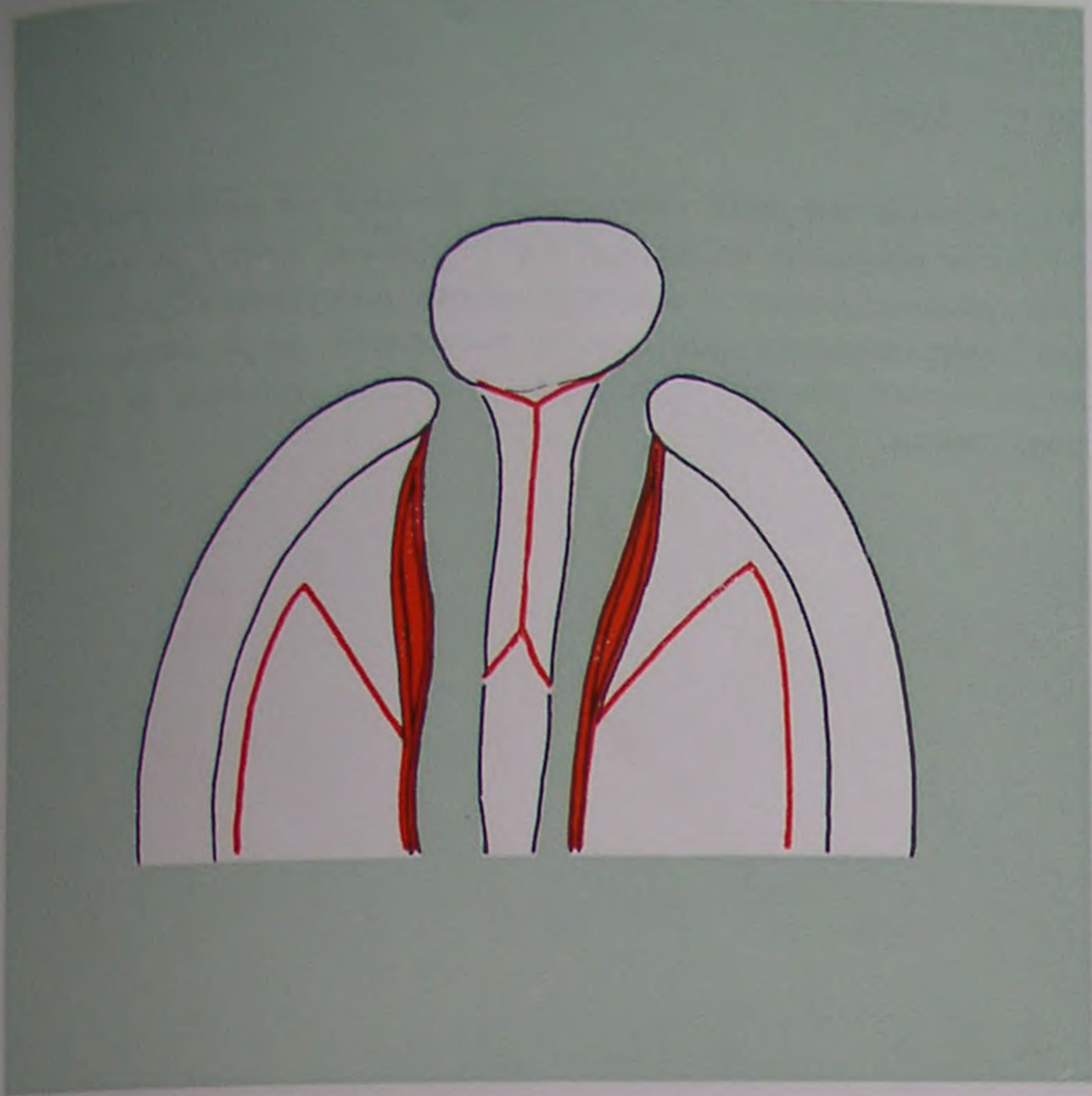
(2)

3)



Р И С. 106.

Операция по поводу односторонней общей расщелины, при которой пластика дна носового прохода не производилась, или где такая операция оказалась безрезультатной. 1. На наружной стороне расщелины рассекают слизисто-надкостничный слой вдоль края небной пластинки на всем протяжении от верхушки расщелины до кончика язычка. Отслаивают носовой слизисто-надкостничный лоскут. На внутренней стороне разрез ведут на границе слизисто-надкостничного слоя небной пластинки и слизисто-надкостничного слоя сошника. — 2. По направлению кзади рассекают край мягкого неба и язычка. Производят отслойку лоскутов; если задний край сошника не позволяет поднести носовой слизисто-надкостничный лоскут, то часть его удаляют щипцами. Кпереди слизисто-надкостничный лоскут отслаивают до переднего полюса челюсти, а на внутренней стороне до шейки межчелюстной кости. Носовой слизисто-надкостничный лоскут сшивают. — 3. Ротовой лоскут можно считать только в том случае, если расщелина узкая. В тех случаях, когда дефект бывает более широким, рекомендуется подшить к нему небольшой лоскут, выкроенный из слизистой внутренней стороны губы. Если расщелина бывает очень широкой, то лучше вообще не пытаться закрывать ее передний отдел. Лучше оставить отверстие, которое по прошествии 2—3 месяцев можно будет успешно закрыть.



(1)

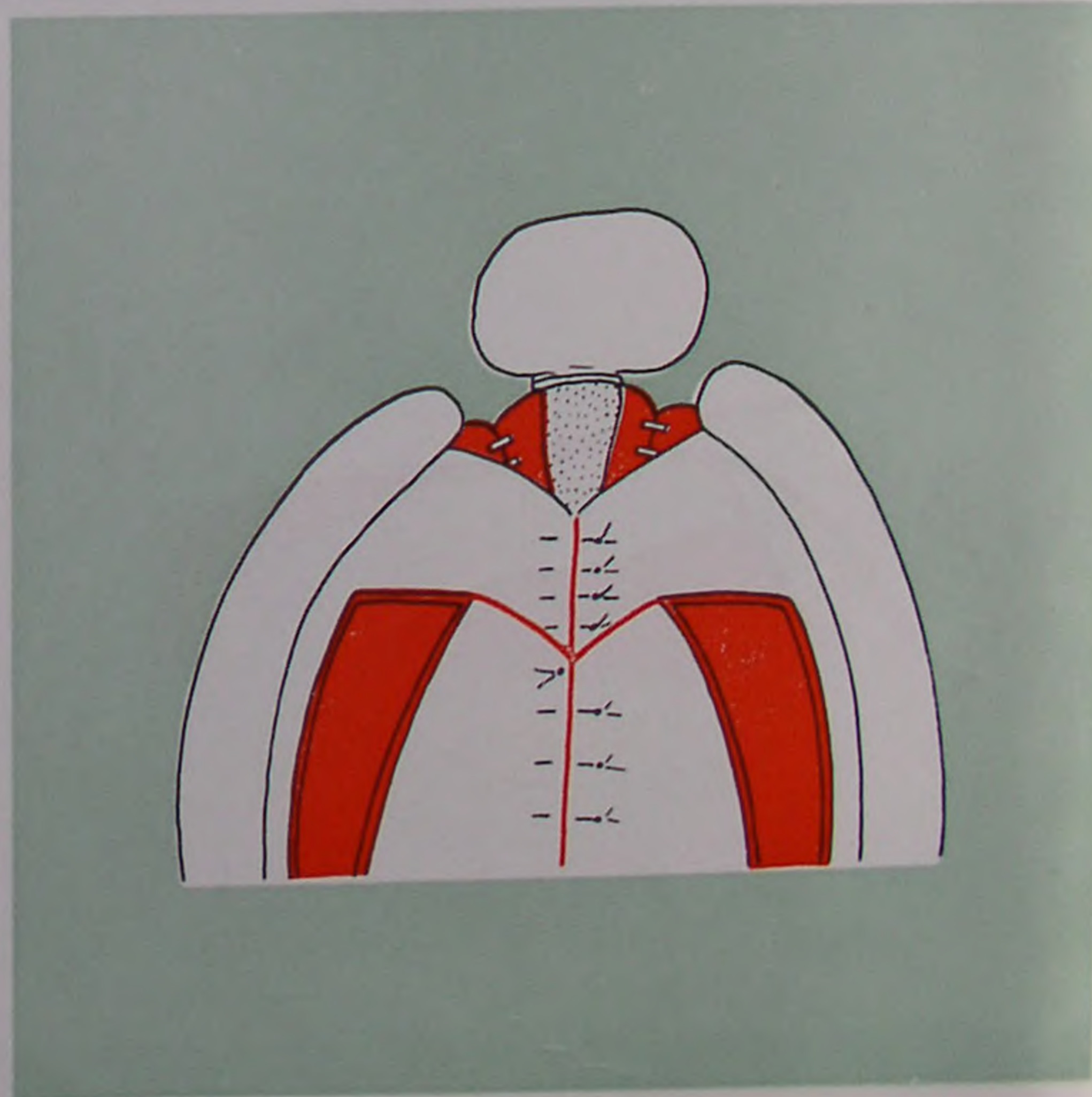


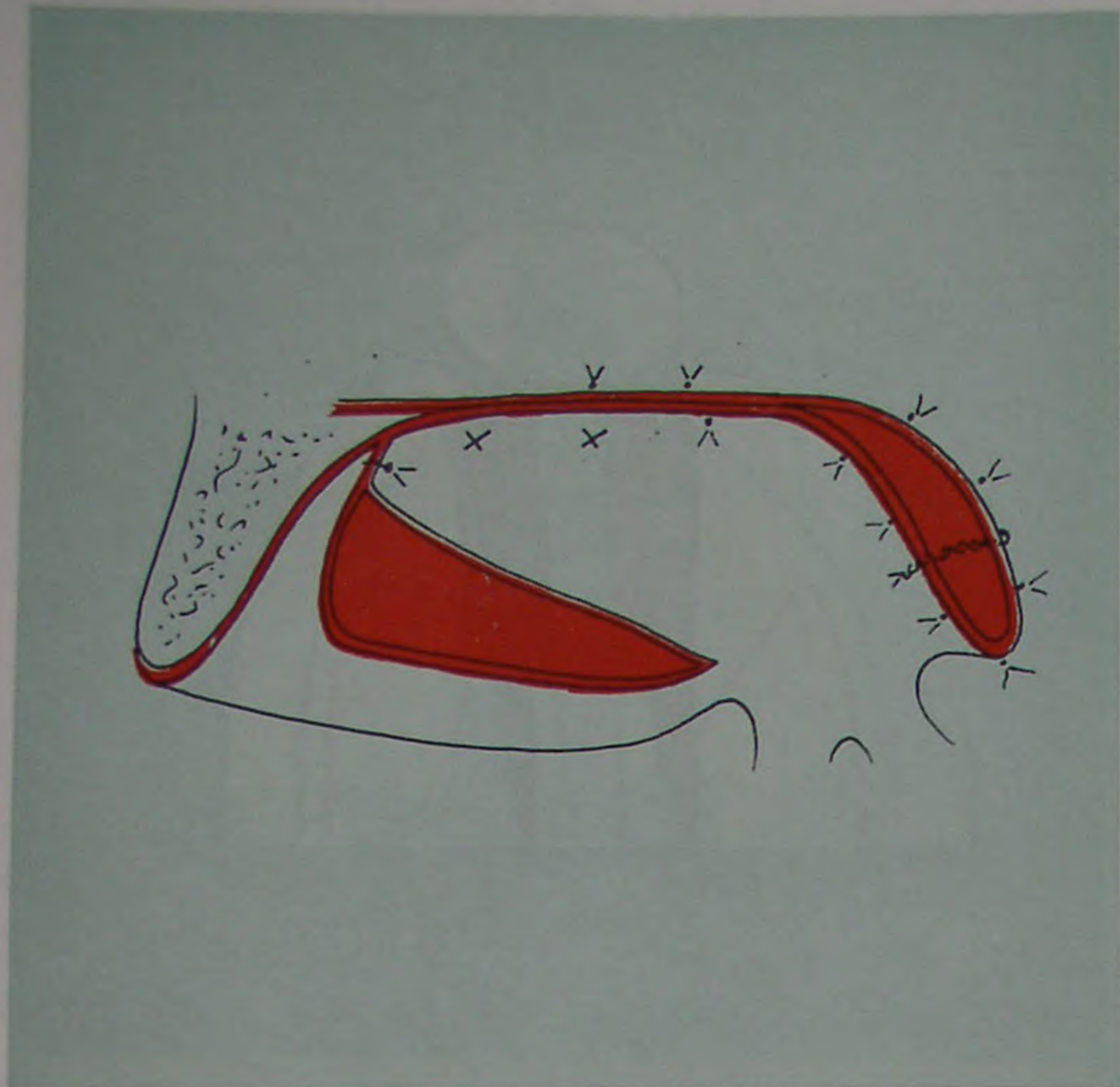
(2)

Р И С. 107.

Операция по поводу двусторонней общей расщелины. Во время операции на губе не была произведена пластика дна носового прохода. — 1, 2. Со стороны носа сшивают слизисто-надкостничный слой шейки межчелюстной кости и сошника со слизисто-надкостничным слоем небных пластинок до передних полюсов челюстей. — 3. Передние треугольные носовые слизисто-надкостничные лоскуты могут быть сшиты только частично. Средняя часть обнаженного дна шейки межчелюстной кости остается незакрытой. Если мы имеем дело с широкими расщелинами, то лучше не сближать ее переднюю часть по обеим сторонам шейки межчелюстной кости. Пластику в этом случае производят в более поздние сроки.

(3)





Р И С. 108.

Схематический набросок поперечного сечения ретропонированного неба после операции по методу Во. В области между обеими мобилизованными слизисто-надкостничными лоскутами образовались очаги поверхностного склероза; в результате сморщивания этих склеротических участков небо вновь начинает отставать от задней стенки глотки.



Р И С. 109.

Схематическое изображение ретропонированного неба, фиксированного при помощи глоточного лоскута.

РИС. 110.

Схематическое изображение неба с первичной пересадкой глоточного лоскута на нижней питающей ножке на ротовую поверхность мягкого неба.

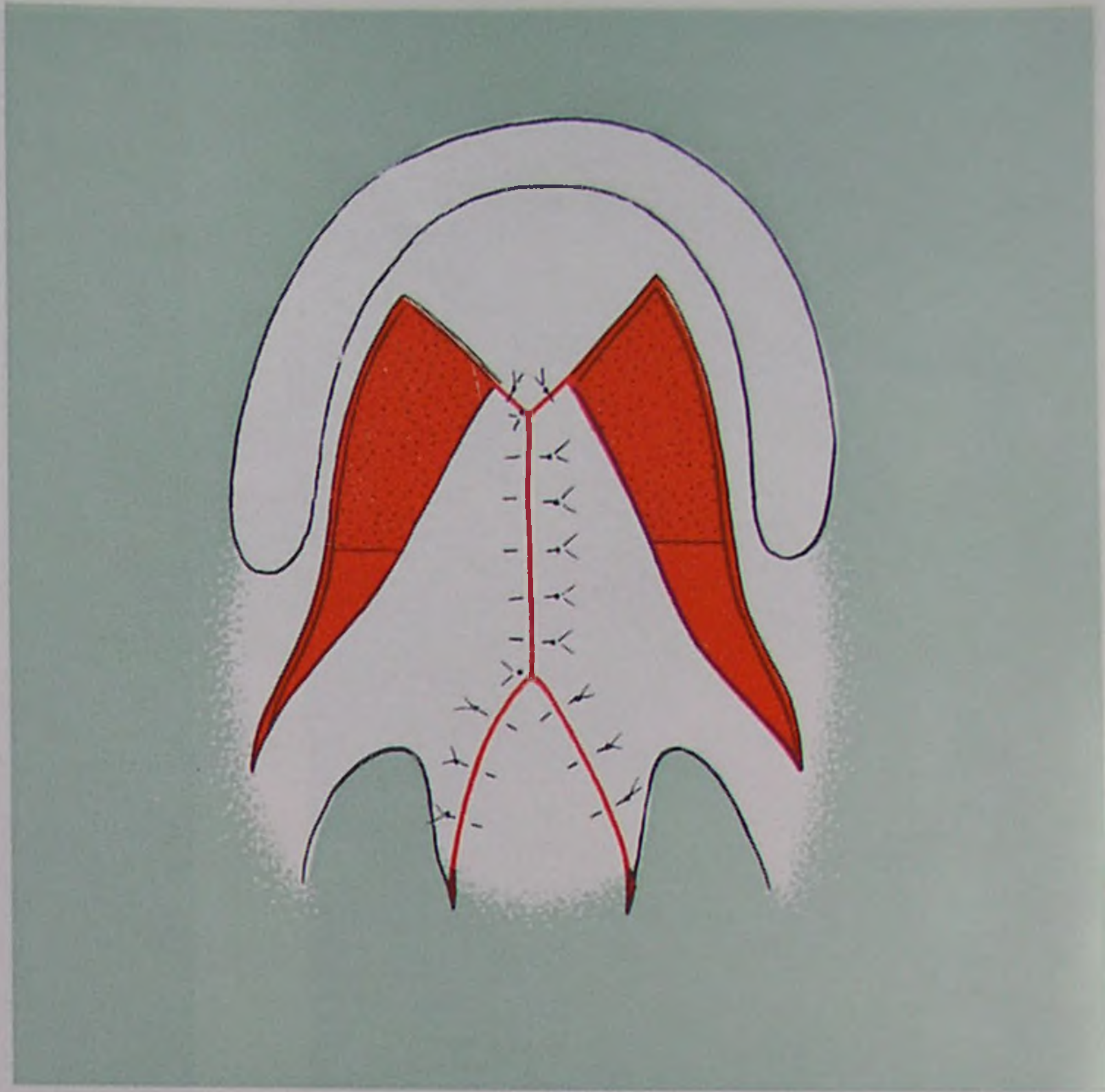
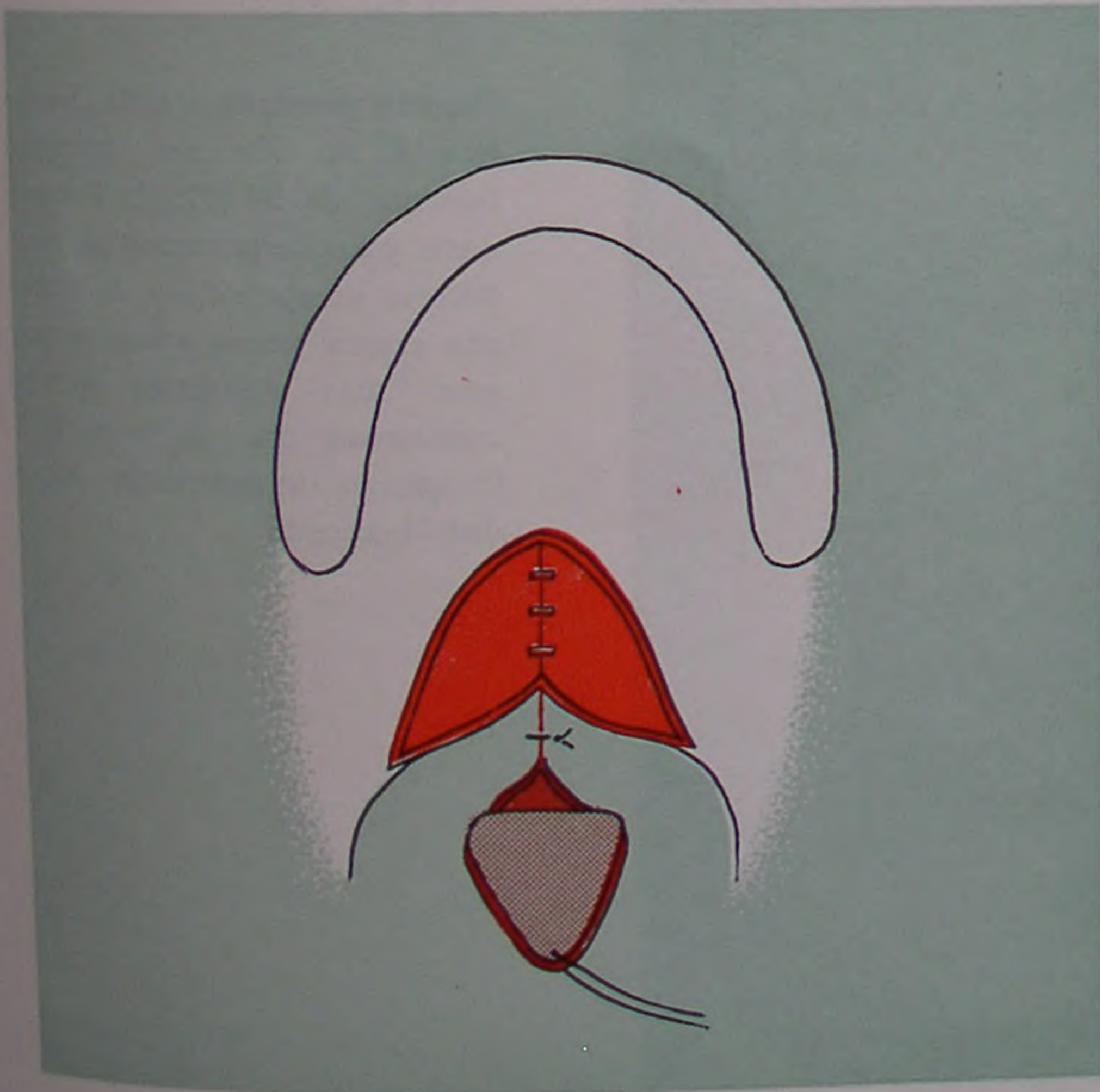


РИС. 111.

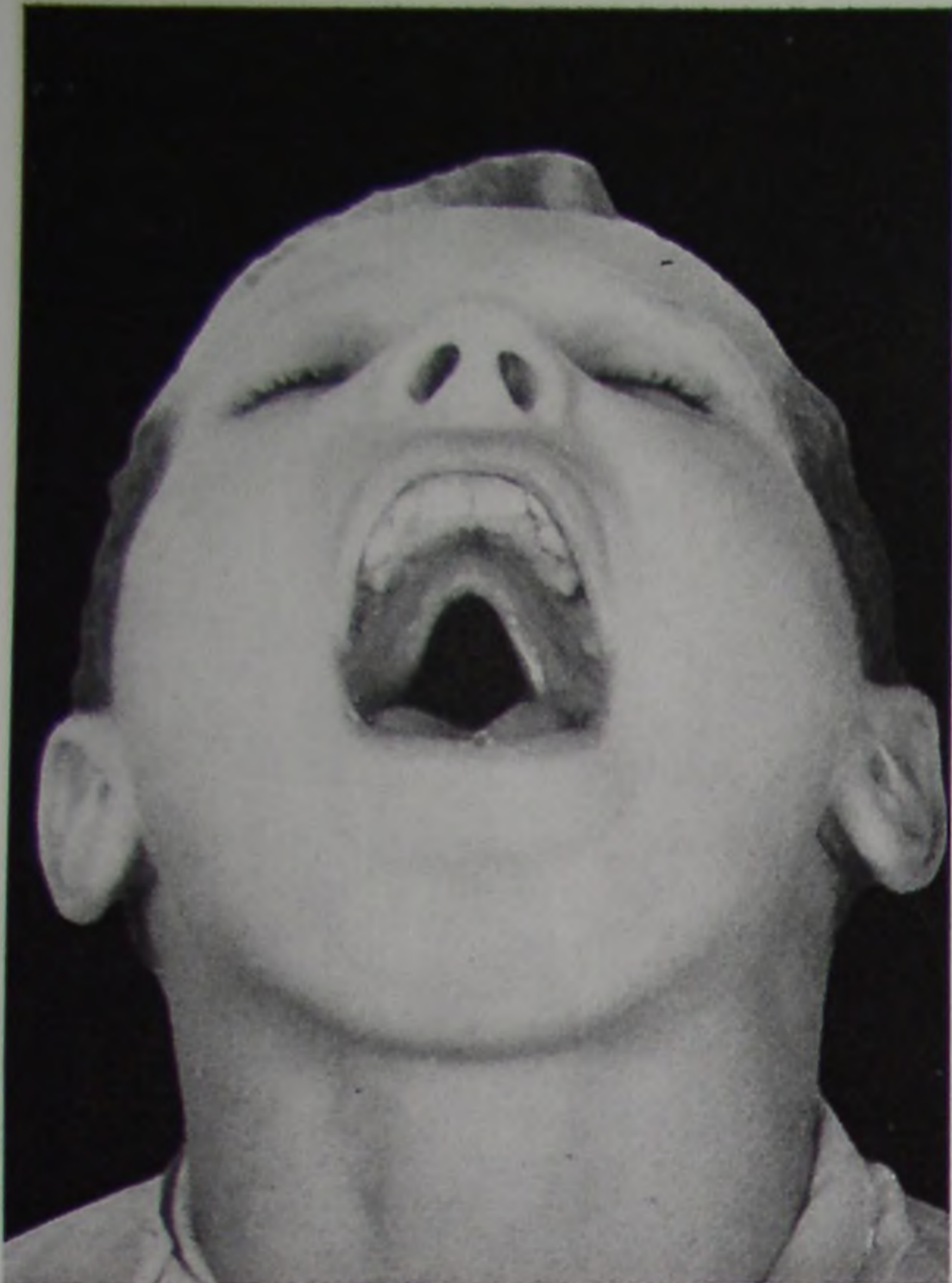
Реконструкция недостаточного неба после неудачной первичной операции методом вторичной пластики при помощи глоточного лоскута на нижней питающей ножке. 1. отсепарованные и сшитые носовые слизисто-надкостничные лоскуты; отпрепарованный глоточный лоскут на нижней питающей ножке. Между ним и носовым слизисто-надкостничным лоскутом видна задняя стенка глотки с зашитой раной на материнской почве. — 2. Глоточный лоскут пришит к ротовой стороне мягкого неба.

точный лоскут на нижней питающей ножке. Между ним и носовым слизисто-надкостничным лоскутом видна задняя стенка глотки с зашитой раной на материнской почве. — 2. Глоточный лоскут пришит к ротовой стороне мягкого неба.

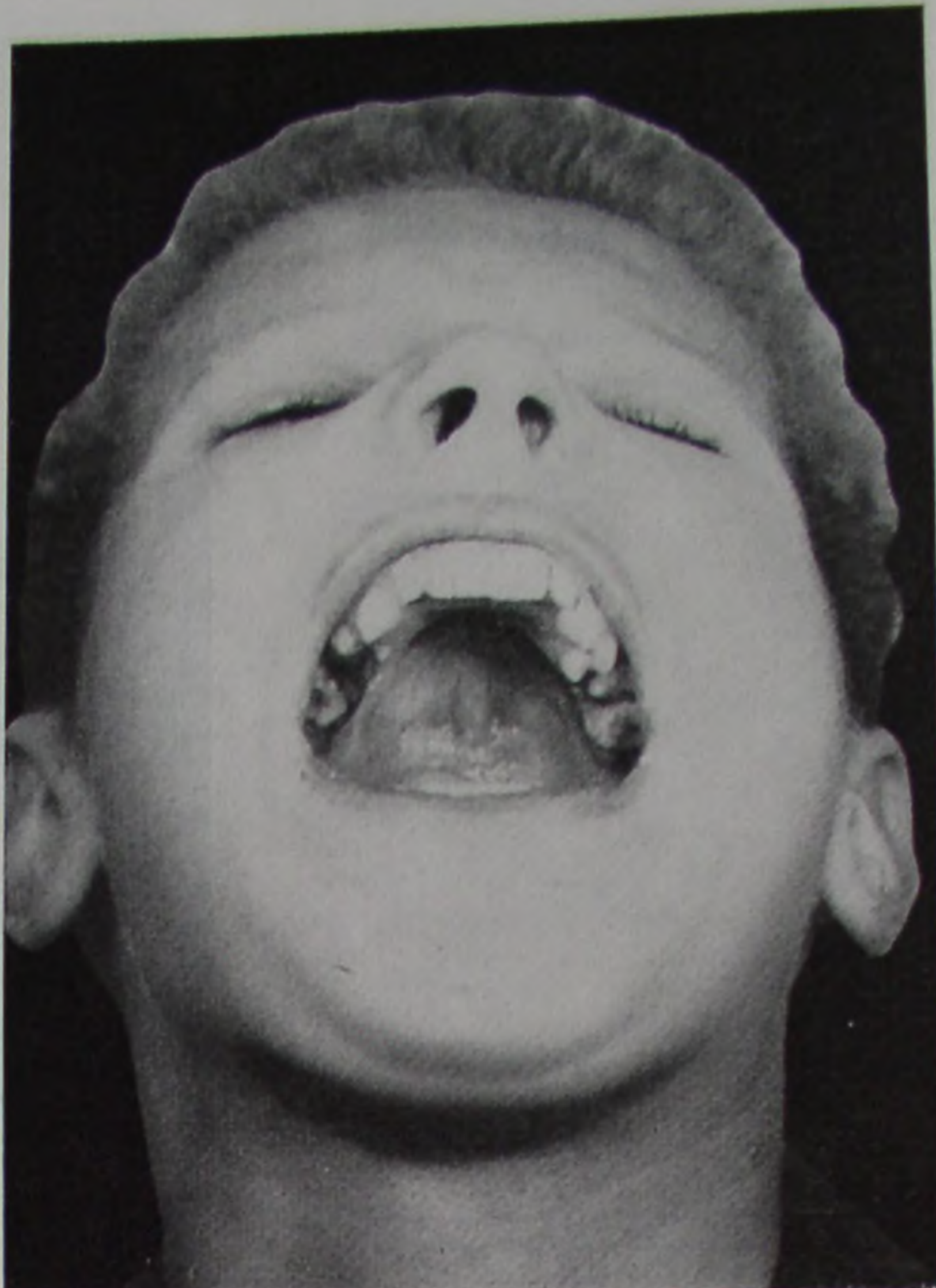


(1) (2)





(1)

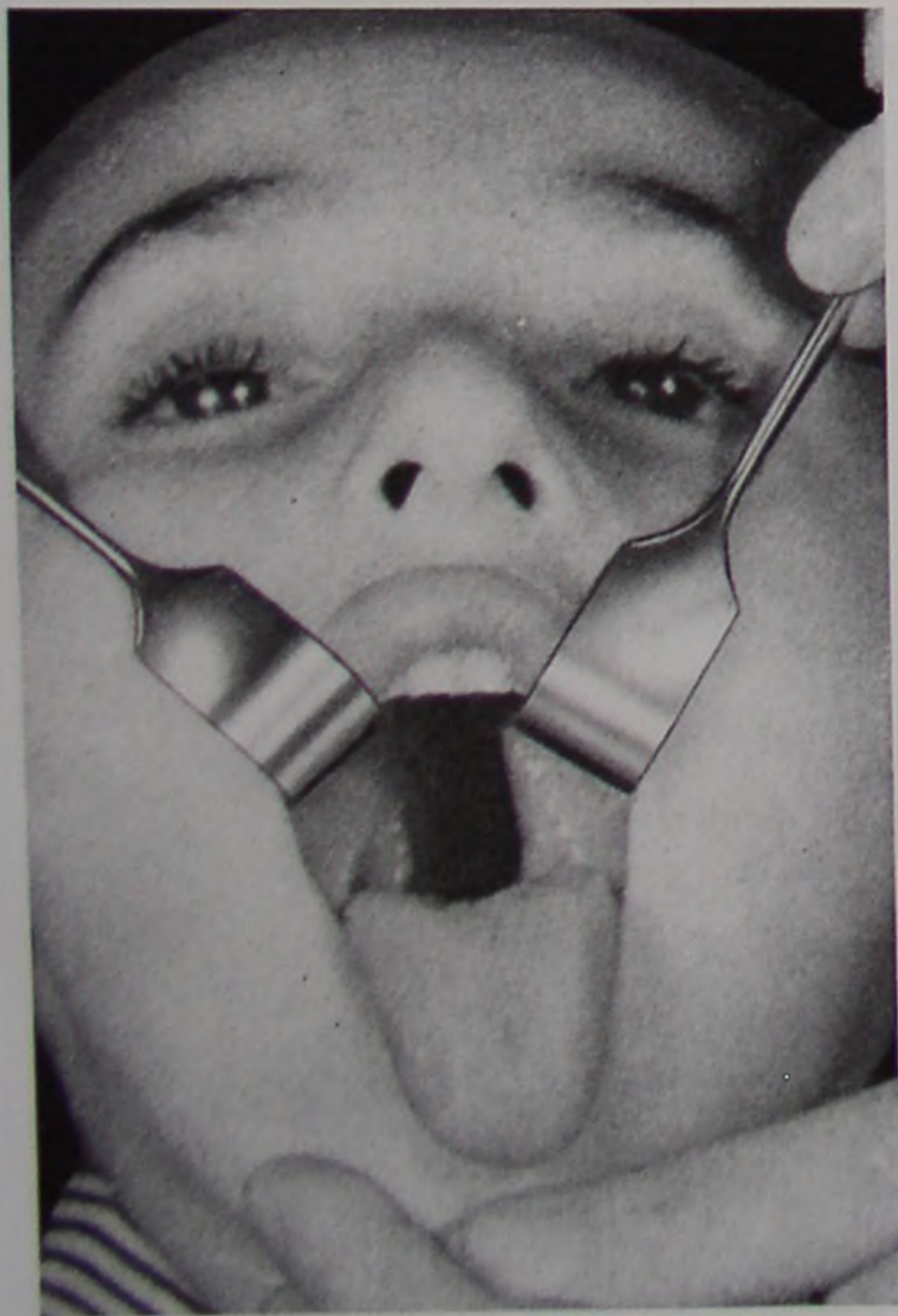


(2)

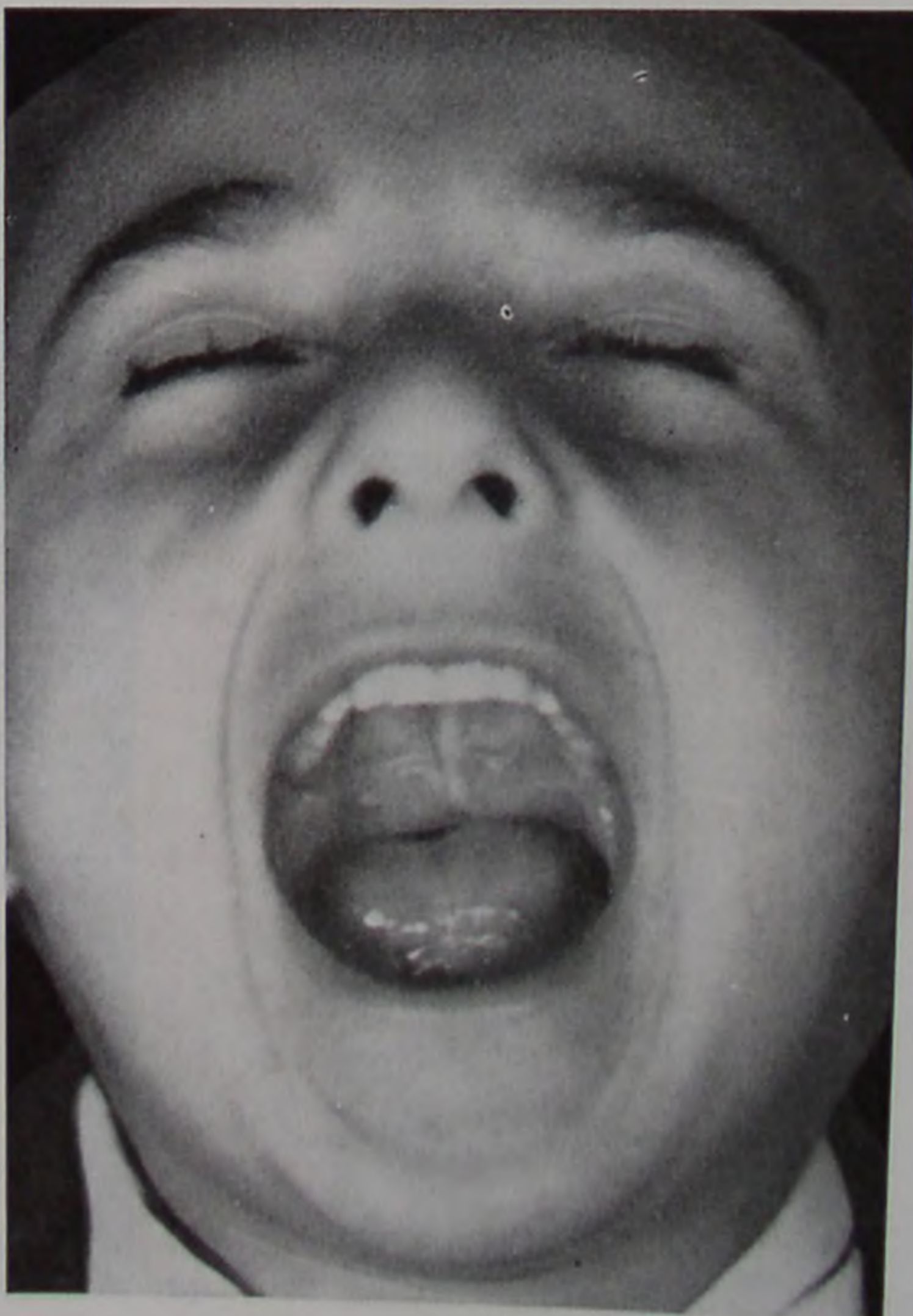
Р И С. 112

Расщелина вторичного неба. Больной И. Г., 9 лет, история болезни № 48 623. 1. Девятилетний мальчик с расщелиной мягкого неба и отчасти твердого неба, распространяющейся до свода. — 2. Состояние через три месяца после операции, произведенной методом, описанным на рис. 105. Речь в это время была уже

вполне внятной, поскольку больной говорил медленно. Логопеды считали речь очень хорошей и рекомендовали проводить дальнейшие логопедические упражнения. Операцию произвел М. С. Кучера.



(1)



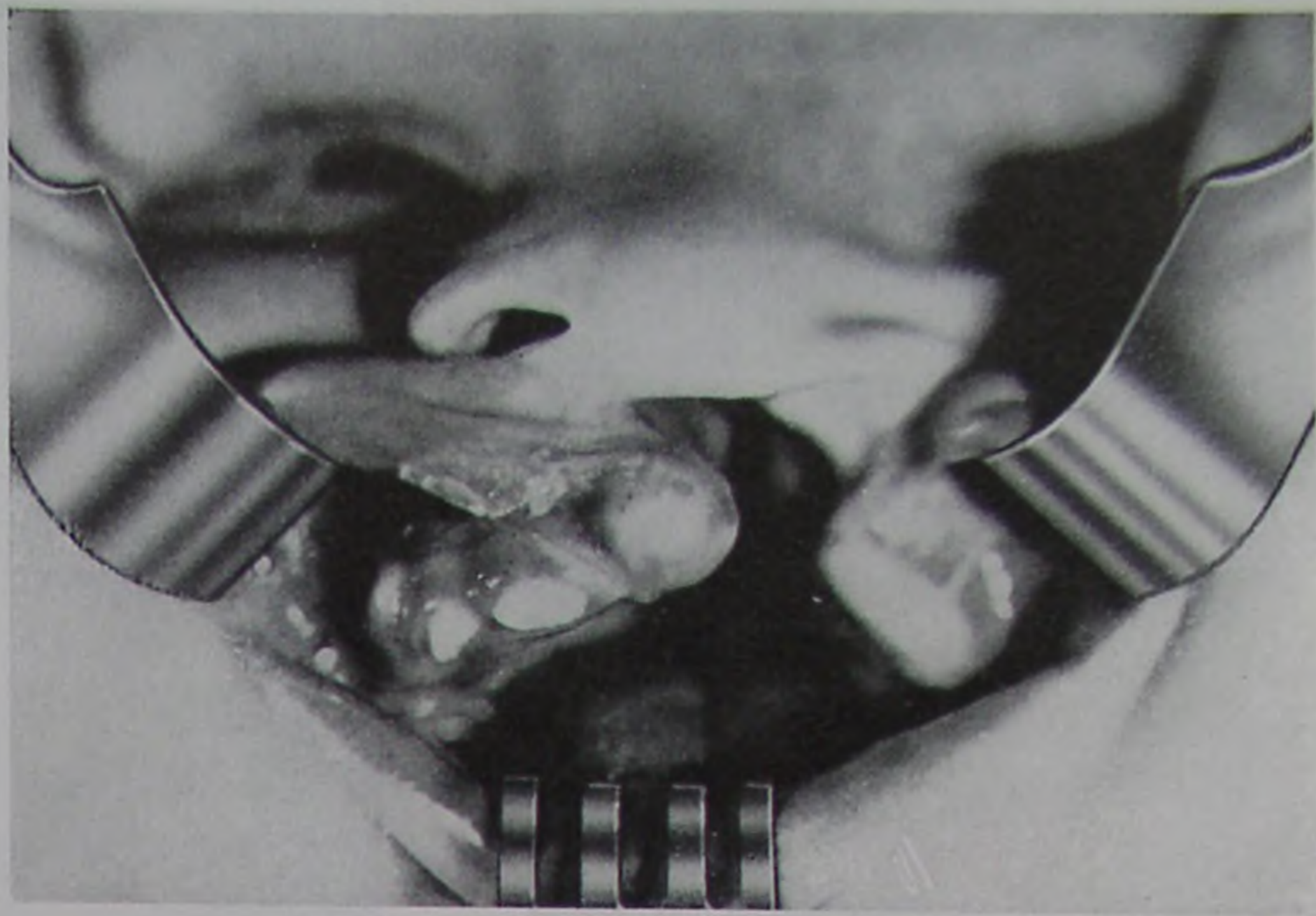
(2)

Р И С. 113.

Полная расщелина неба. Больная В. К., 5½ лет, история болезни № 37 201. 1. Расщелина распространяется до носового отверстия. — 2. Больная спустя месяц после операции. Был применен метод, описанный на рисунке 112. Операция произведена Г. П. Пешковой.



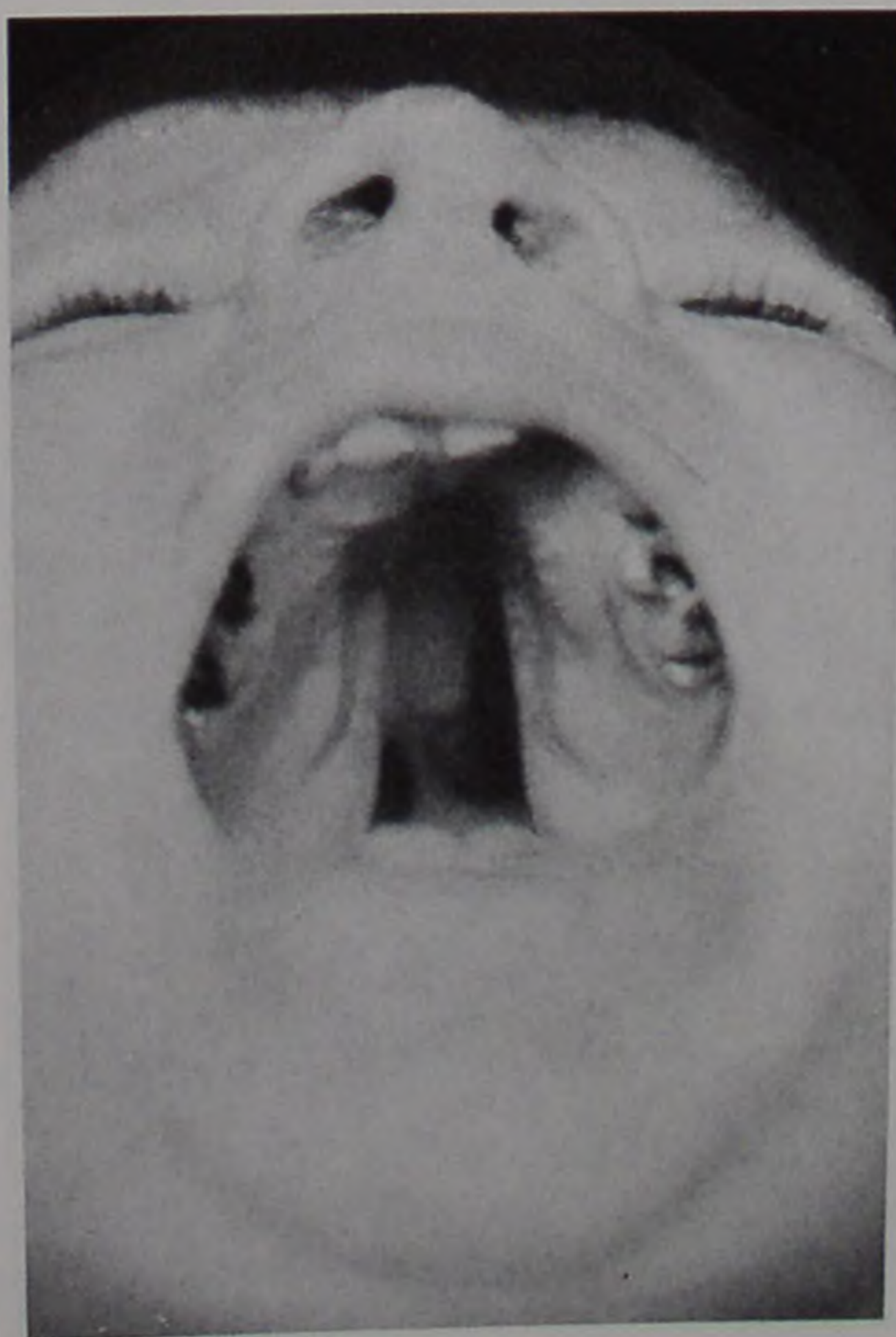
(1)



(2)

Р И С. 114.

Очень широкая общая левосторонняя расщелина. Больной Б. Ц., история болезни № 27 149. 1, 2. Тяжелая форма расщелины. Операция на губе была произведена в возрасте 8 месяцев по методу Блэра-Брауна. — 3. Расщелина неба. Ширина щели альвеолярного отростка равна 6 мм. Соотношение обеих челюстей удовлетворительное. — 4. Состояние после операции на небе, произведенной методом, описанным на рис. 106, через 6 недель после излечения. Уже в это время речь была безупречной и сопровождалась лишь легкой гнусавостью. — 5, 6. Больной в воз-



(3)



(4)



(5)



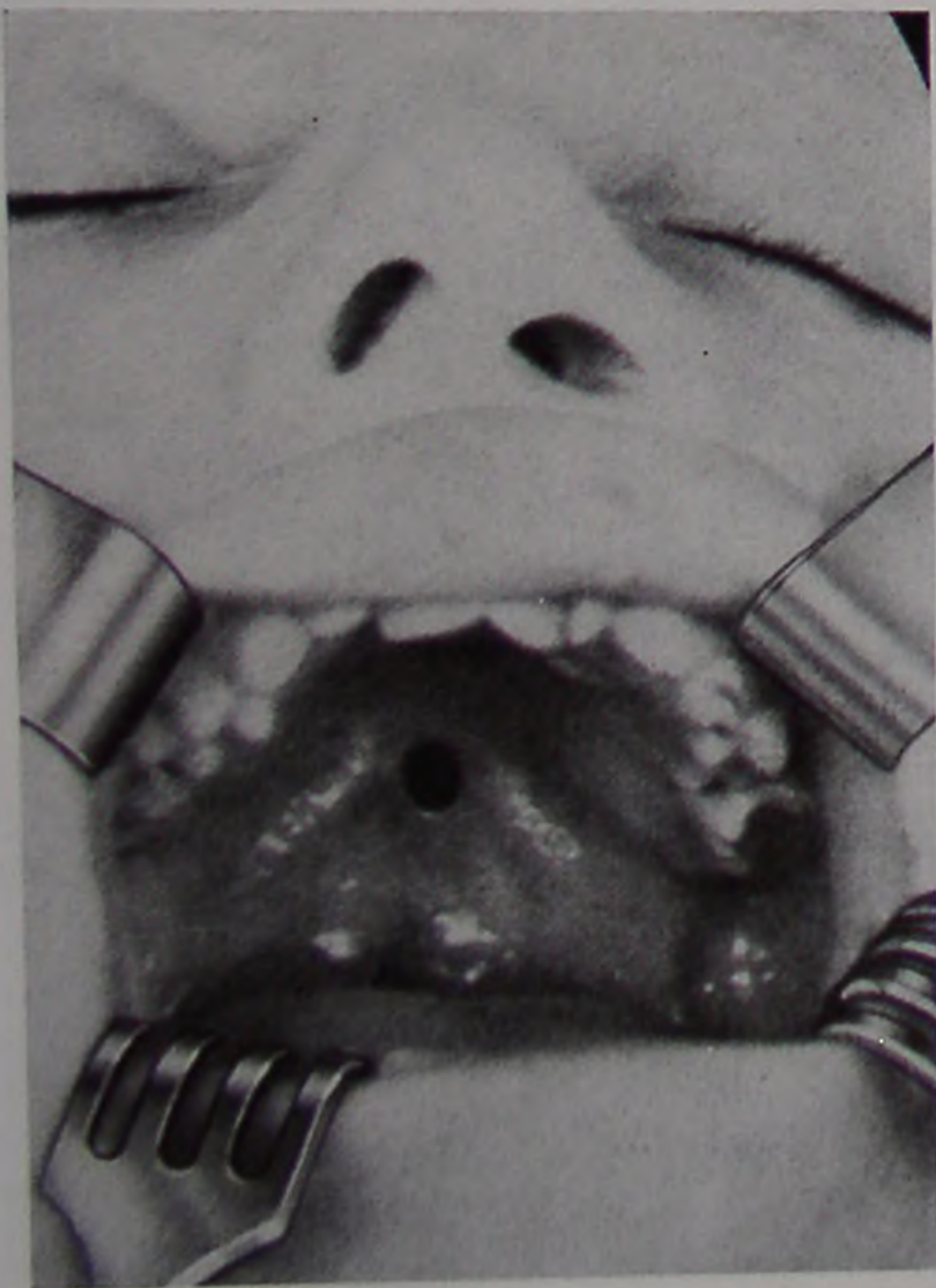
(6)

расте 7 лет. Внешний вид больного уд
творителен. Речь безупречна. Операц
губе произведена Павлой Нежаровой,
рация на небе — Ладиславом Фарка

Р И С. 115.

Врожденный дефект неба и врожденная односторонняя расщелина неба. Больной А. С., 11 лет, история болезни № 53 160. На границе твердого и мягкого неба имеется дефект круглой формы. В области мягкого неба выявляется подслизистая расщелина. Диастаз язычка. 1. Состояние после сшивания расщелины губы

с типичной средне выраженной деформацией ноздри и основа
носовой перегородки. Операция была произведена в возр
8 месяцев. Альвеолярная дуга верхней челюсти имеет нормаль
конфигурацию, только с левой стороны несколько сдвинуты зу
Второй резец небольшой величины, скручен, имеет коничес
форму. — 2. Состояние после операции, при которой была п
изведена мобилизация тканей по методу Вардилла-Килнера (W
dill-Kilner), заключающаяся в ретропозиции и фарингофиксаци
с помощью лоскута на верхней ножке.



(1)



(2)

УСТРАНЕНИЕ ПОЗДНИХ ДЕФОРМАЦИЙ

Многие больные с расщелинами дорастают до зрелого возраста с различно выраженными недостатками эстетического и функционального характера. Большею частью эти деформации не превышают границ естественных вариаций, во многих случаях бывают более или менее броскими, у некоторых больных достигают степени отталкивающих деформаций (р и с 116).

Основой деформации является анатомическая и биологическая порочность верхней челюсти. Степень основной порочности и сопровождающие обстоятельства семейного, родового и индивидуального порядка, качество хирургического вмешательства и восстановительное функциональное лечение совместно обуславливают характер конечной стойкой деформации в зрелом возрасте, когда нам приходится ее корректировать.

Наиболее сложной проблемой является деформация носа: его продольная ось бывает смещена в сторону непораженной половины, передняя ось и основание кожной части носовой перегородки выступает впереди и тоже в сторону непораженной половины лица, крыло носа на стороне расщелины смещено в сторону и более глубоко погружено в рельеф лица, чем крыло носа здоровой стороны.

При первичной операции на губе мы стремимся придать хрящу кончика носа на расщепленной стороне такое положение, которое бы больше всего напоминало нормальные анатомические взаимоотношения и одновременно создать условия для ее дальнейшего развития. Почти всегда ухудшается состояние ноздри и крыла носа. Такое ухудшение наступает через несколько месяцев, а то и лет, после операции. Первоначальная деформация всегда бывает очень серьезной. (На р и с. 118 указано, каким образом можно было бы объяснить возникновение деформации.) Попытки корректировать такие деформации рассмотрены в подписях к некоторым рисункам (р и с. 119 и след.).

На губе часто наблюдаются деформации в области линии красной каймы, возникающие после произведенных в прошлом операций и являющиеся последствием плохой адаптации краев раны (р и с. 117). Виктор Во пытался предупредить развитие такой деформации путем применения маркировки, осуществляемой при помощи кружочка с двумя иглами, одна из которых маркировала точку, расположенную непосредственно над, а вторая — непосредственно под линией красной каймы. Возникновению деформации содействует укорочение вертикального кожного рубца, причем предупредить этот процесс часто оказывается невозможным. Рубцы часто бывают неправильной формы, так как кожа филтрума менее жизнеспособна, чем кожа наружной поверхности губы (р и с. 127). На это обращал внимание и сам Во. Другой вид деформации, возникающей в результате неточного выполнения операции, является несимметричное сбирание в складки красной каймы; бугорок остается на расщепленной стороне средней линии губы. Способы устранения этих деформаций описаны на р и с. 124, 125.

Если процессы заживления в области порога ноздри нарушаются, то происходит расхождение шва, образуется вдавление, в связи с чем крыло носа оказывается оттянутым в сторону. Перед тем как произвести корригирующее

вмешательство, следует размягчить рубцы, главным образом путем массажей. В таком случае мы имеем дело с настоящим репризом операции.

Деформации челюсти, вдавления на стороне расщелины, различные виды прогенического прикуса обусловлены недостатками стоматологической помощи. Поздние попытки ортодонтического лечения этих деформаций редко оказываются успешными. При этих деформациях необходимо проводить остеотомию верхней челюсти и репозицию с помощью различных инструментов для вправления. Очень часто и на нижней челюсти приходится производить операцию по поводу относительной прогении. Чаще всего описанные вдавления возникают после операций по поводу аномалий неба, а потому очень важно, чтобы сразу же после операции на небе с особой тщательностью проводились все мероприятия ортодонтического порядка вплоть до того времени, когда станет возможным приспособить больному окончательный зубной протез.

Мы считаем нужным подчеркнуть, что систематически проводимое восстановительное функциональное лечение весьма необходимо. И ни в коем случае нельзя приводить аргумент, что у многих больных вообще не проводится восстановительное функциональное лечение, и несмотря на это у них не возникает никаких резко выраженных деформаций. Мы еще не знаем всех факторов, обуславливающих возникновение деформаций, и поэтому нельзя с уверенностью сказать, кому из детей с аналогичным на вид пороком развития грозят тяжелые поздние деформации. В первую очередь, необходимо неустанно улучшать качество стоматологической помощи. Следует учесть, не будет ли целесообразнее в первые годы жизни, когда не удастся опереть о зубы ортодонтические аппараты, вернуться к соскам, модифицируя их соответствующим образом. Нам пришлось наблюдать, как альвеолярная дуга прекрасно сохранялась благодаря сосанию соски.

Деформации особого типа возникают при двусторонних общих расщелинах. В редких случаях межчелюстная кость бывает резко увеличена, образуя с самого начала шаровидное образование, сильно выступающее кпереди. Восстановленная губа скользит по межчелюстной кости вверх и не может на нее оказывать такого воздействия, которое бы способствовало ее оттеснению кзади. Наоборот, губа оттесняет межчелюстную кость несколько книзу и ограничивает открытие рта.

В этих случаях мы производим приблизительно в возрасте четырех лет репозицию путем горизонтальной подслизистой остеотомии сошника и смещения межчелюстной кости кзади (рис. 130). Но даже по прошествии некоторого времени наступает заметное уменьшение межчелюстной кости, которую затем удается поместить меж полюсов челюстей и прочно фиксировать в этом положении при помощи двух слизисто-надкостничных лоскутов с каждой стороны, один из которых выкраивают с поверхности межчелюстной кости, а второй — из полюса челюсти. Неудачи первых лет заставили нас навсегда отказаться от первичной остеотомии или резекции межчелюстной кости, репозиции и фиксации любым способом. Окончательное решение о судьбе межчелюстной кости, которая не запала меж полюсов челюстей, должно быть принято только после достижения 16-летнего возраста.

Довольно частым дефектом при двусторонних расщелинах бывает отсутствие альвеолярного желобка. Средняя часть губы, в которой полностью отсутствует мышечная ткань, лишена даже слизистой оболочки и состоит лишь из полоски красной каймы различной ширины. В остальных участках губа налегает на переднюю поверхность межчелюстной кости. Эта деформация является прежде всего препятствием для проведения ортопедических мероприятий; поэтому совершенно необходимо восстановление альвеолярного желобка.

При первой же операции следует стремиться добиться перемещения тщательно мобилизованной слизистой оболочки наружных участков губы на заднюю поверхность средней части губы. Естественно, что созданный таким образом желобок только в редких случаях не претерпевает обратного развития, так как на передней поверхности верхней челюсти никогда не бывает излишка слизистой оболочки. В процессе заживления наступает отяжение слизистой оболочки, с помощью которой мы покрывали внутреннюю поверхность филтрума. Созданный таким образом свод вновь перестает существовать, или, по меньшей мере, становится крайне мелким.

Коррекцию можно осуществлять, начиная с двухлетнего возраста. С этой целью выкраивают крупные лоскуты слизистой оболочки с наружных участков губы, с помощью которых можно затем выстлать новосозданный желобок. Если сделать это невозможно, то следует применить метод кожного вкладыша. Для этого, однако, требуется одновременно изготовить соответствующим образом подогнанный протез, которым следует пользоваться по крайней мере на протяжении 6 месяцев.

Серьезным недостатком при двусторонних общих расщелинах являются небольшие размеры кожной части носовой перегородки. При тяжелых формах заболевания кожная часть перегородки бывает весьма незначительной длины, но в то же время очень широкой. Ноздри при этом бывают широкими, их длинные оси расположены в поперечном направлении, во фронтальной плоскости, кончик носа приплюснут, а спинка — дугообразно вогнута и в профиль напоминает по форме клюв попугая. В зависимости от основной деформации, данные аномалии бывают разной степени развития, причем во всех случаях сильно обезображивают больного. Мы пользуемся различными оперативными методами, описанными на рис. 131—133.

После операций на небе дополнительные корригирующие вмешательства приходится проводить значительно реже, чем на губе и челюсти. Сюда относятся случаи недостаточно развитых, коротких, малоподвижных небных занавесок, по поводу которых производят операцию небо-глоточной пластичности. Чаще всего лоскут для этой цели создают не на верхней, а на нижней ножке (рис. 111), так как при недостаточности небные занавески нуждаются в активной мышечной ткани.

Другим видом аномалий, требующих коррекцию, являются носо-ротовые сообщения в альвеолярной части широких оперированных расщелин и довольно редко наблюдаемые дефекты средней линии, чаще всего расположенные на границе мягкого и твердого неба, наступающие после операции по поводу очень широких расщелин с неполным восстановлением дна носовой полости (рис. 137, 138). Случаи обширных дефектов твердого неба после

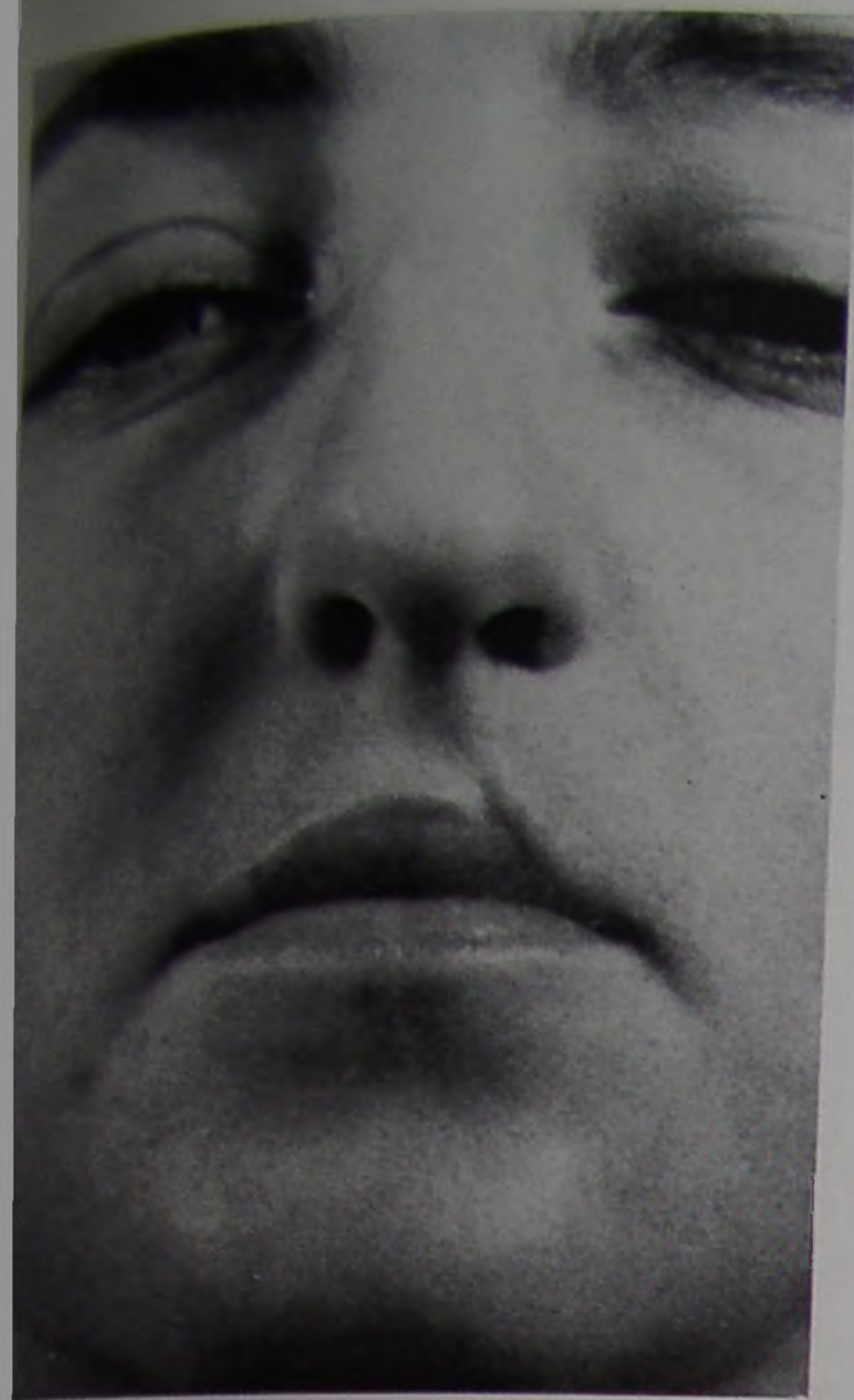
ТАБЛИЦА 1

	Деформация неба		Недостаточность закрытия		Артикуляция		Описание изменений артикуляции
	гортан. характ.	дополн. звук	добавоч. шум	ослабл. давл.	дисло-лия	правиль-ная	
взрывные звуки п, т, ть, к, б, д, дь, г аффрикаты ц, ч, щ, дз, дж) интердентальные звуки (с) сбилянты с, ш, ж, з спиранты в, ј, ф, х плавные звуки л, р носовые звуки м, н, нь гортанные звуки h гласные звуки у, о, а, э, и							
артикуляционная база челюстной угол	сзади уменьшенный				спереди нормальный		респирометр: / утечка через нос: %
небно-глоточное закрытие проба А-И гносавость	небольшое положит. открытая ринофония		возможно неконст. смешанная		полное отриц. (закрытая) Ø		
содружественные движения	лица		крыльез носа, губы		Ø Ø		
стадия развития речи	алалия ухудшена		запазды- вание		соответ- ствует воз- расту схеме		
степень расстройтва речи	IV III		II		I нормальная речь		
латеральность исслед. дня слух исслед. дня звуковая запись речи							

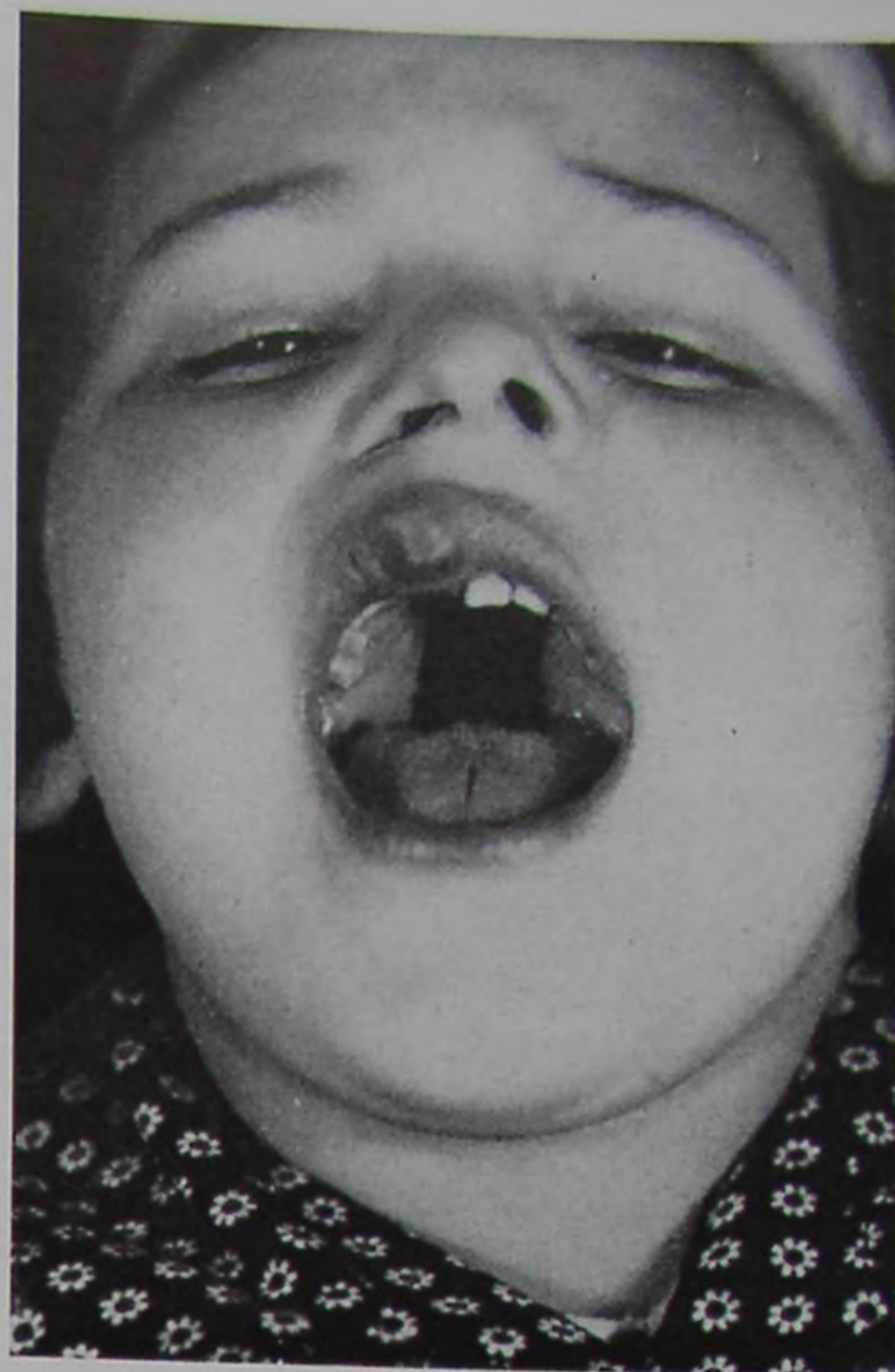
Рекомендуется:

некроза слизисто-надкостничных лоскутов наблюдаются редко (р и с. 140). Последнюю группу деформаций составляют последствия после оперативных вмешательств, произведенных неэрудированными хирургами. В настоящее время, однако, такие случаи являются большой редкостью (р и с. 136).

Больные с тяжелыми формами расщелин требуют неустанной помощи большого коллектива специалистов. Такой уход необходим вплоть до зрелого возраста, когда заканчивается развитие костей лицевой части черепа. Это касается и фонетических результатов оперативных вмешательств. Больные нуждаются в фониатрическом контроле, упражнениях, производимых под контролем опытных логопедов, и в критической оценке состояния голоса и речи (см. т а б л. 1, проф. Совак).



(2)



(3)

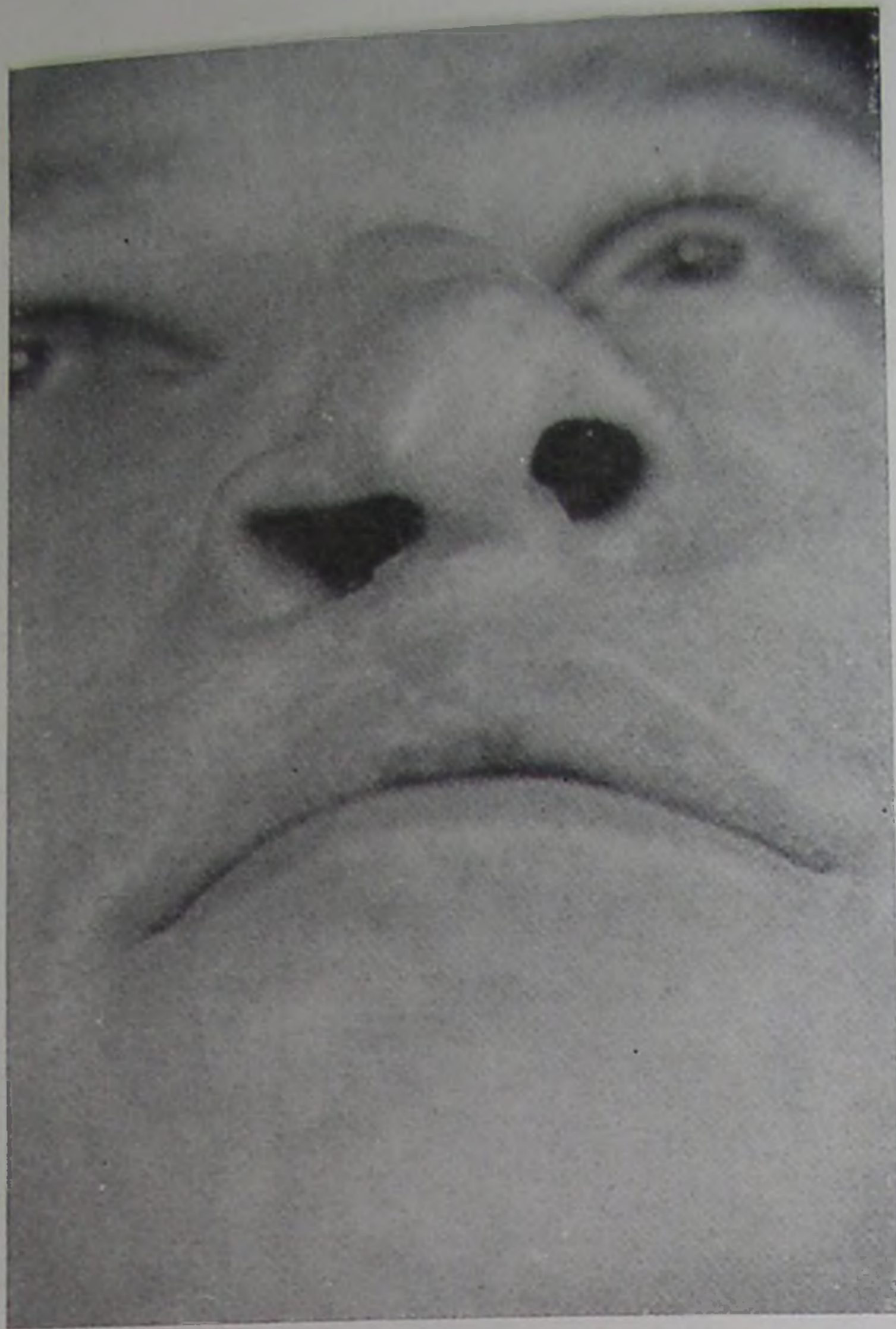
И С. 116.

деформаций, наблюдаемых после операций по поводу расщелины неба. 1. Значительная деформация в области границы красной каймы и кожи после операции по поводу неполной односторонней расщелины губы. Причиной деформации явилась ошибка в оперативной технике, неточная подгонка границ красной каймы и кожи. Конец наружного отдела границы красной каймы расположен выше конца внутреннего отдела; в результате произошло внедрение красной каймы в кожную часть губы. 2. Та же деформация, выраженная в более резкой степени на общей левосторонней расщелине. Отклонение оси носа к здоровой стороне не является последствием операции и не возникло

по вине хирурга. — 3. Сильное утолщение губы и нависание правой половины красной каймы. Наряду с этим у больного выявляется типичная деформация носа, с которой приходится сталкиваться при всех производимых в повседневной практике операциях по поводу общих расщелин: смещение кончика носа в здоровую сторону, в которую смещено и основание кожной части носовой перегородки; ноздря расположена во фронтальной плоскости. Крыло носа заняло в рельефе лица более низкое положение. Дефект губы был обусловлен неправильным использованием излишка наружной части красной каймы, который должен был быть перемещен в среднюю область красной каймы. —



(4)



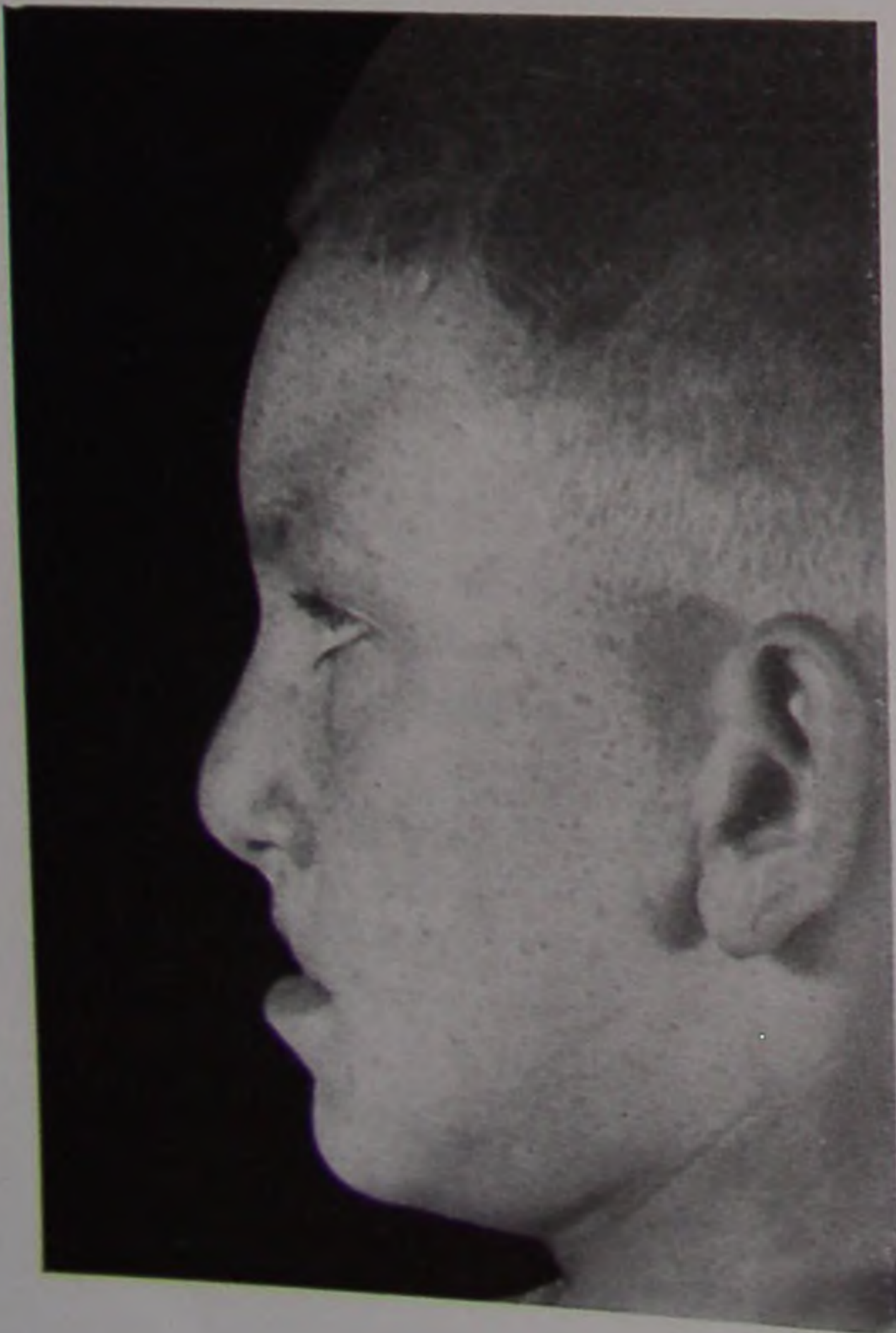
(5)



(6)

4. Дефект, аналогичный тому, который был описан на предыдущем рисунке, только более резко выраженный. Выявляется деформация губы, обусловленная неправильно произведенной операцией: крышеобразная приподнятость оперированной стороны, перетяжка красной каймы. Значительная неправильность зубов. Дефект обусловлен недостаточно точно выполненной операцией на губе; хирург не позаботился устранить различие в размерах губы

на расщепленной и здоровой стороне. — 5. Резко выраженная деформация носа. Первоначальная аномалия, по-видимому, была очень тяжелой, а во время операции недостаточно тщательно было произведено выкраивание и перемещение губы, так что наступили нарушения процессов заживления и расхождение шва в области порога ноздри, где образовалась глубокая выемка. — 6. Крайне тяжелая деформация после операции по поводу общей левосторонней



(7)



(8)



(9)



(10)

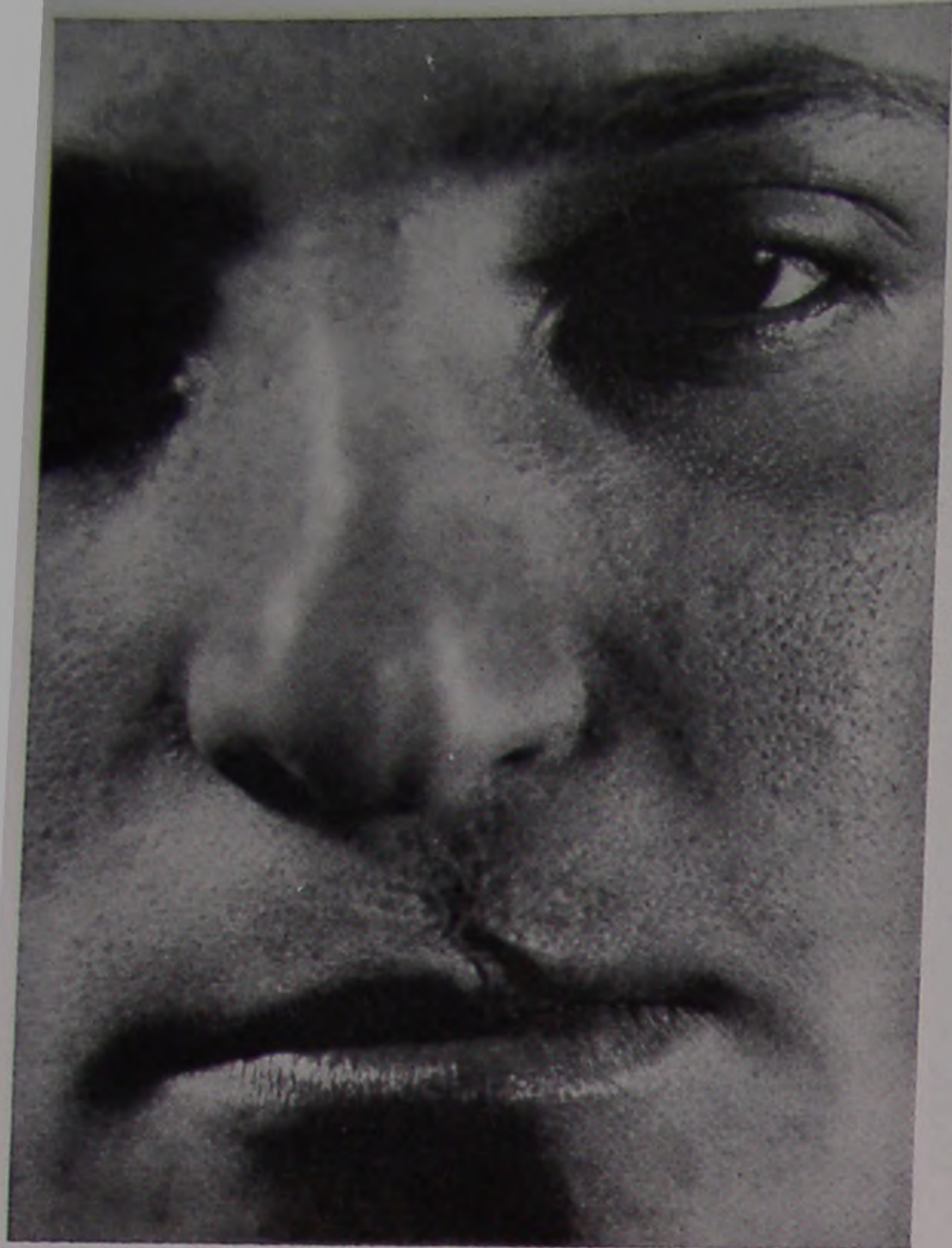


(11)

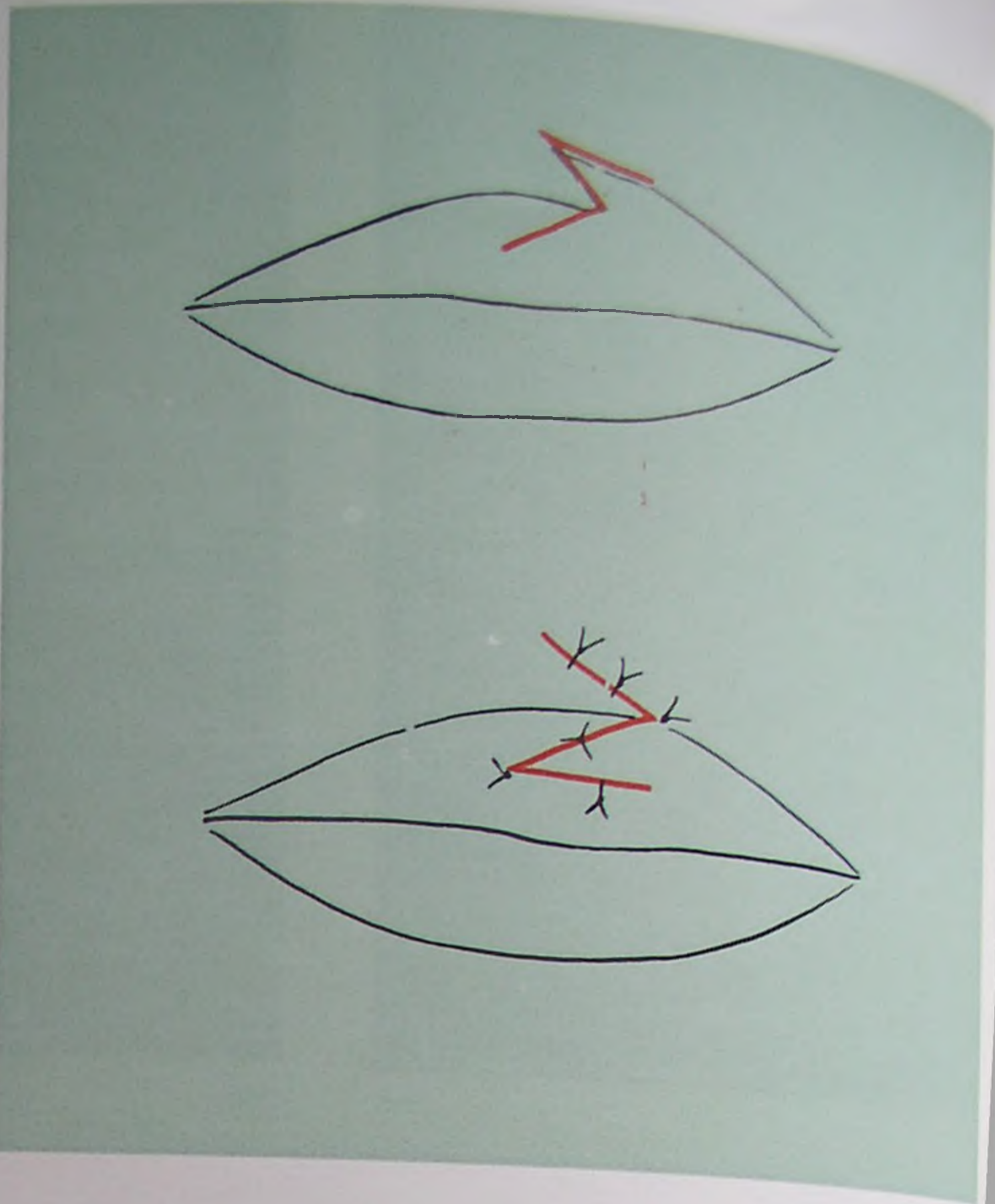
ронней расщелины у 10-летнего мальчика. Выявляются все признаки тяжелых расстройств. В области верхнего левого второго резца челюсть образует острый угол, правый клык выступает сверху и в лабиальном направлении, второй левый резец отсутствует, левый клык, отличающийся небольшим размером и конусообразной формой, выступает в щель. Левая челюсть вдавлена. — 7, 8. Деформация после операции, произведенной по поводу двусторонней общей расщелины. Причиной данной деформации явился неправильный способ операции: срез филтрума в виде клина и сближение боковых частей губы. В конце концов губа оказалась узкой и высокой. — 9. Аналогичная деформация, выраженная, однако, в более резкой степени, так как при первой операции хирург резецировал часть сошника. — 10. У больного во время операции по поводу двусторонней общей расщелины была произведена резекция выстоящей межчелюстной кости, мешавшей хирургу произвести сшивание всей губы. — 11, 12. Деформация губ после неправильно произведенной операции по поводу двусторонней общей расщелины. Хирург произвел резекцию межчелюстной кости, неудачно использовал филтрум для создания носовой перегородки и, кроме того, по-видимому, резецировал часть губы, которая в результате этого стала крайне узкой, высокой и пересеченной поперечными рубцами, возникшими после наложения вспомогательных швов.

(12)



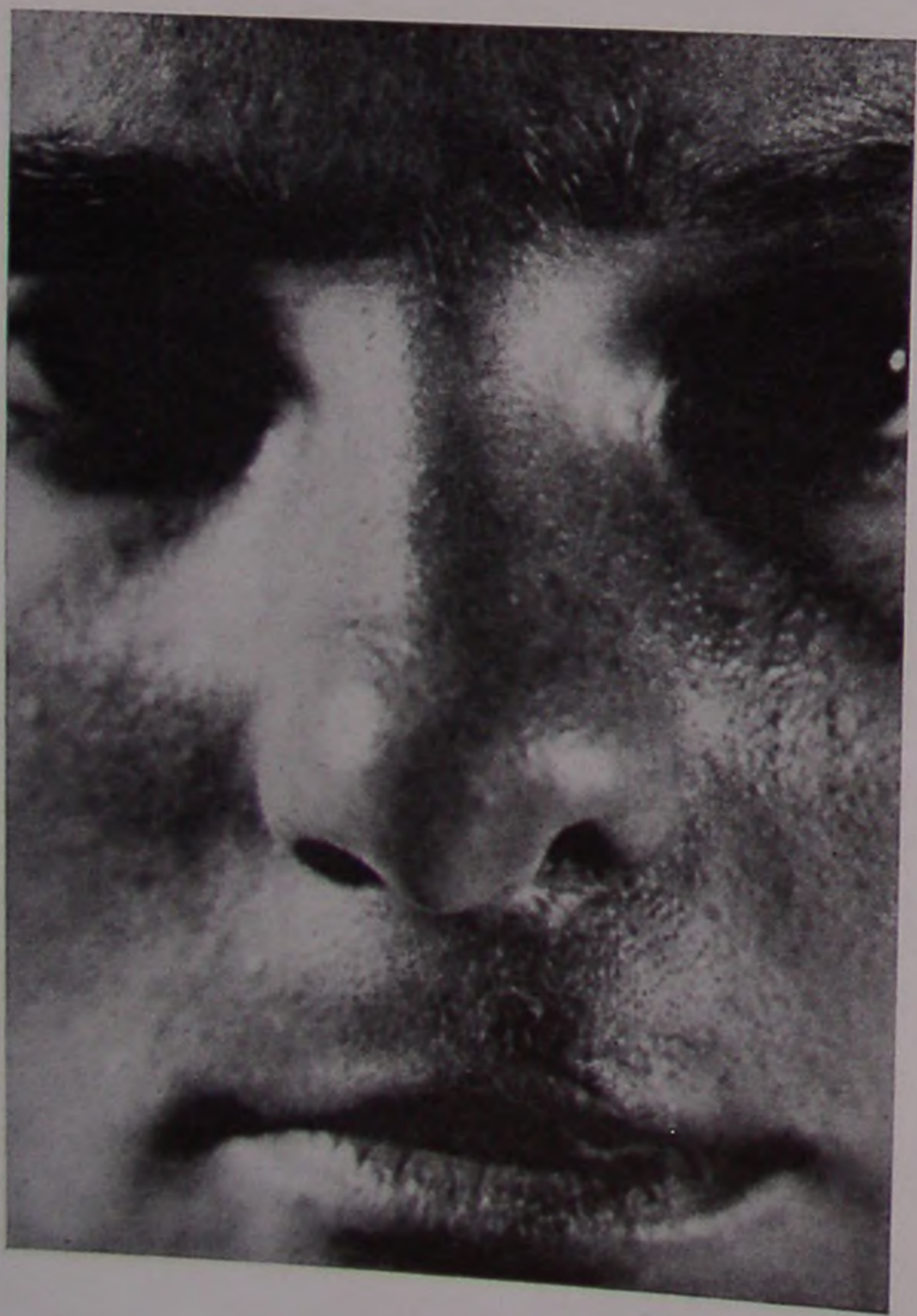


(1)



(2)

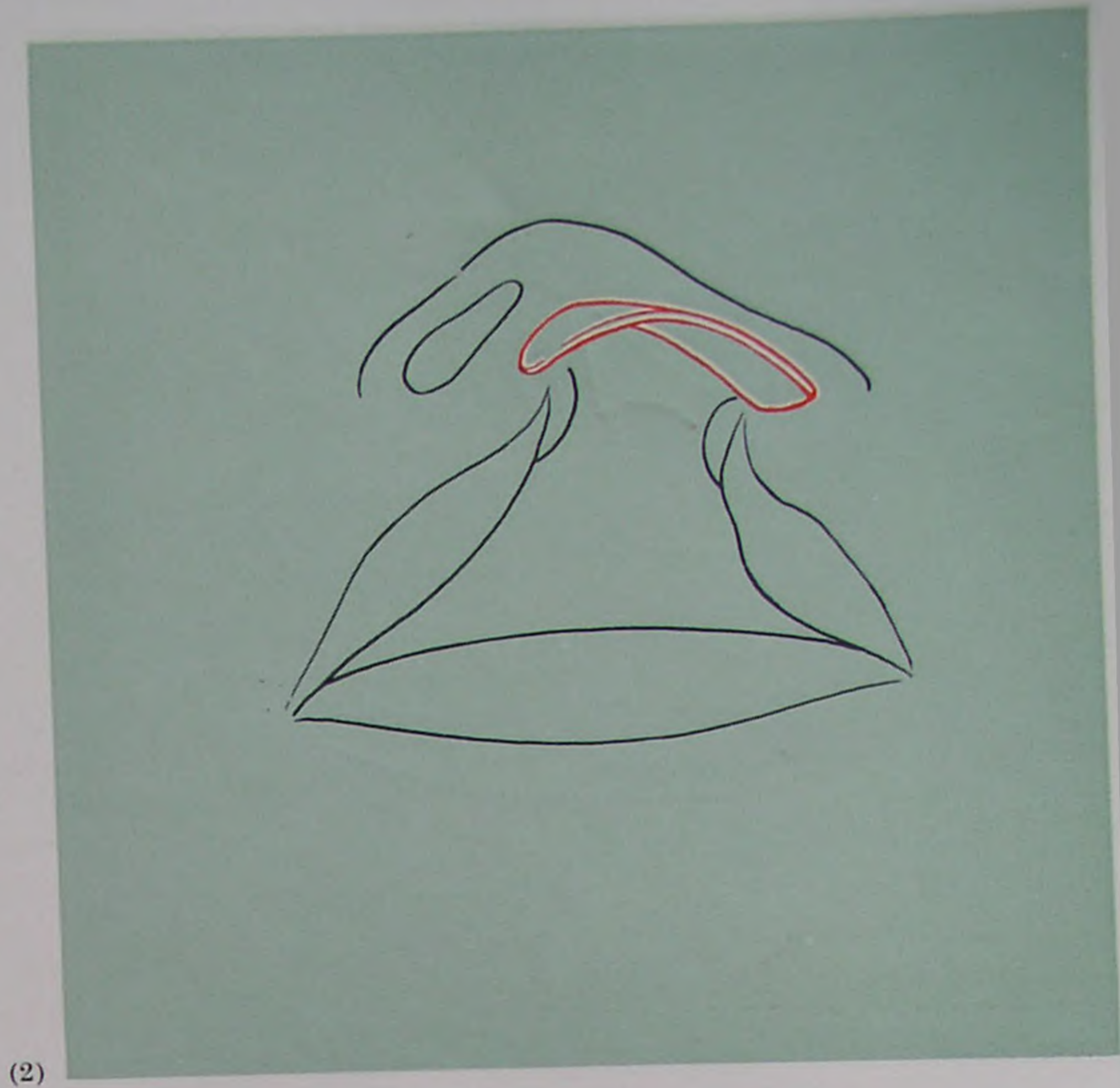
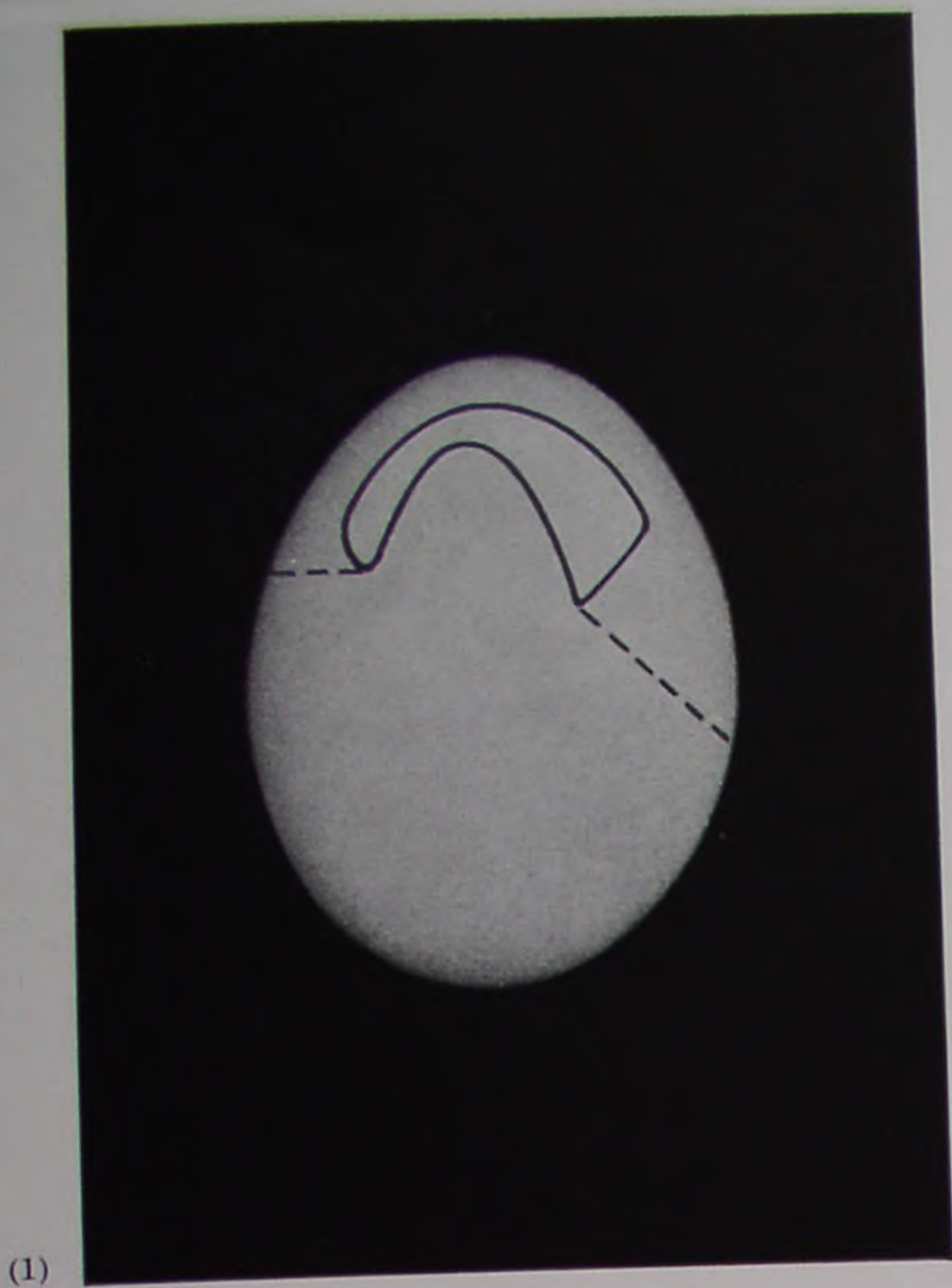
(3)



(4)

Р И С. 117.

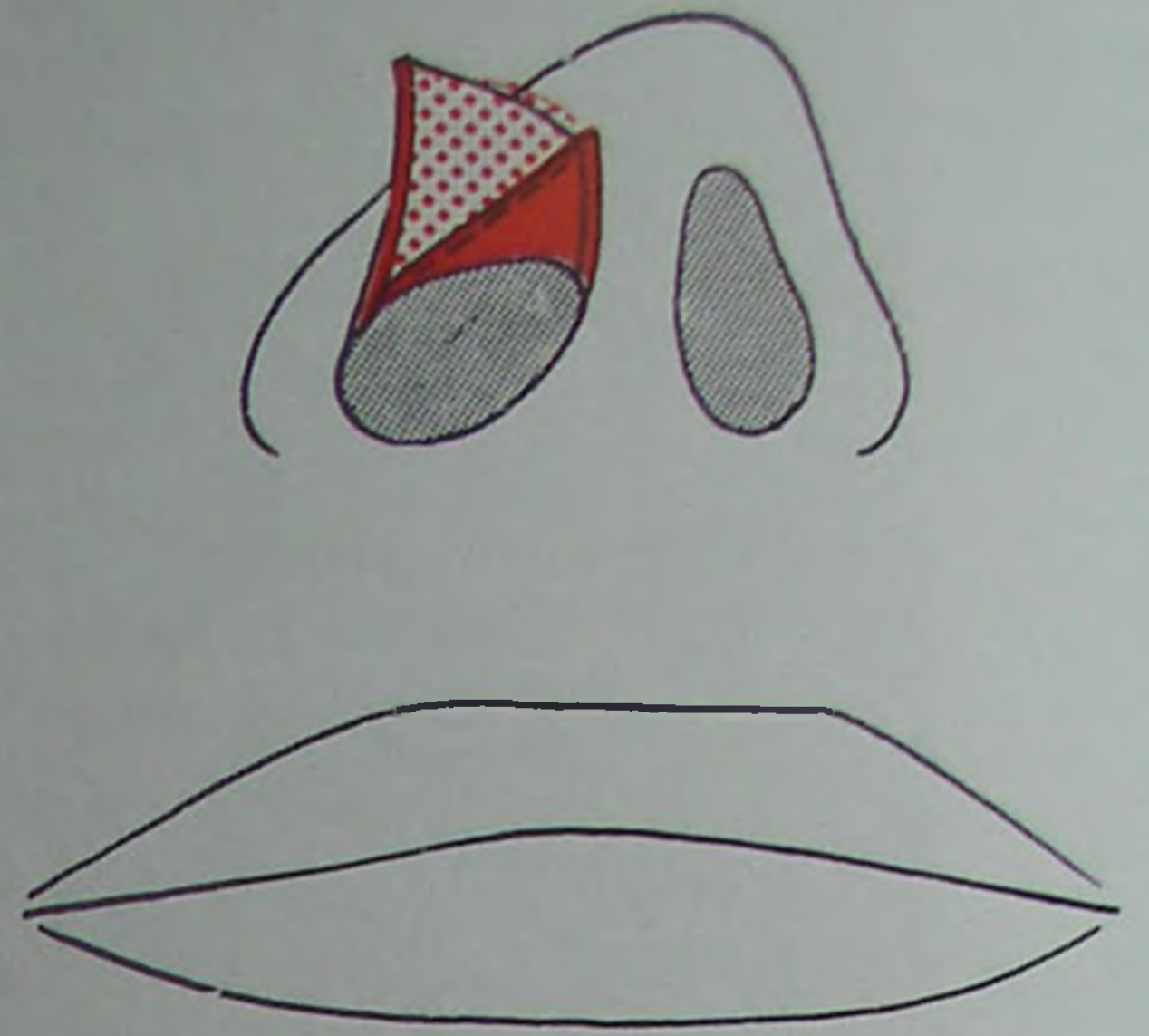
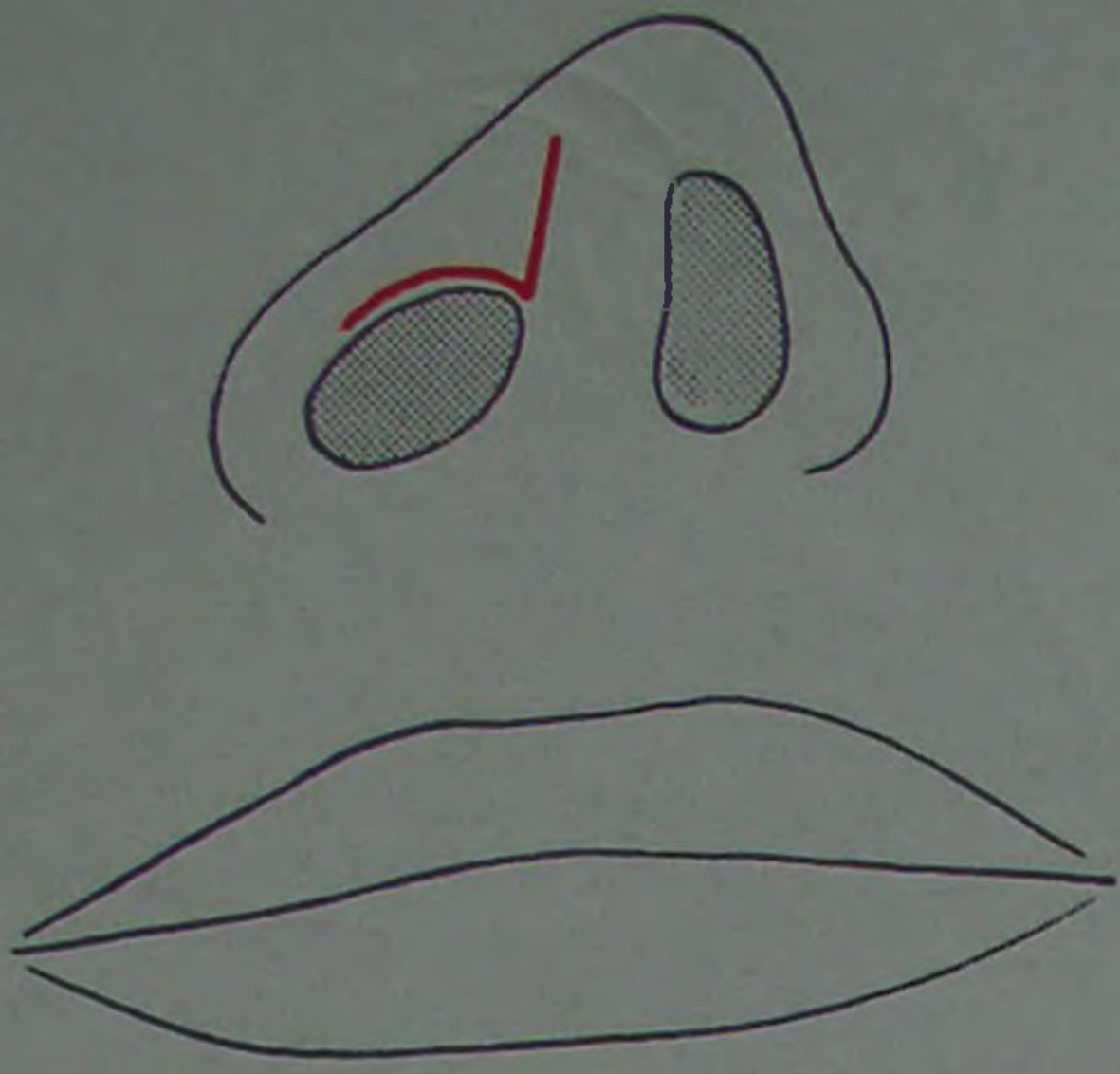
Состояние после операций по поводу левосторонней общей расщелины со значительной деформацией в области границы красной каймы и кожи. Больная М. Ч., 16 лет, история болезни № 12 242. 1. С левой стороны в кожу врезается выступ красной каймы. — 2, 3. Схема операции. На границе красной каймы и кожи произведена перестановка встречных треугольных лоскутов: врезающийся в кожу выступ красной каймы обводят окймляющим разрезом, срезают соответствующую узкую часть границы красной каймы и кожи и переставляют сформированный таким образом треугольник с треугольным лоскутом, врезавшимся в красную кайму. Одновременно была ликвидирована деформация левой ноздри, в которой левый хрящ кончика носа был смещен книзу и отделен от правого хряща. — 4. Больная после излечения.



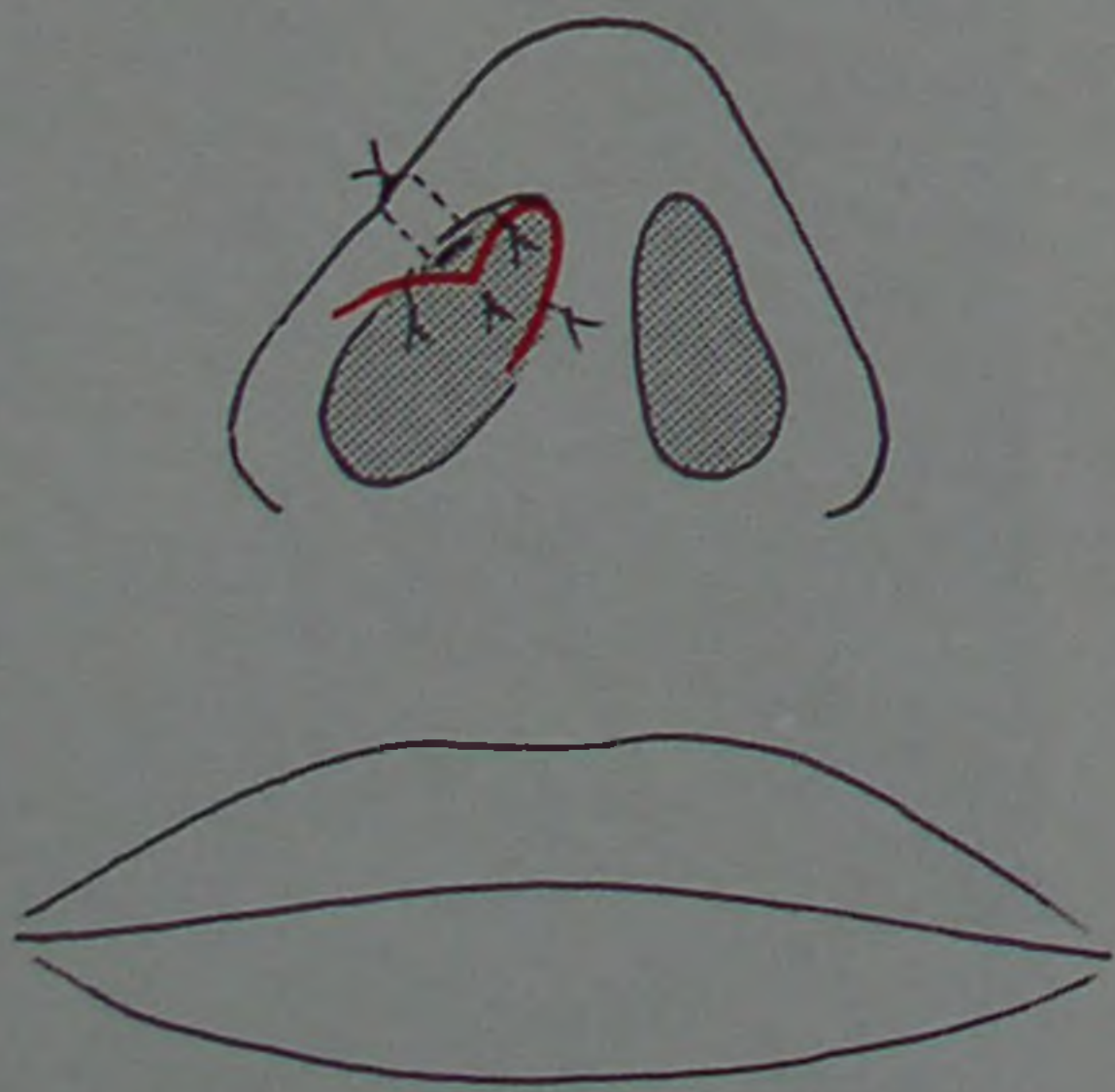
Р И С. 118.

Попытка дать объяснение характеру деформации ноздри. 1, 2. Хрящ кончика носа в виде полоски вырезан из боковой поверхности полого яйца, образованного из упругого материала. Разведение ножек вырезанной полоски обусловило снижение и вы-

равнивание его переднего края, в то время как задний край наружной половины поворачивают книзу и внутрь. Вестибулярная складка приподнимается к ноздре; в связи с этим становится видимой внутренняя поверхность преддверия носа. Расщепленная половина кончика носа смещается книзу и кзади; в результате кончик носа образуется за счет изгиба хряща здоровой стороны.

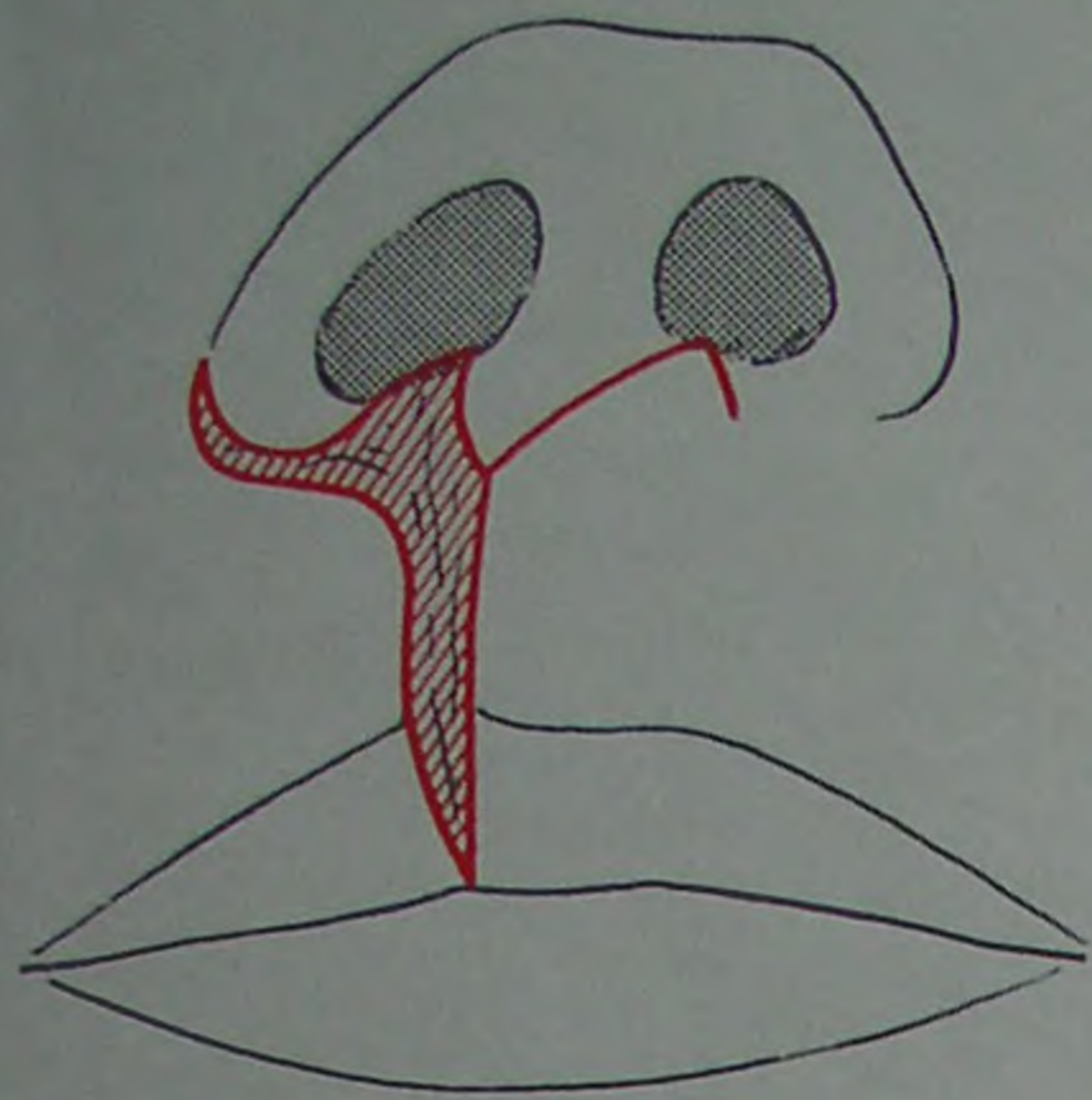


(2)

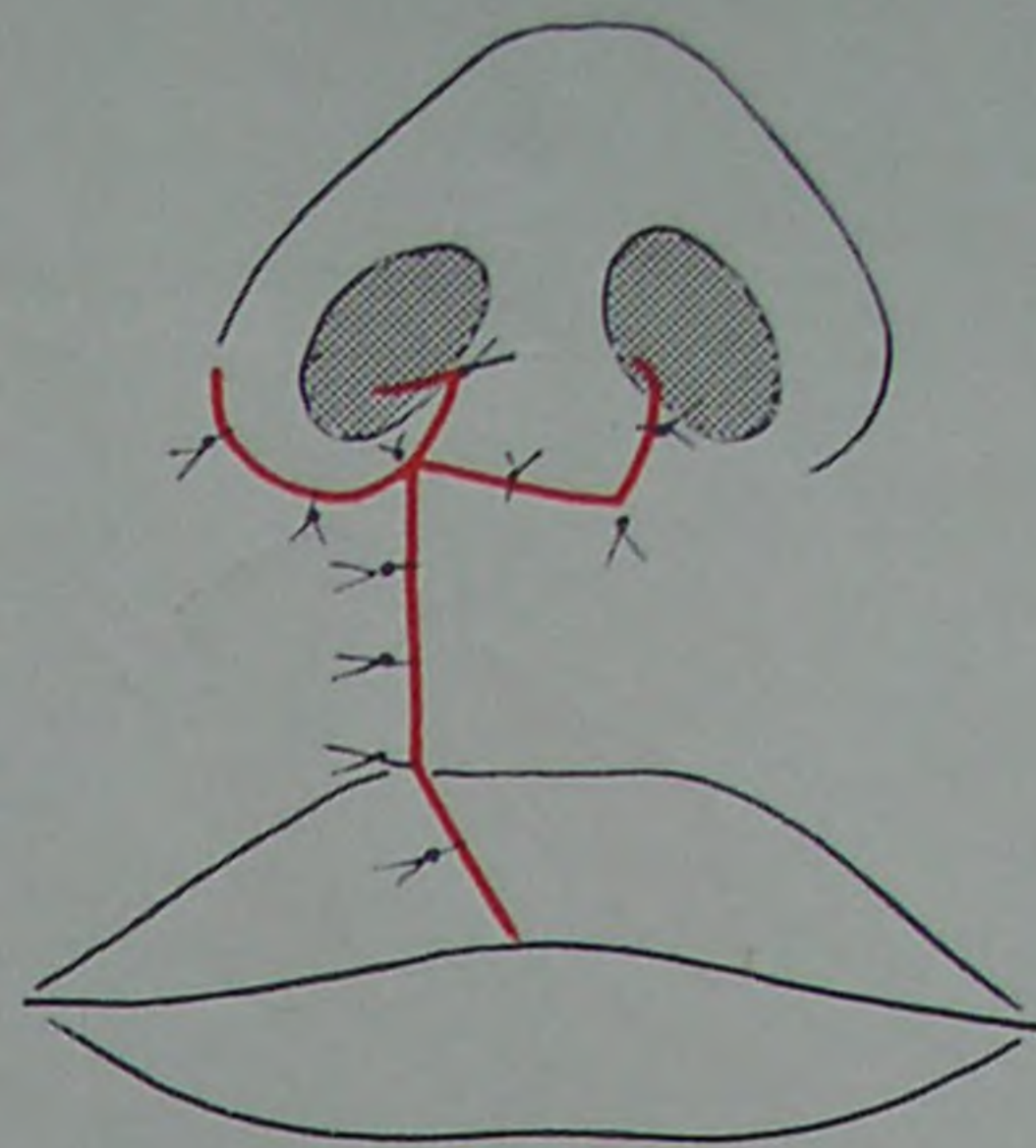


Р И С. 119.

Попытка исправления ноздри, деформированной в результате операции по поводу односторонней общей расщелины. 1. Попытка расширить передний конец ноздри путем выкраивания с внутренней поверхности кончика носа треугольного лоскута в направлении соответствующего края носовой перегородки и отслойка его с таким расчетом, чтобы основание лоскута располагалось на краю левого крыла носа. — 2. На внутренней поверхности кончика носа выкраивают треугольный лоскут в целях дополнения покрова переднего края носовой перегородки; отсепарованный крыльчатый хрящ передвигают кпереди и пришивают к изгибу хряща кончика носа здоровой стороны, после чего кожный лоскут на крыле носа поворачивают в носовой ход, где он дополнит внутренний покров крыла. — 3. Следовало бы, естественно, кроме того оформить и заднюю часть ноздри, ее порог и приблизить крыло носа. Оказалось, однако, что описанный способ не дает никаких результатов и что из-за сморщивания ткани возникает значительная деформация в области переднего периметра ноздри.



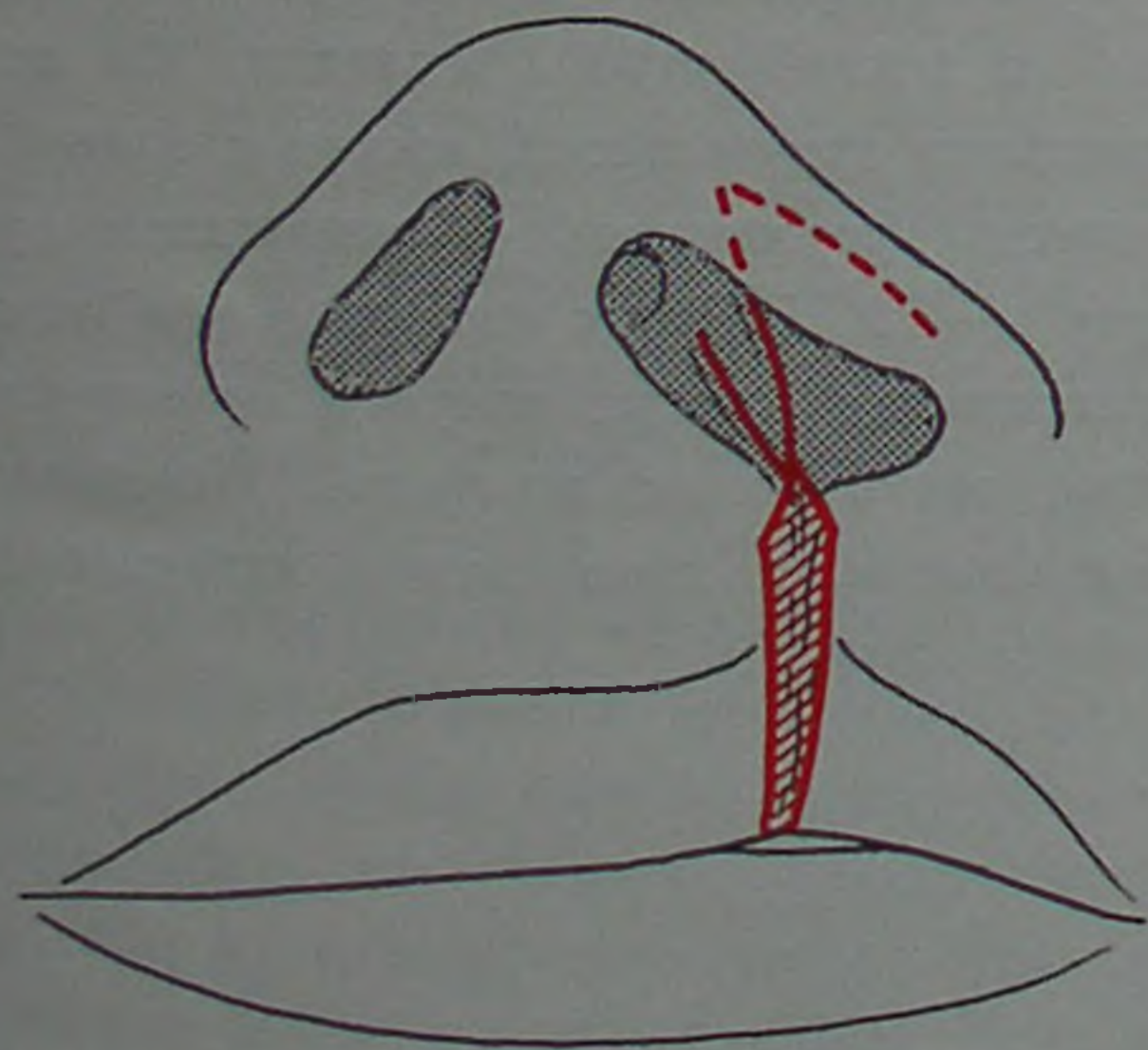
(1)



(2)

Р И С. 120.

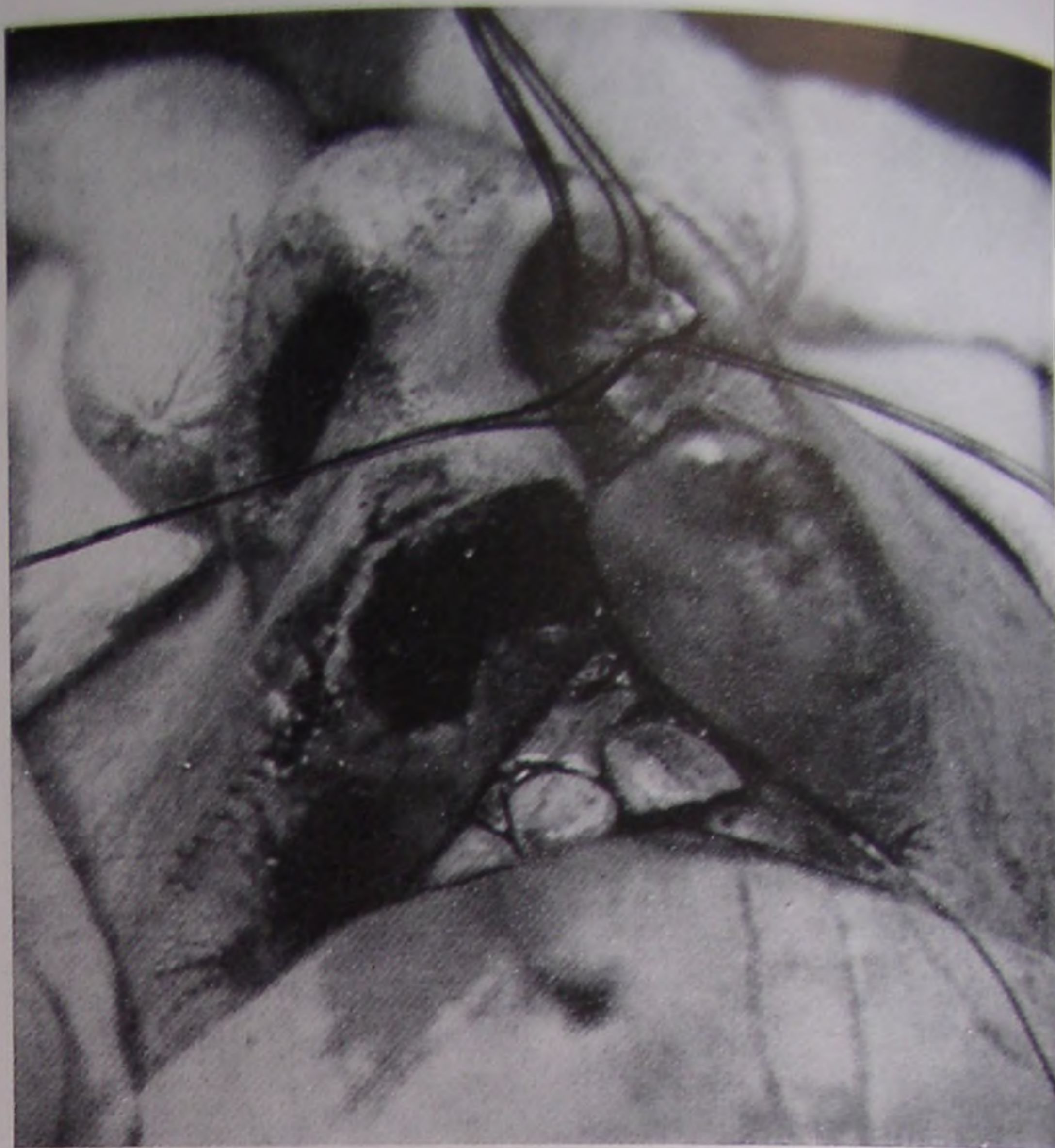
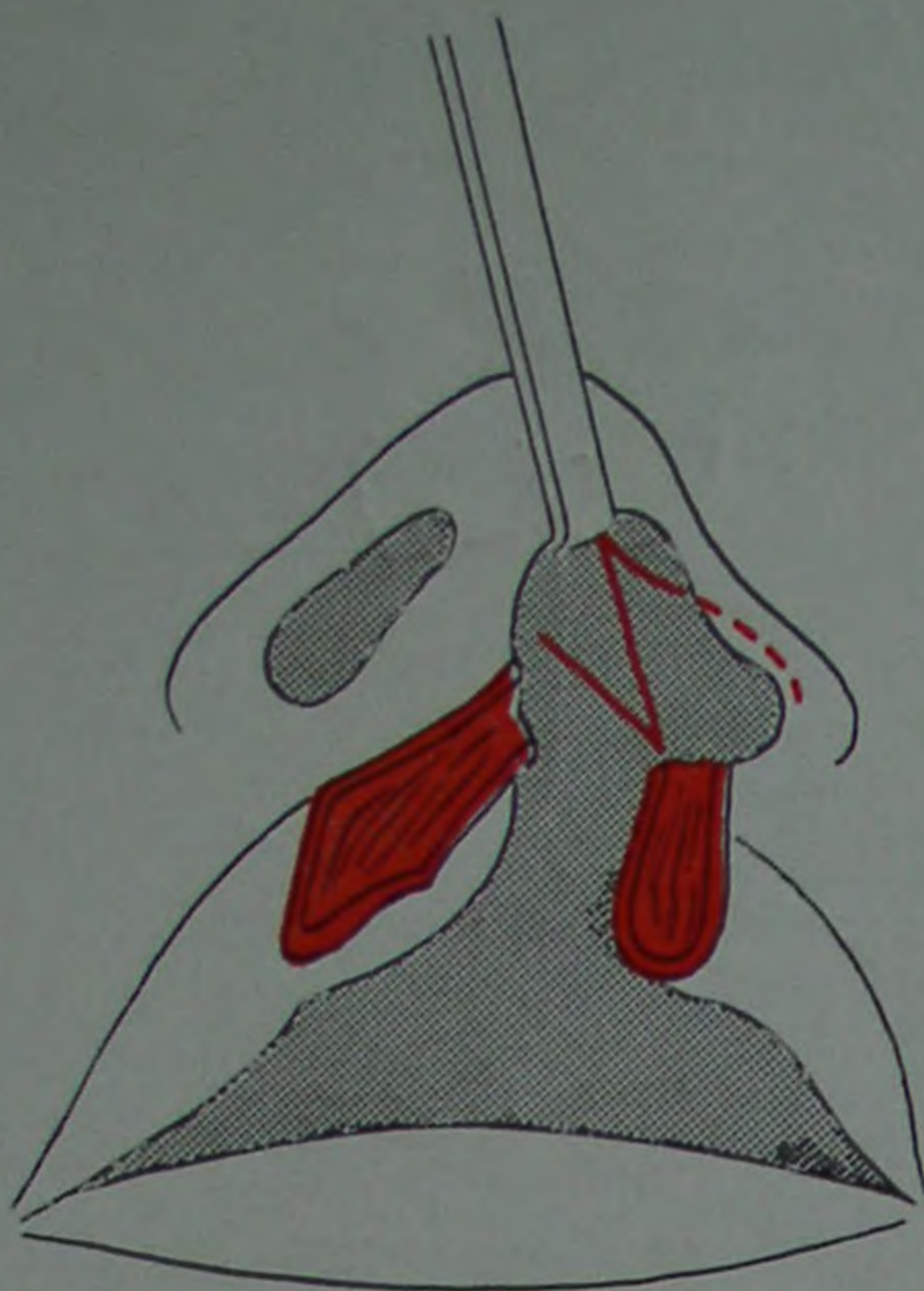
Коррекция непривычной деформации после операции по поводу общей правосторонней расщелины. Перемещение искривленной носовой перегородки с целью установить ее по средней линии; одновременная коррекция порочного рубца на губе и приподнимание впалого крыла носа. 1. Намечены размеры иссекаемого на губе участка и разрез, окаймляющий крыло носа. Выкраивают треугольный лоскут кожи губы, связанный с носовой перегородкой; в области порога здоровой ноздри делают вертикальный разрез и производят распрепаровку краев раны. В области порога предверия носа возникает треугольный дефект, в который перемещают клиновидный кожный лоскут, выкроенный на носовой перегородке. — 2. Затем производят мобилизацию боковой части губы, подводят крыло носа и кожу губы и накладывают швы.



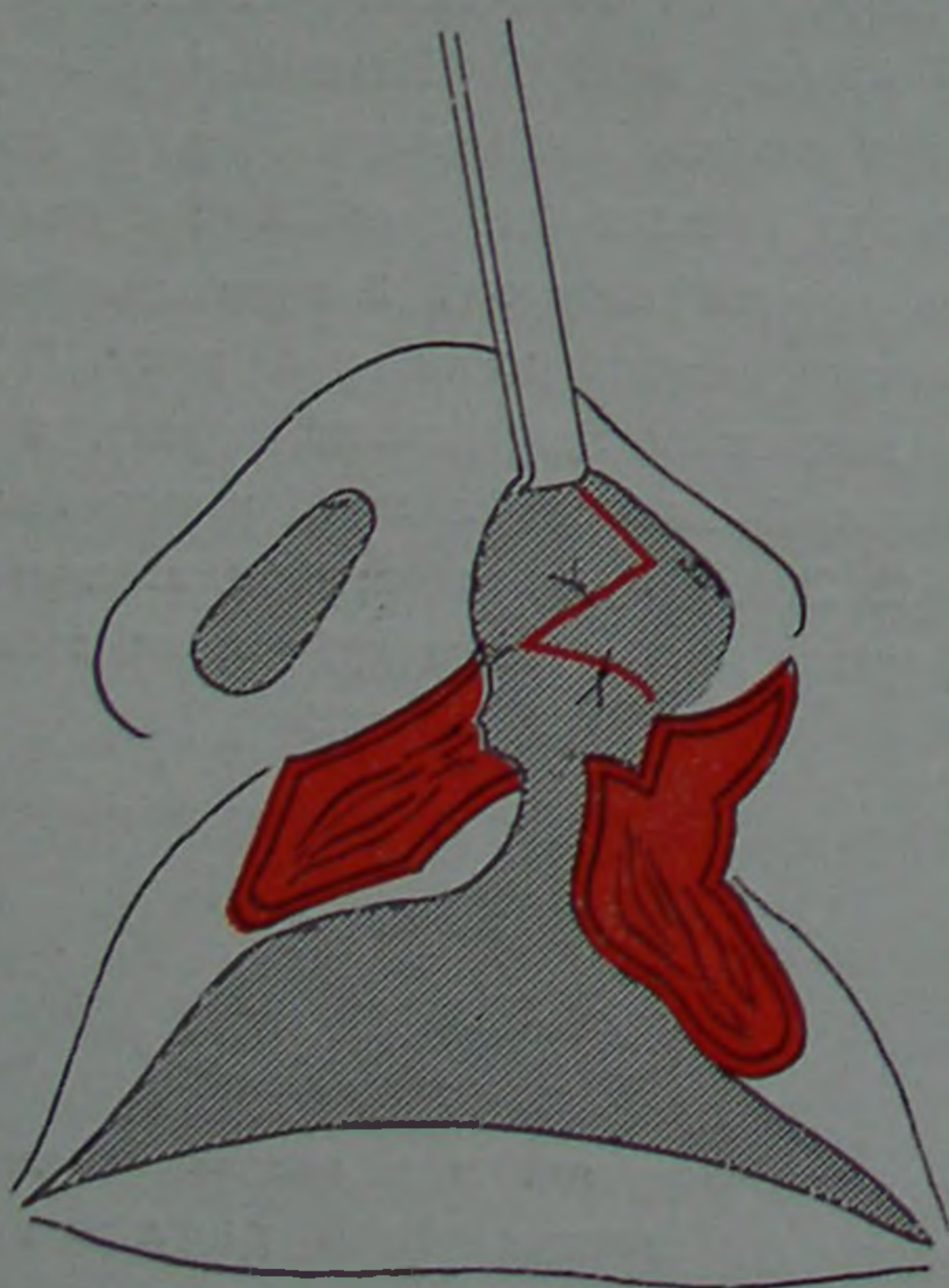
(1)

Р И С. 121.

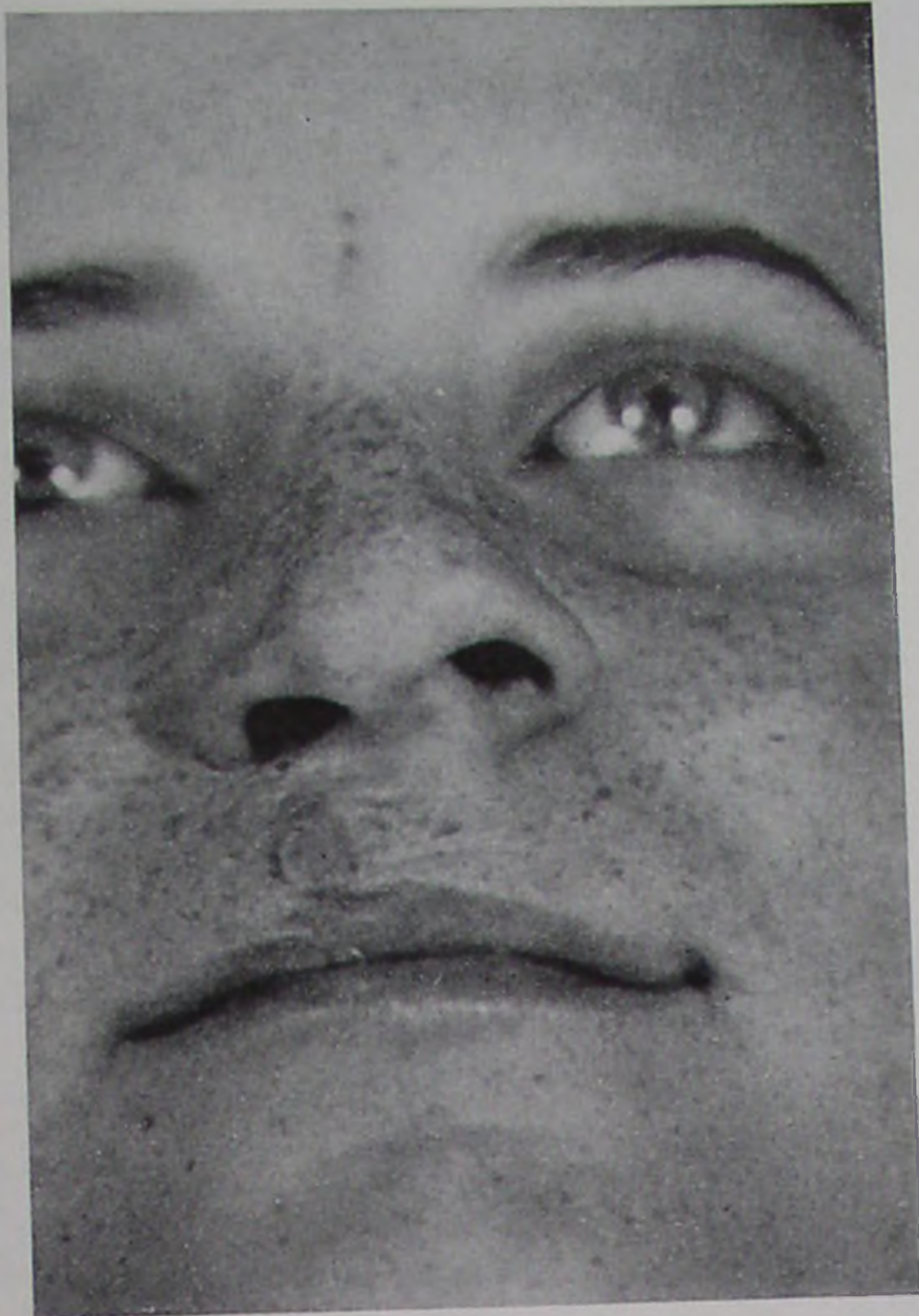
Схема операции, производимой в целях восстановления значительно деформированной ноздри. 1. В результате неправильно произведенной операции губа крышеобразно приподнята. Возник широкий рубец; ноздря заняла почти горизонтальное положение, а ее порог провалился. Высоко приподнята вестибулярная складка; ее поверхность хорошо видна при прямом обозрении ноздри.



(3)



В области передней части вестибулярной складки отчетливо вдавлен край крыла носа. — 2. Вид после иссечения рубца губы во всю толщу и мобилизации губы в обе стороны; схема разрезов на поверхности вестибулярной складки. На ее передней поверхности выкраивают треугольный лоскут с задней ножкой, а на задней поверхности треугольник с основанием, расположенным спереди и вверху. — 3. Снимок сделан в тот момент операции, когда после оттягивания ноздри кпереди произошла автоматическая перестановка выкраенных лоскутов. Излишки треугольных лоскутов были иссечены, а края сшиты кетгутовыми швами. — 4. Схема наложения швов.



(1)

(2)

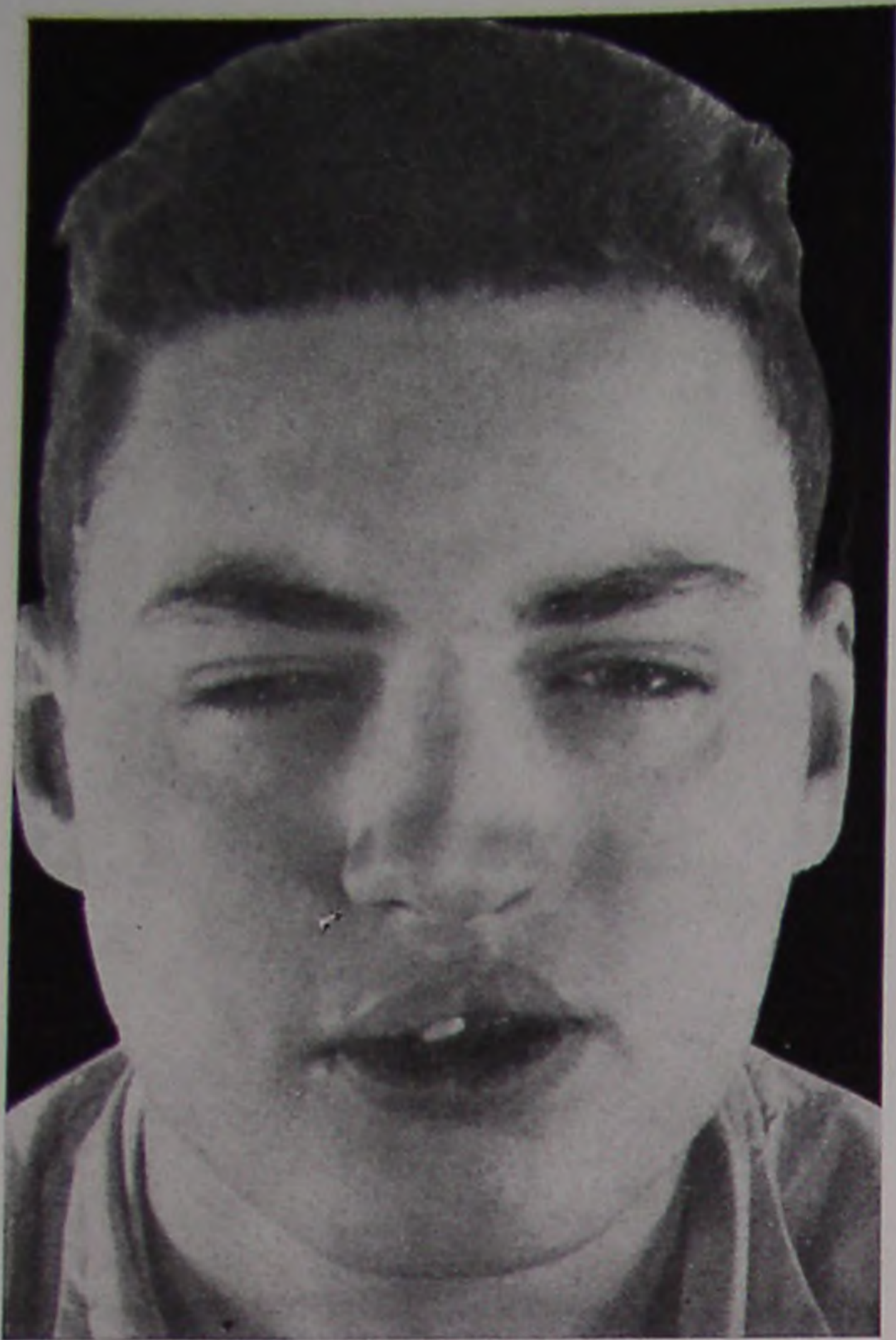
(3)

РИС. 122.

Состояние после неправильно произведенной в детстве операции по поводу расщелины губы. Больная У. А., 17 лет, история болезни № 4762. 1, 2. Больная подверглась в детстве операции по поводу правосторонней расщелины губы. Особенно неудачно была произведена операция на смежной губе. По всей вероятности, здесь наступило расхождение швов, и заживление проходило вторичным натяжением. Образовался широкий пигментированный рубец и ряд боковых поперечных рубцов. Граница красной каймы и кожи оказалась резко нарушенной. На носу возникла типичная и отчетливо выраженная деформация: основание кожной части носовой перегородки сильно смещено в сторону, крыло носа прогнуто внутрь, ноздря заняла поперечное положение. — 3, 4. Больная через 11 лет после операции. Было произведено полное восстановление губы, фиксированной на большой площади к верхней челюсти; на альвеолярном отростке выявляется желобок, ведущий в ход, образовавшийся между сводом преддверия рта и правым носовым проходом сразу же у порога ноздри. Была произведена экстирпация рубца и мобилизация губы. При этом была отсепарована передняя носовая ось, а крыло носа подложено иссеченным куском рубцовоизмененной ткани. Затем было произведено расщепление крыла носа, перестановка встречных треугольников в области границы красной каймы и кожи и резекция искривленной части хряща носовой перегородки в левом носовом ходе. По сравнению с нижней губой верхняя губа остается несколько натянутой.

(4)





(1)



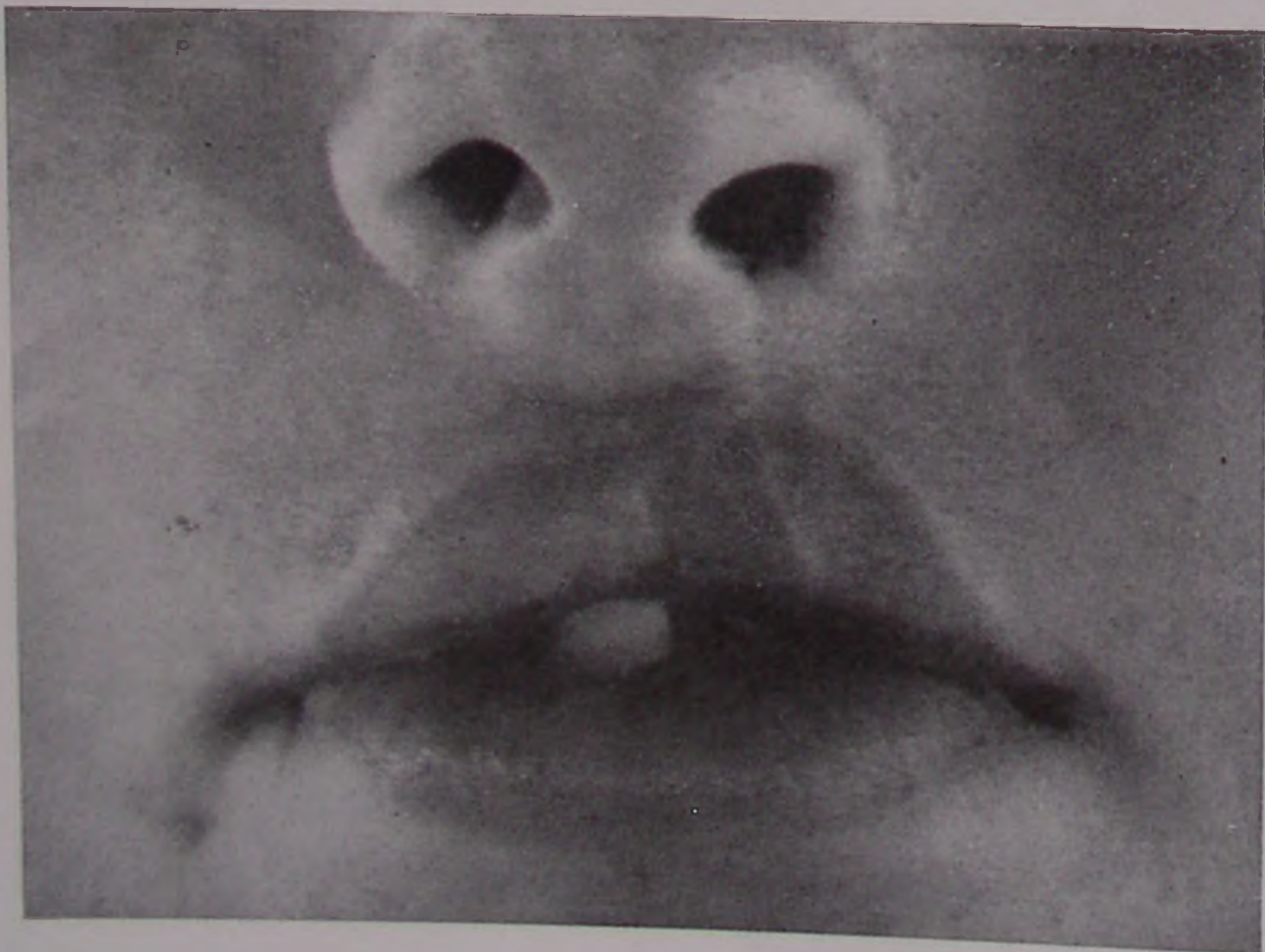
(2)

Р И С. 123.

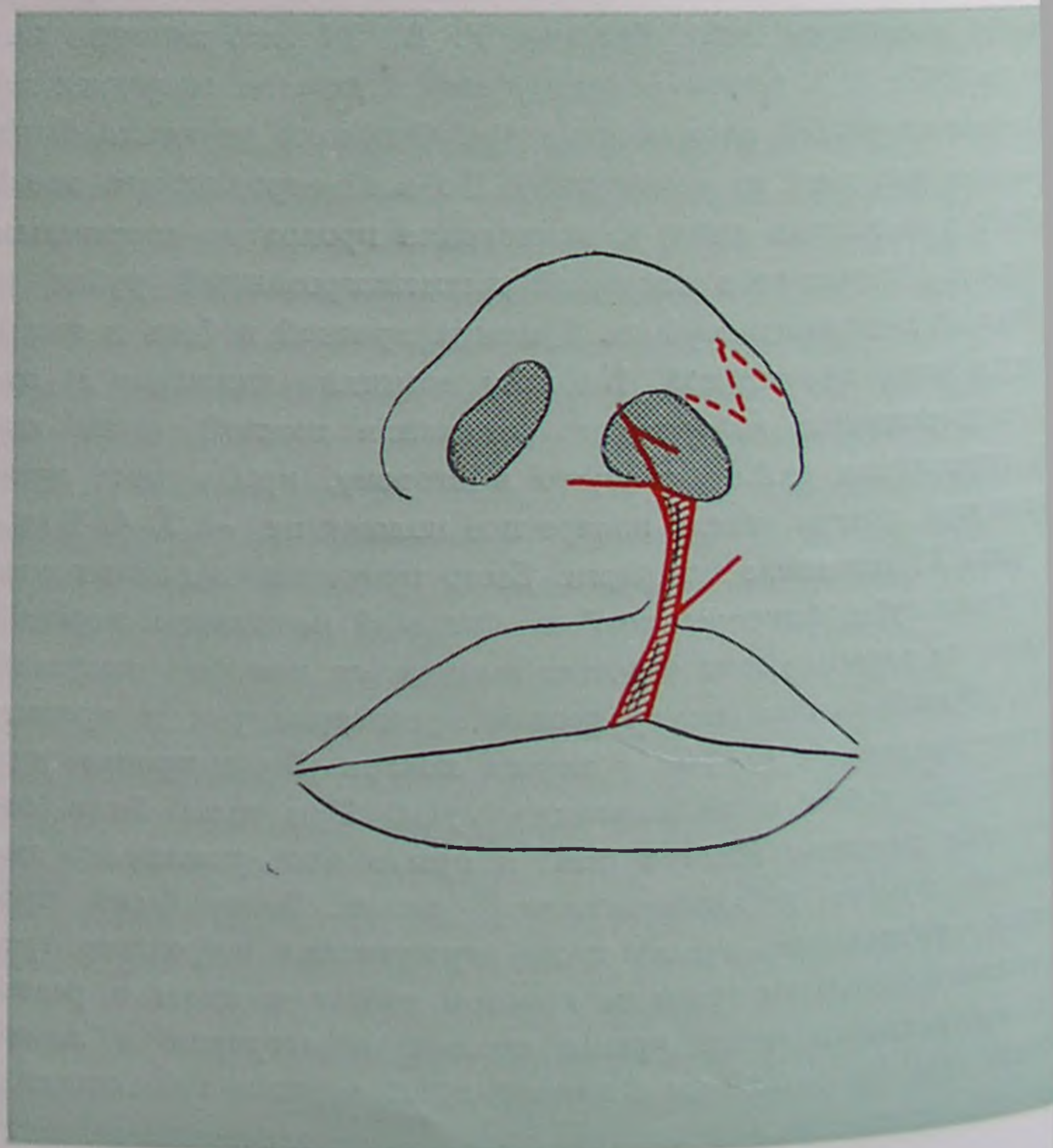
Типичная деформация губы, наступившая после ее продольного сшивания. Больной Ф. Р., 16 лет, история болезни № 13 631. 1, 2. Произошло значительное укорочение губы на оперированной стороне. Губа приподнята, так что не наступает полного смыкания

ротовой щели. — 3. На ноздре выявляется нерезко выраж деформация. — 4, 5. На рисунке представлена схема опер и границы, в пределах которых в области кожи и красной к производят иссечение рубца. С левой стороны выкраивают

(3)



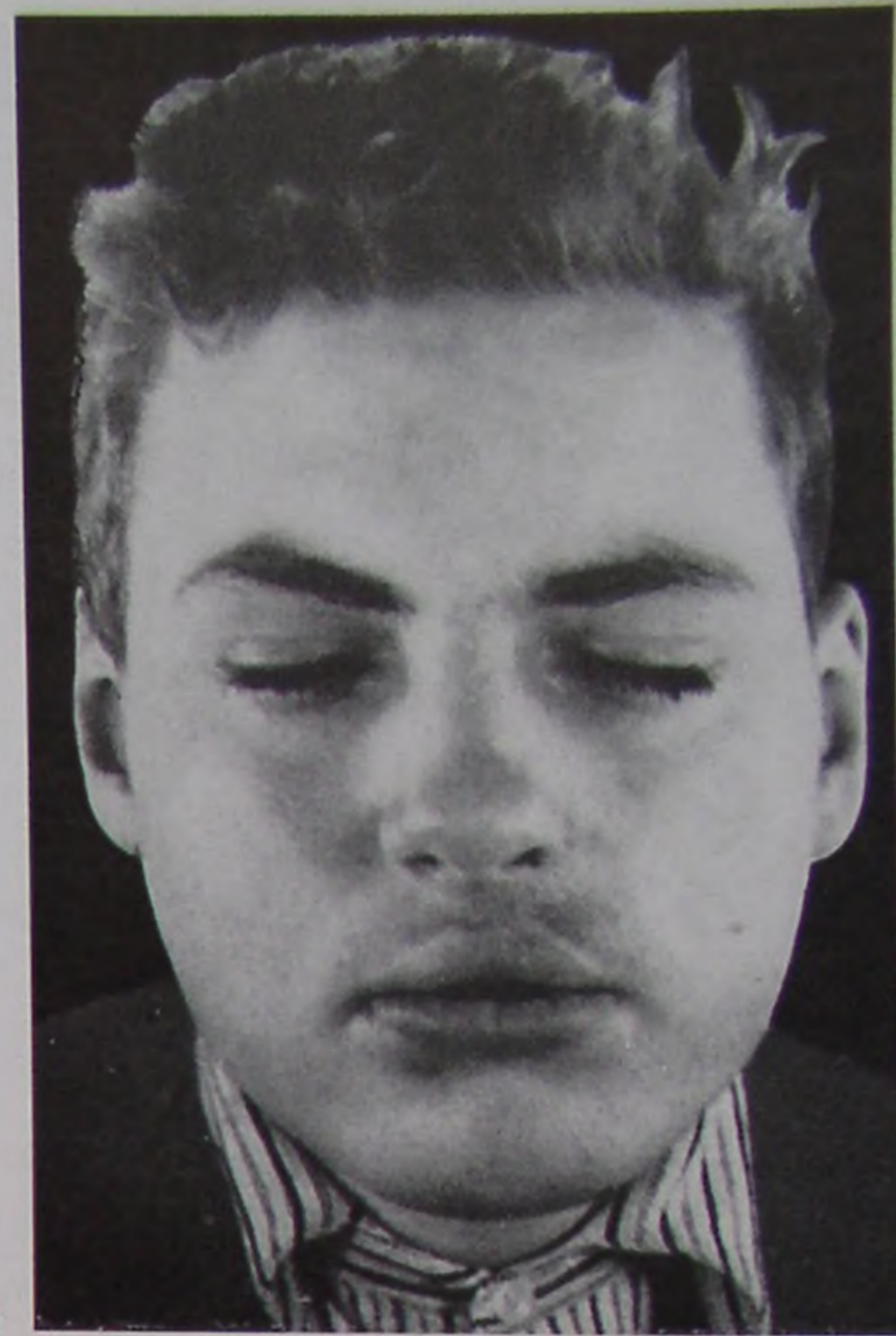
(4)





(5)

угольный лоскут с ножкой у основания крыла носа; этот треугольник перемещают в поперечный разрез, сделанный у основания носовой перегородки. В результате основание носовой пере-

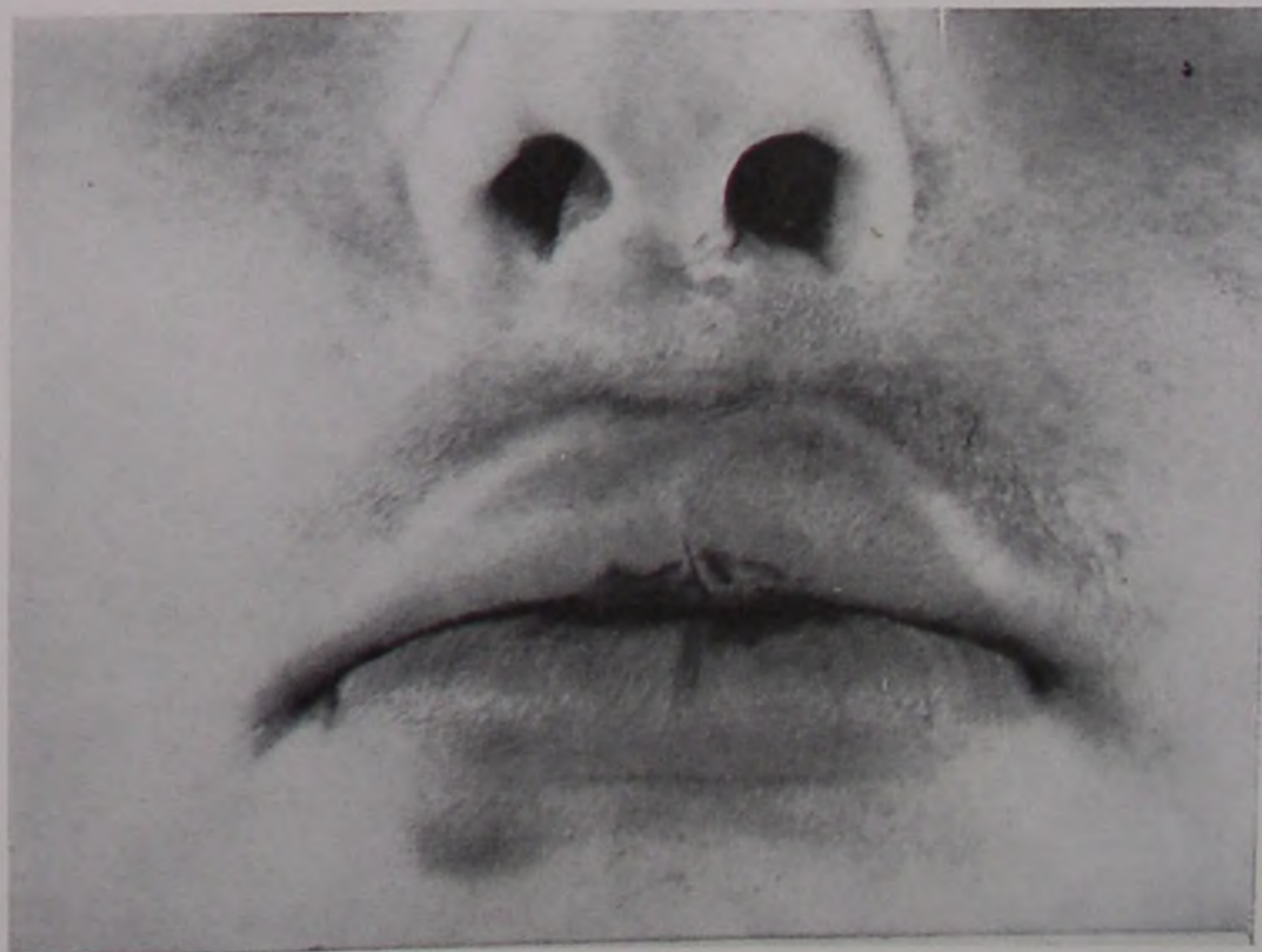


(6)

городки значительно поднимается кверху. В области вестибулярной складки производят перестановку встречных треугольных лоскутов. — 6, 7, 8. Больной после излечения.



(7)



(8)



(1)



(2)

Р И С. 124

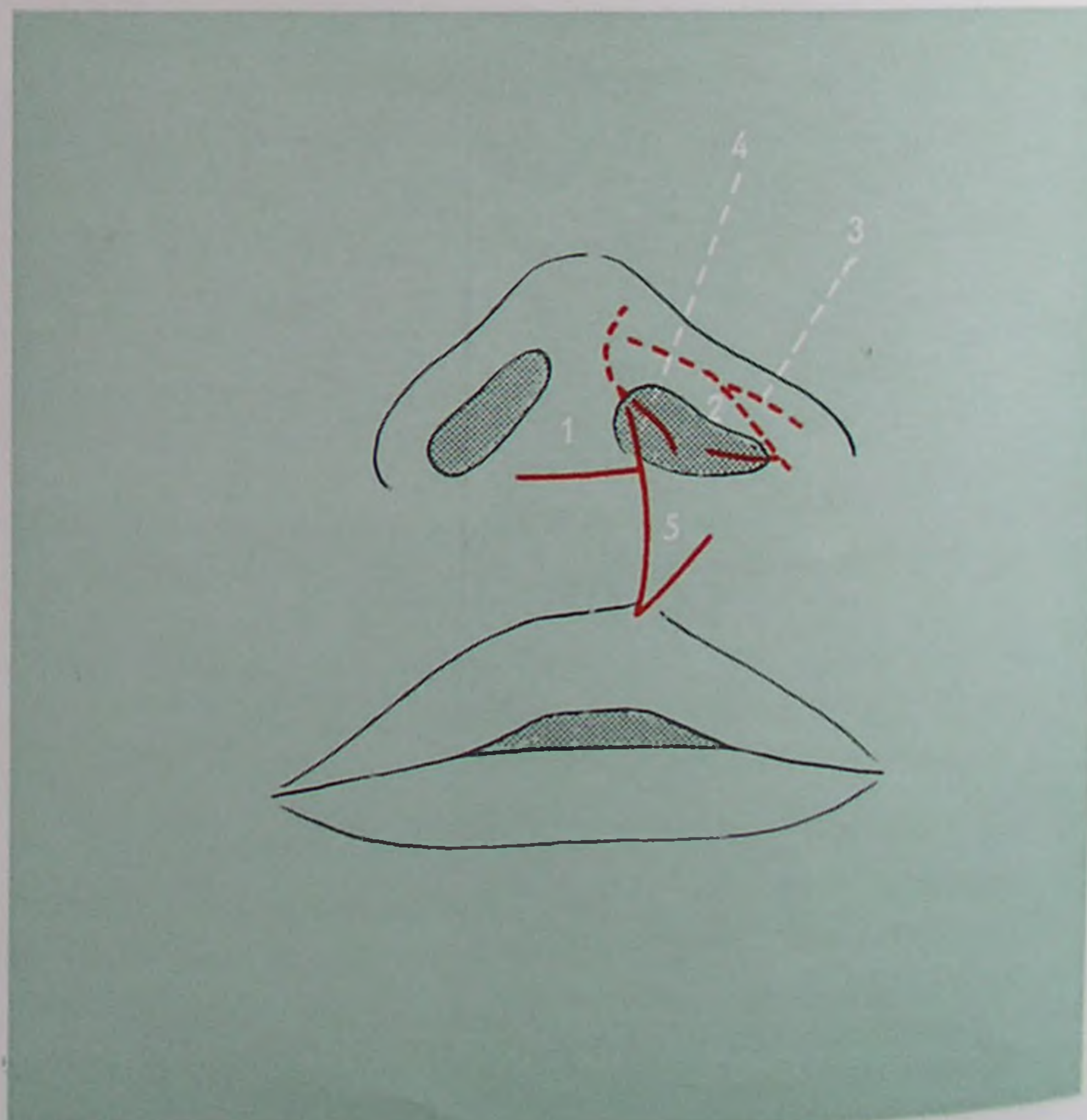
Полная левосторонняя расщелина губы и челюсти (доходящая до резцового отверстия), по поводу которой в возрасте одного года больная подверглась операции по методу Во. Больной М. В., 13 лет, история болезни № 19 055. 1. В возрасте 13 лет больной

явился в клинику с довольно сильно выраженной деформацией. Анфас выявляет легкое искривление носа и значительную его асимметрию; левое крыло носа смещено книзу. Рубец на губе не очень сильно бросается в глаза, образует, однако, заметную бо

(3)



(4)





(5)

розду и приподнимает границу красной каймы и кожи, так что в области филтрума наступило уменьшение ширины губы на 4 мм. — 2. На снимке в профиль видно расположение смещенного книзу крыла носа; благодаря этому нос выглядит тупым. Выступ верхней губы имеет в общем правильную конфигурацию, так как на челюсти не имелось резко выраженной деформации. — 3. Левая ноздря имеет неправильную форму; продольная ось ноздри расположена в горизонтальном направлении. Больше всего смещен книзу ее передний край, в то время как основание носовой перегородки заметно смещено в сторону. — 4. Схема операции. С левой стороны выкроен треугольный лоскут [1] с ножкой шириной в 5 мм, расположенной у основания порога ноздри. Лоскут выкроен только из кожи, мышечный слой остается нетронутым. У основания кожной части носовой перегородки производится горизонтальный разрез, кожу губы мобилизуют в обе стороны, после чего носовую перегородку с левой стороны отрезают до самого кончика носа и полностью отпрепаровывают от нижнего края хряща. Разрез ведут по верхнему краю внутренних ножек хрящей кончика носа. Отделив с левой стороны носовую перегородку, мобилизуют кожу кончика носа и обнажают изгиб хрящей кончика носа; это позволило сшить оба изгиба путем наложения кетгутовых швов. На приподнятой вестибулярной складке произведена перестановка встречных треугольных лоскутов [2, 3]. После перемещения носовой перегородки кпереди образовался излишек ее кожной части. Для того, чтобы кожный выступ перегородки [1] можно было с успехом пересадить, выкраивают еще один лоскут [4] на носовой перегородке в преддверии носа и присоединяют его к кожному треугольнику [5], вместе с которым пересаживают на раневую поверхность ниже основания носовой перегородки; края кожи губы сдвигают. В результате этого вмешательства мобилизованное крыло носа одно-



(6)

временно оказывается поднятым к средней линии, так что порог ноздри сужается, а губа приподнимается на 4 мм кверху. — 5. Вид после наложения шва; изгиб левого крыльного хряща подтянут вверх и фиксируется при помощи матрацного шва, концы



(7)



(8)

которого завязывают с правой стороны спинки носа. — 6, 7. Больной после излечения. И анфас и в профиль конфигурация губы и носа удовлетворительна. — 8. Коррекция ноздри полностью не удалась; передний край ноздри несколько вогнут.

Р И С. 125.

Деформация губы и носа после неправильно произведенного первичного наложения швов при операции по поводу расщелины губы. Больной Б. С., 19 лет, история болезни № 2202. 1. По всей вероятности, было произведено линейное иссечение краев расщелины и наложение швов на рану, широко захватывающих прилежащие ткани. Неправильная подгонка частей губы; в области красной каймы имеется глубокая перетяжка, левая половина губы

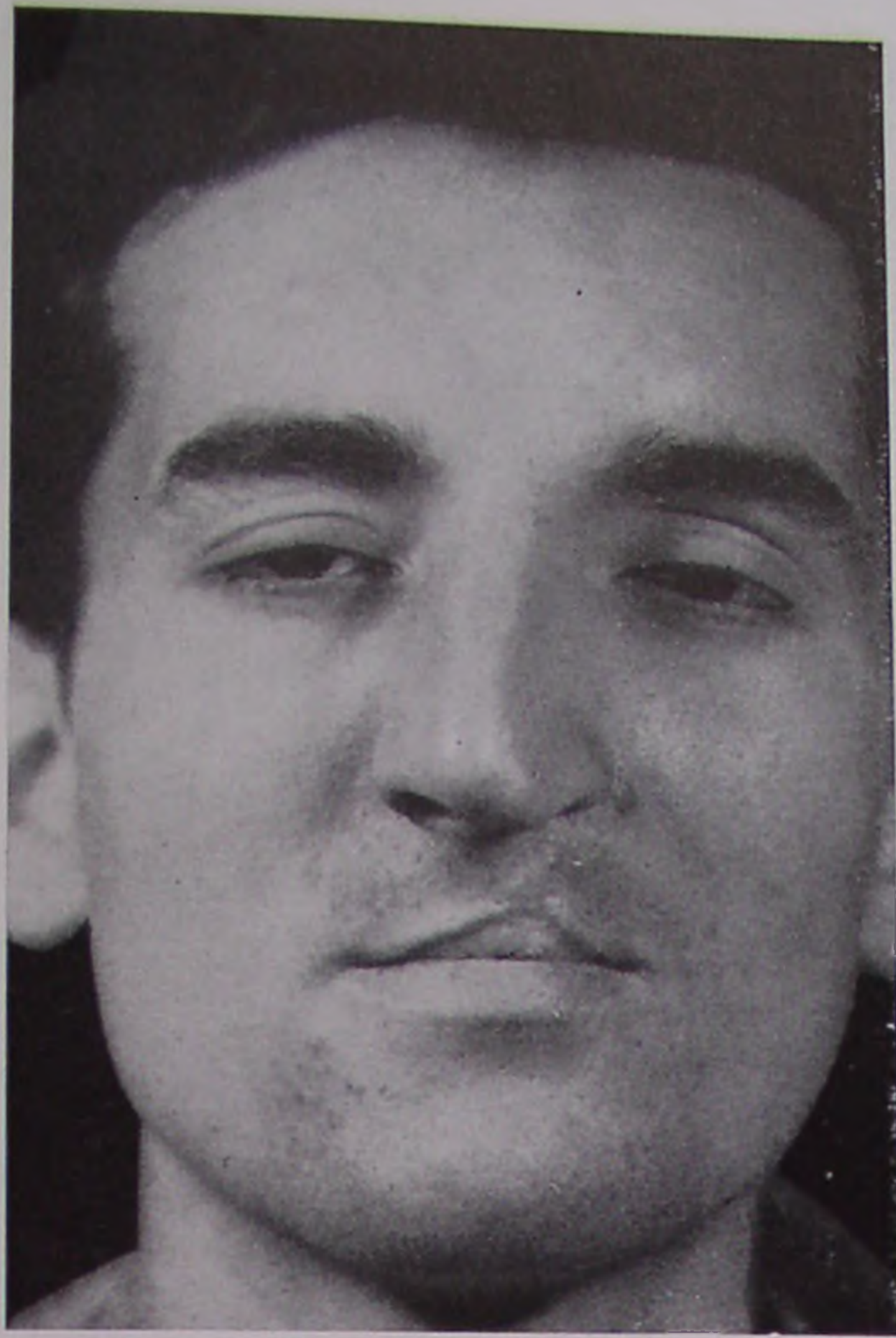
расположена ниже правой. — 2. Вид после восстановительной операции. Было произведено иссечение рубца в области губы и красной каймы; на коже было иссечено несколько поперечных рубцов, создан ряд небольших треугольных лоскутов и произведена их перестановка. На крыле носа параллельно краю иссечен крышеобразный лоскут, в состав которого вошла слизистая и хрящ. На рану, образовавшуюся после иссечения, наложены кетгутовые швы; это обусловило приподнимание крыла носа. После двусторонней боковой остеотомии стало возможным перевести нос в среднее положение.



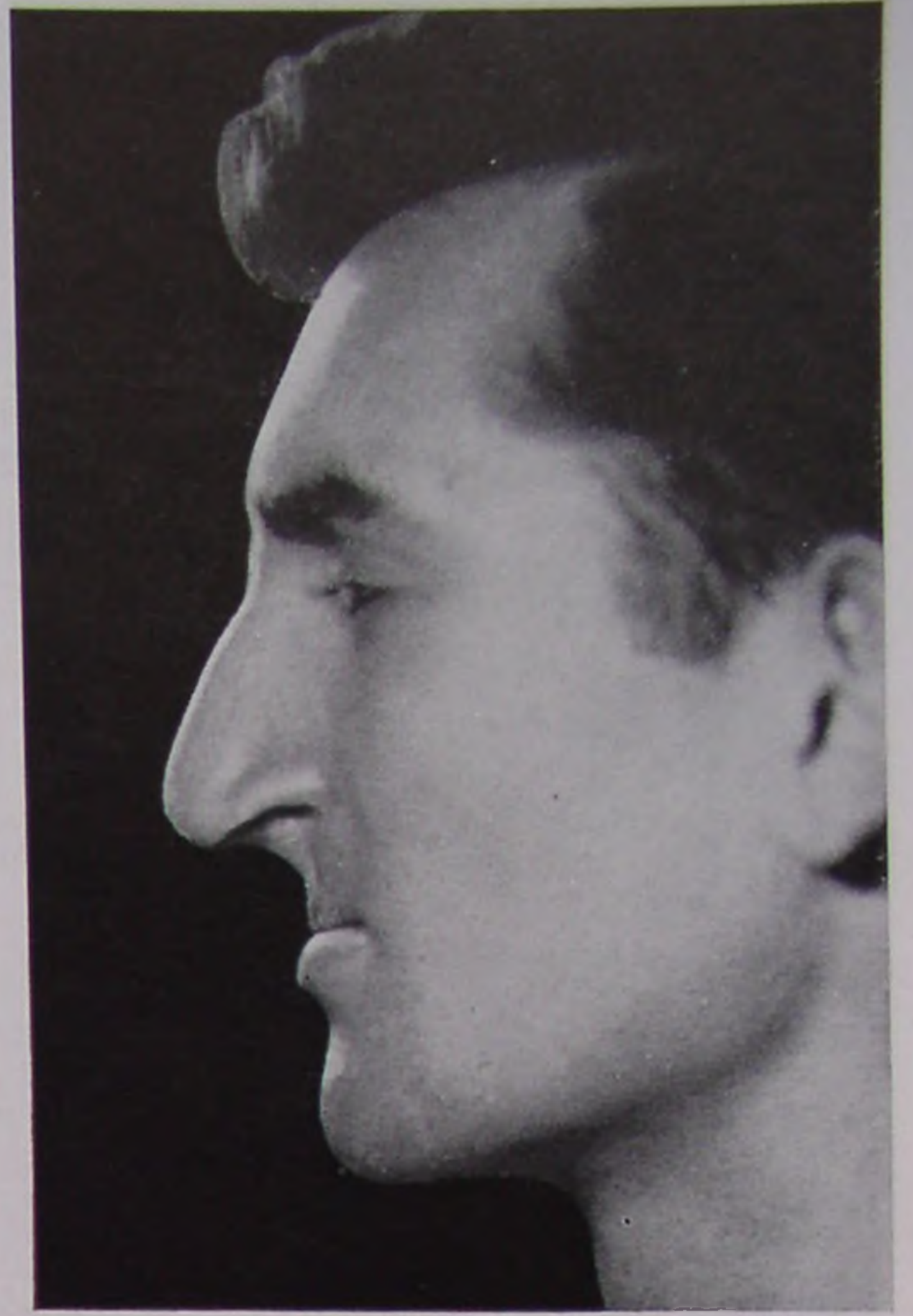
(1)



(2)



(1)



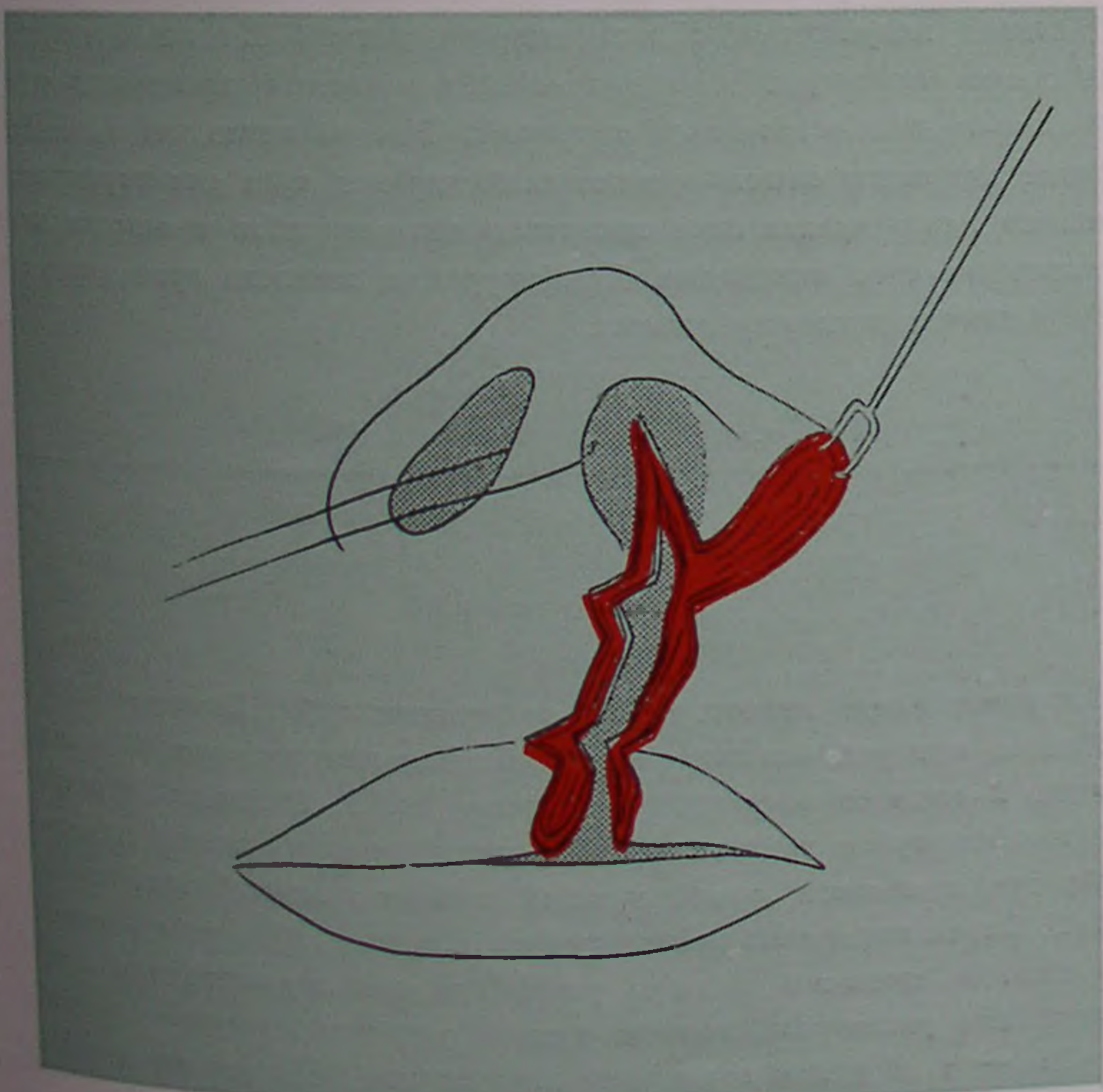
(2)

Р И С. 126.

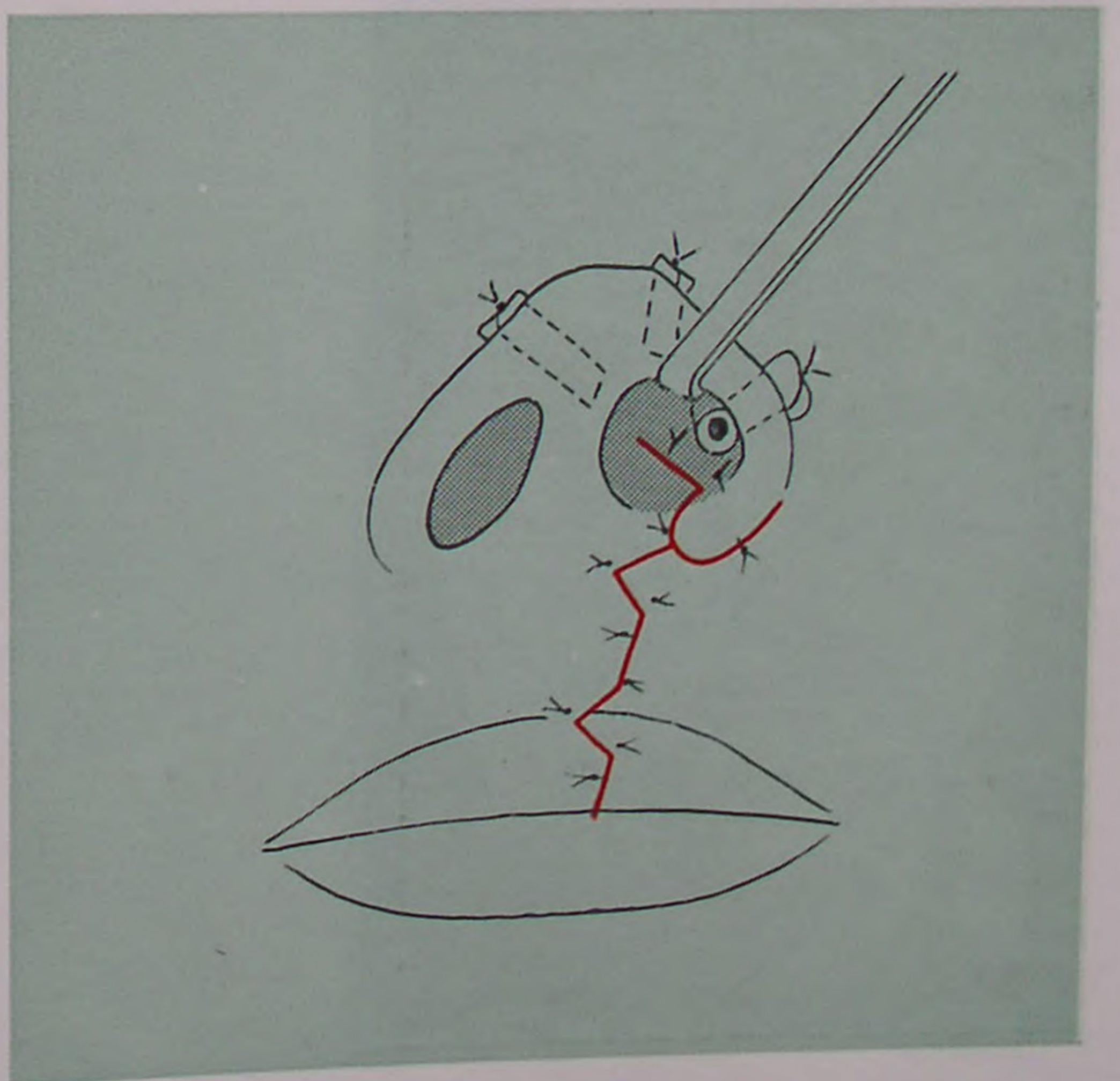
Резко выраженная деформация после операции по поводу общей левосторонней расщелины. Больной В. Р., 22 лет, история болезни № 3008. 1. Губа с левой стороны укорочена и сужена.

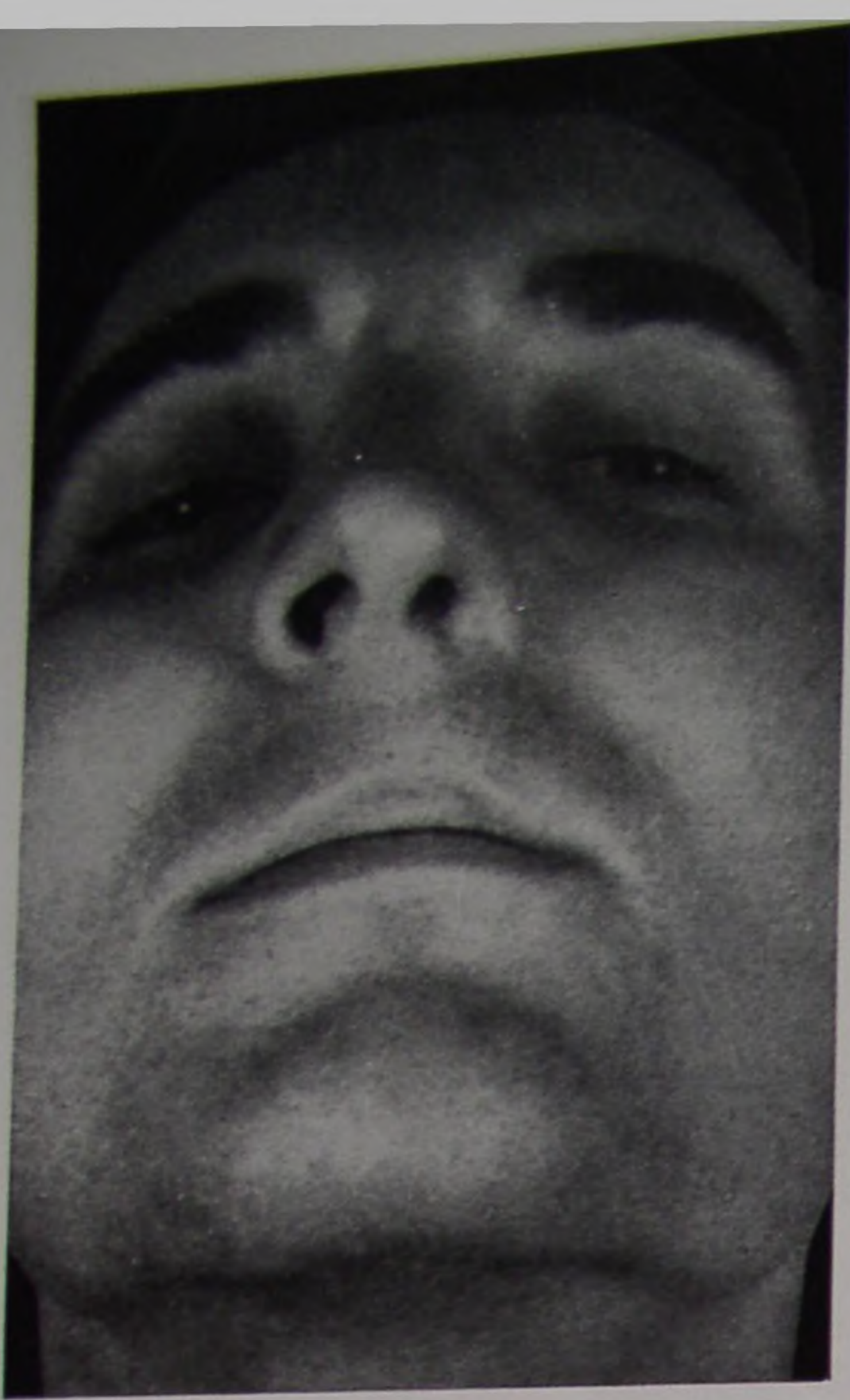
Левое крыло носа смещено книзу, продольная ось носа отклонена в правую сторону. — 2. Нос удлинен и дугообразно спускается книзу. — 3, 4. После полного иссечения рубца во всю толщ

(3)

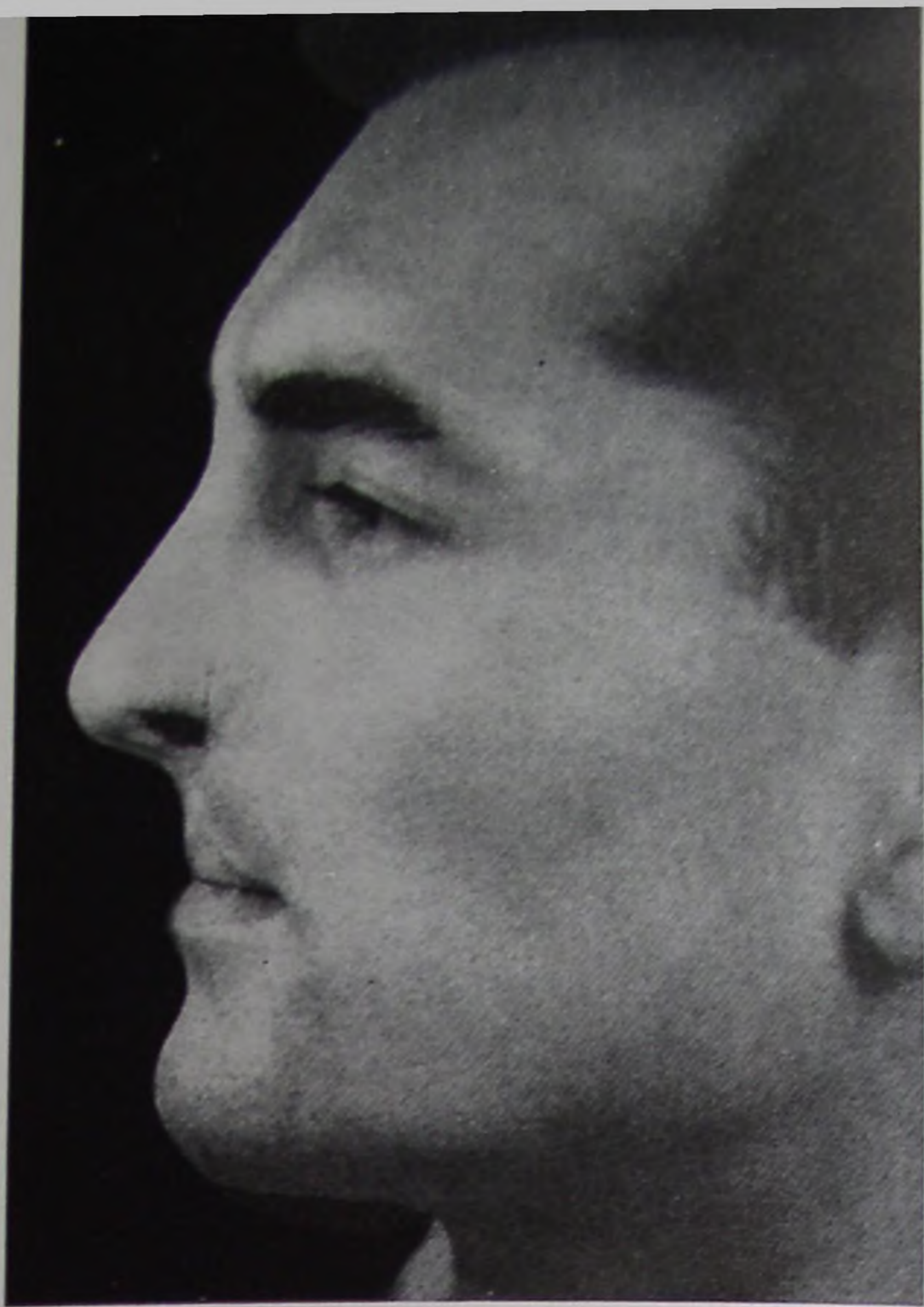


(4)





(5)



(6)

губы была произведена обширная мобилизация мягких тканей. После четырехкратной остеотомии носа и однократной остеотомии сошника стало возможным перевести нос в среднее положение. Левое крыло носа, основание которого было оттянуто кверху,

отсечено, а кончик носа несколько укорочен; после этих мероприятий крыло носа заняло правильное положение, соответствующее на требуемой высоте и расстоянии от средней линии. Была произведена перестановка встречных треугольников. Основание верхнего треугольника расположено у порога ноздри, основание нижнего лоскута — на границе кожи и красной каймы губы. 5, 6. Послеоперационное течение осложнилось нагноением и большим некрозом в области порога ноздри. Конечный результат от этого пострадал, и в дальнейшем пришлось произвести несколько дополнительных операций. Тем не менее нос после операции занял среднее положение и стал симметричным, только левое крыло носа несколько смещено вбок и шире, чем правое. Конфигурация нижнего края верхней губы значительно улучшилась.



(1)

Р И С. 127.

Состояние после левосторонней расщелины губы. Больная И. А., 18 лет, история болезни № 15 006. Больная подверглась операции по методу Во. 1. Значительно уменьшился рубец приподнимает границу красной каймы и образует в области самой красной каймы заметный гребень. 2, 3. Левая ноздря несколько сужена. Верхняя губа, по сравнению с нижней, смещена кзади и узка. В данном случае пришлось следовать расширить носовой вход и увеличить ширину верхней губы. — 4. В целях коррекции деформации было решено...

(2)

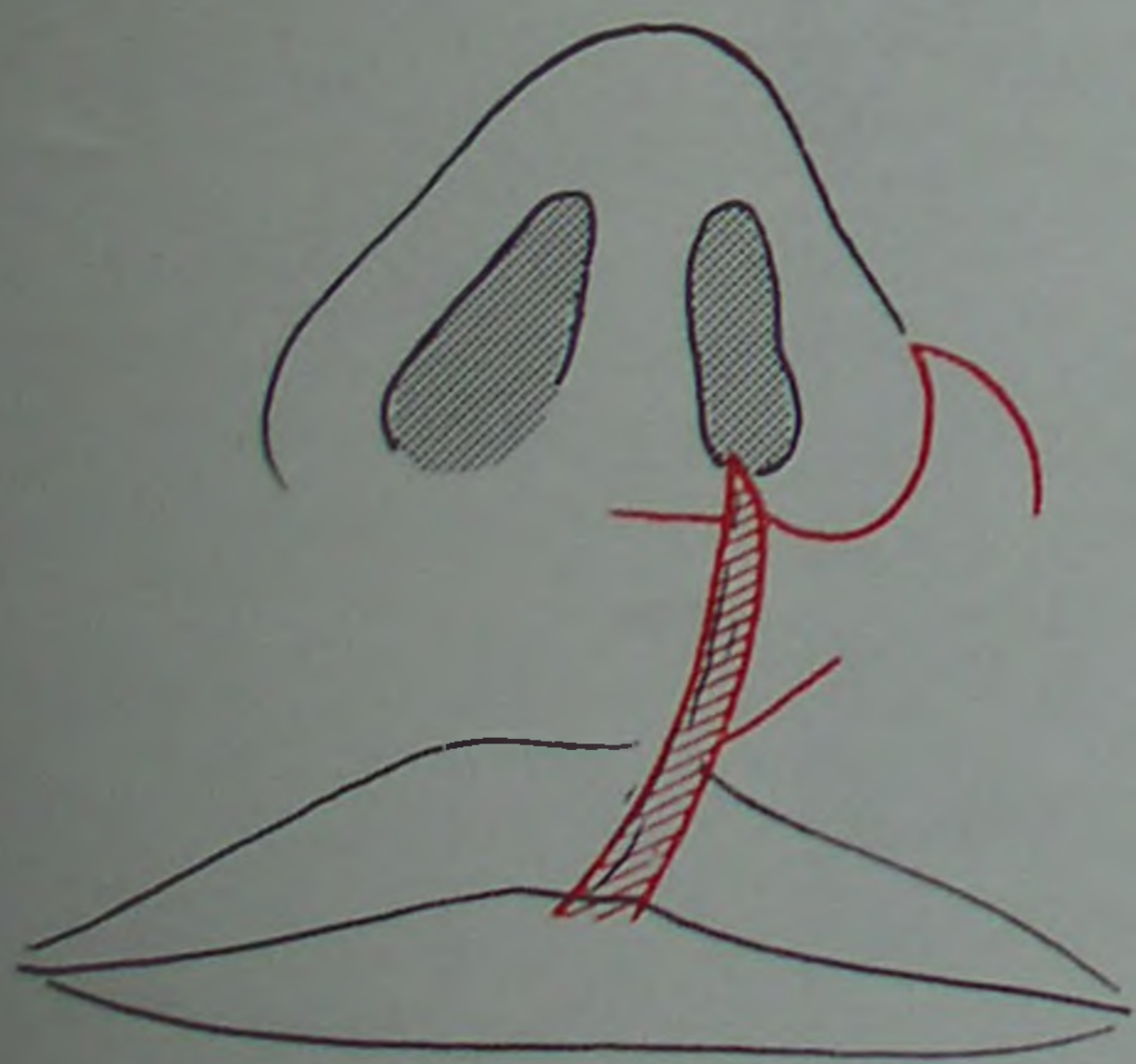


(3)



зять небольшой кожный треугольный лоскут, выкроенный перальнее крыла носа. После иссечения рубца, захватывающего бу и красную кайму, будет произведена перестановка встречных треугольников в целях увеличения ширины губы в этих местах

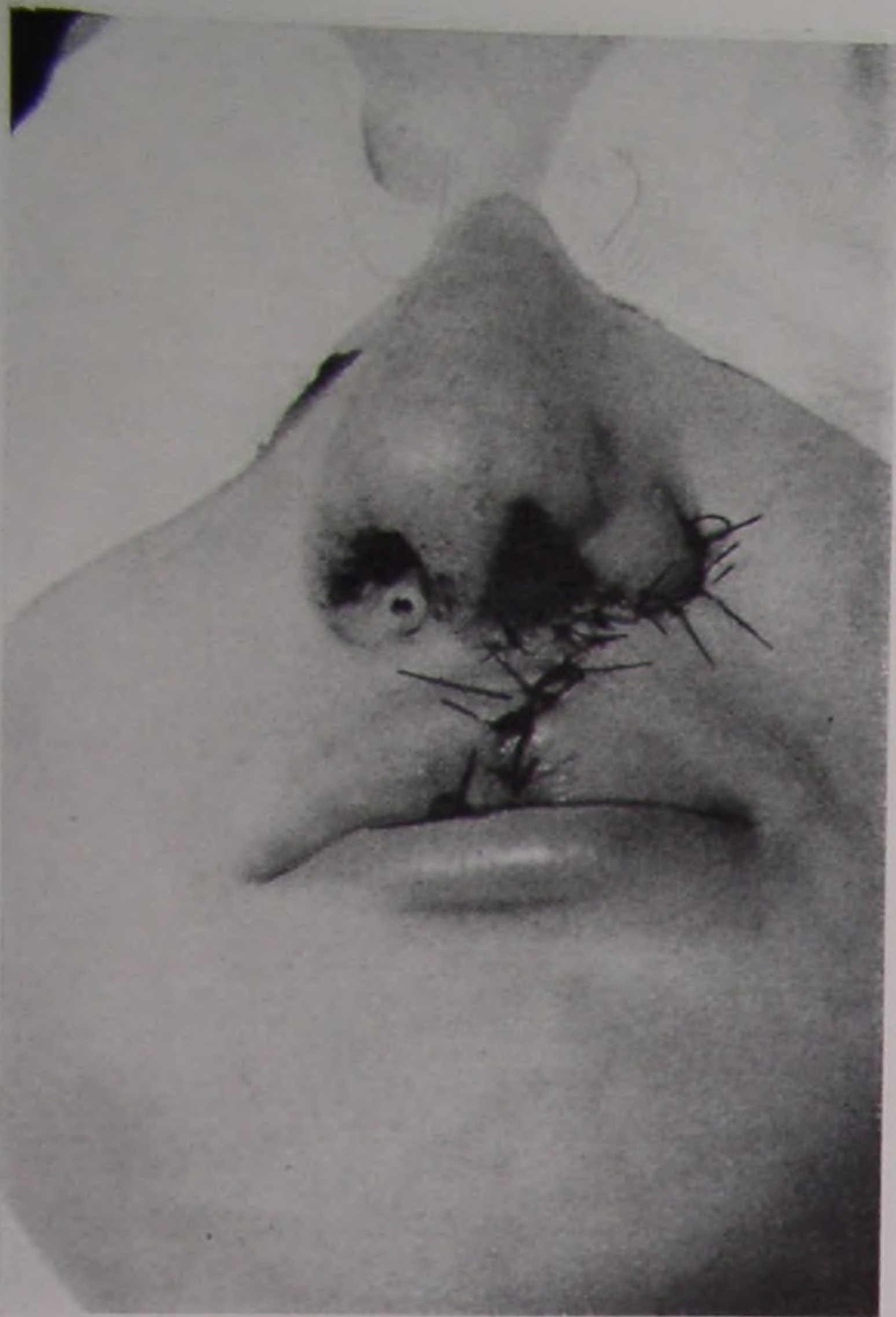
— 5. После разреза и иссечения рубца боковой треугольный лоскут перемещен в область порога ноздри, а на губе произведена перестановка встречных треугольных лоскутов. — 6, 7. Рана зашита путем наложения ниже новосозданного порога ноздри



(4)



(5)



(6)



(7)

матрачного шва, удерживающего в нужном положении наружный край нового ложа крыла носа. Концы шва выведены в правый носовой ход и завязаны здесь на дренаже. — 8. Внешний вид больной: анфас через 3 месяца после операции значительно улучшился. — 9. В профиль конфигурация рта тоже улучшилась,

так как губа стала шире и больше выступает кпереди. Но тоже стала шире, крыло носа приобрело выпуклость, но основание смещено в латеральном направлении. Эта часть потребует еще коррекции; больная, однако, отказывается от операции.

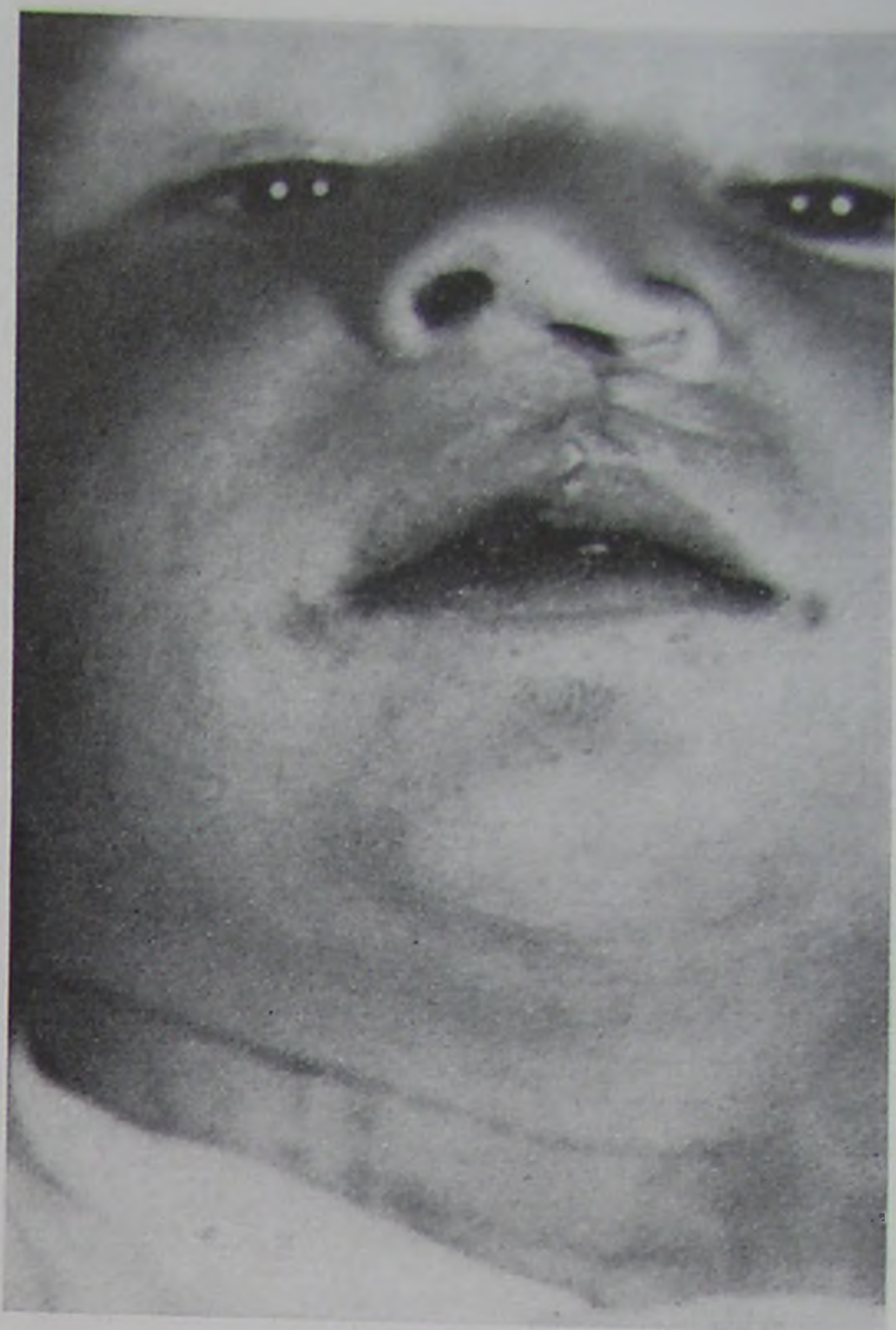


(8)



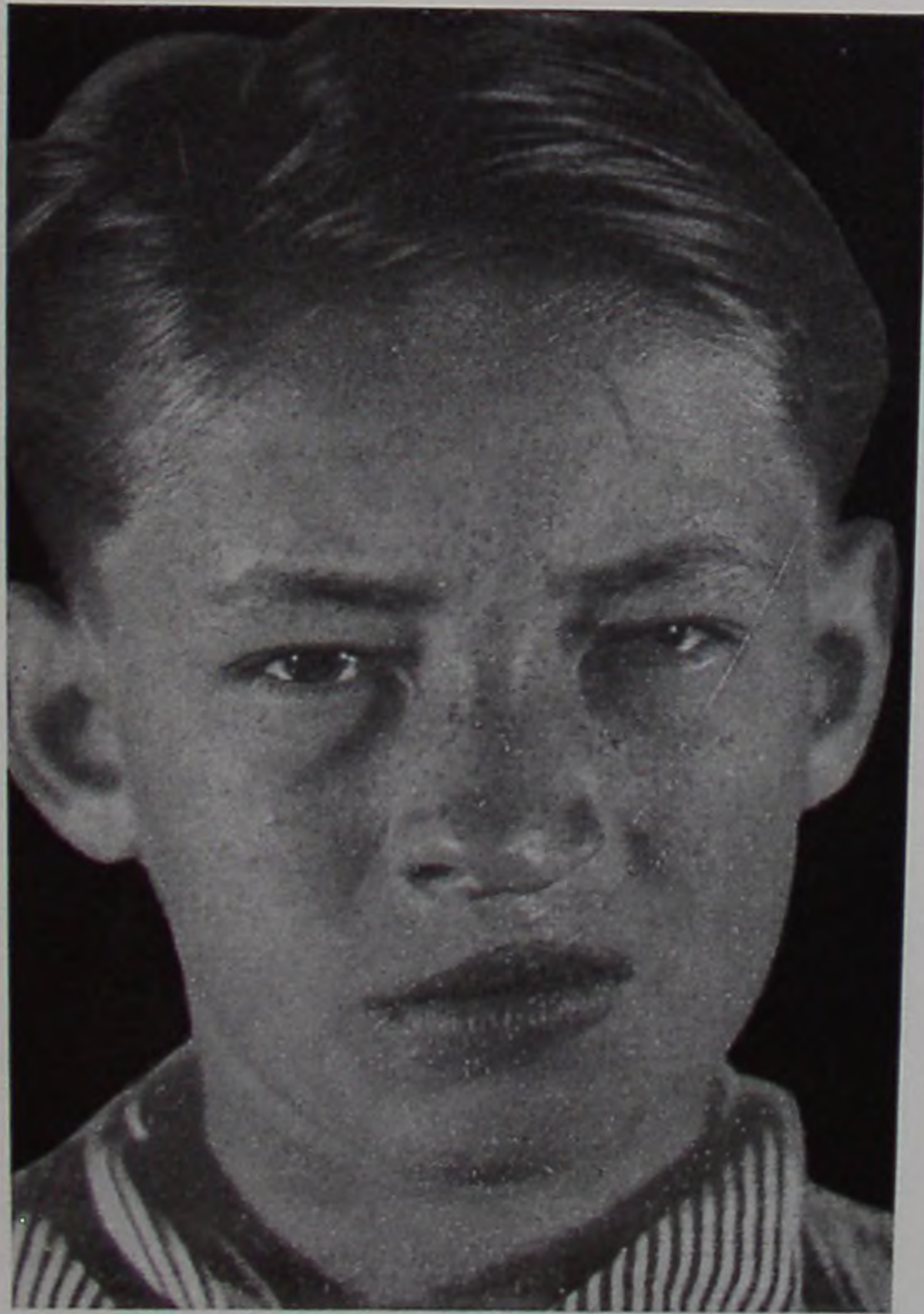
(9)

ние после операции, произведенной в возрасте 3 дней в детской больнице по поводу общей левосторонней расщелины губы О. К., 4 лет, история болезни № 2434. 1. Резко выражена деформация после неправильно произведенной операции. Губа резко нарушена, на границе красной каймы и кожи имеется крупная ступенчатая зазубрина, кожу губы пересекают сильно заметные поперечные рубцы. Ноздря полностью закрыта спавшим крылом носа. — 2, 3. Частичная коррекция крыла носа позволила добиться некоторого улучшения внешнего вида губы. Меньший успех был достигнут на ноздре. В возрасте 22 лет была произведена следующая восстановительная операция. — 4, 5. Отсепаровывают всю носовую перегородку и смещают ее кпереди; на вестибулярной складке производят установку встречных треугольных лоскутов. Левый хрящ кончика носа смещают кпереди, внутренние ножки крыльчатых хрящей ставят в правильное положение. Кетгутовые швы накладывают на изгибы хрящей. Кроме того, левый хрящ кончика носа притянут кпереди и кверху матрачным швом, концы которого завязывают с правой стороны кончика носа. Кожную носовую перегородку дополняют треугольным лоскутом,



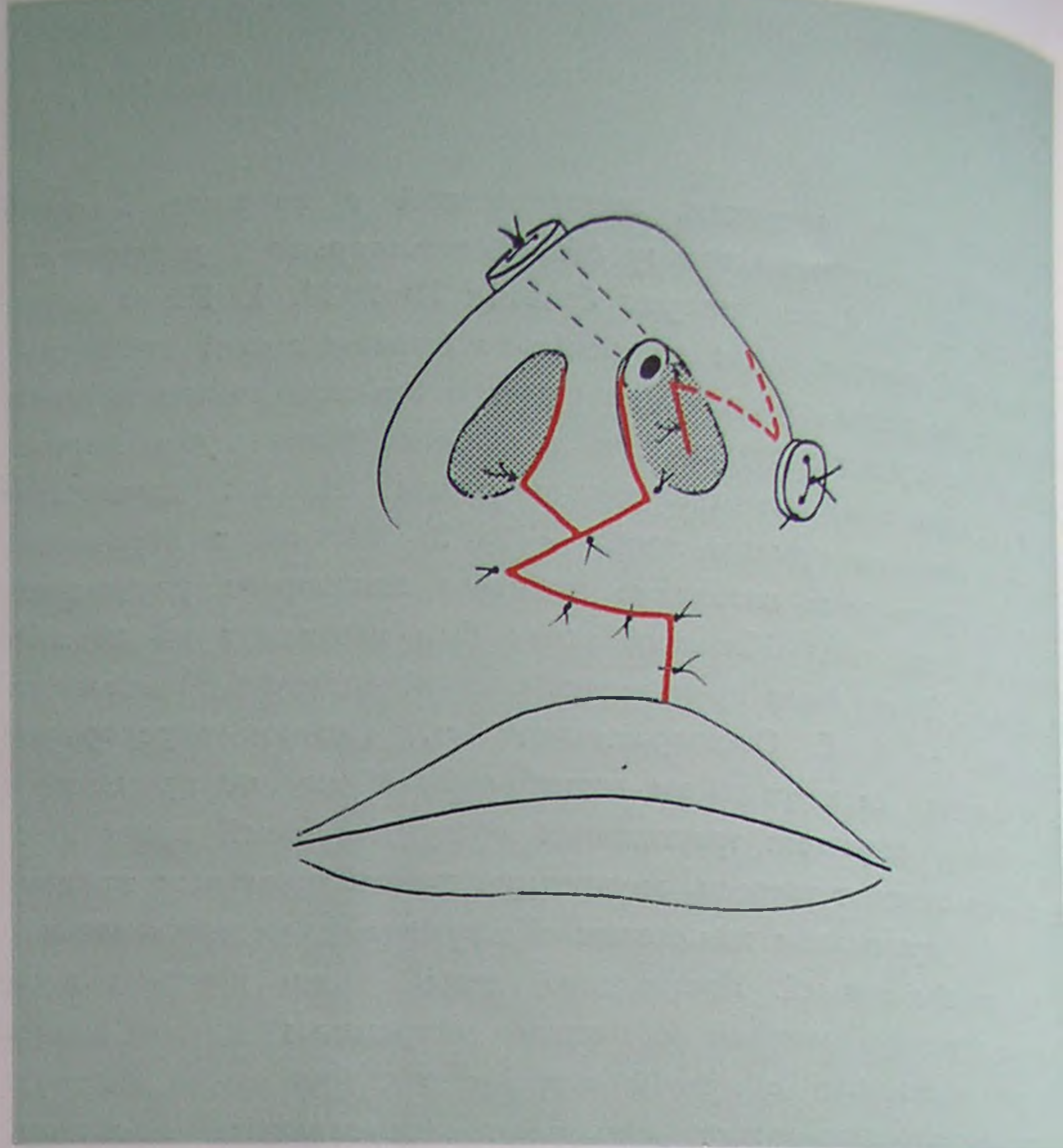
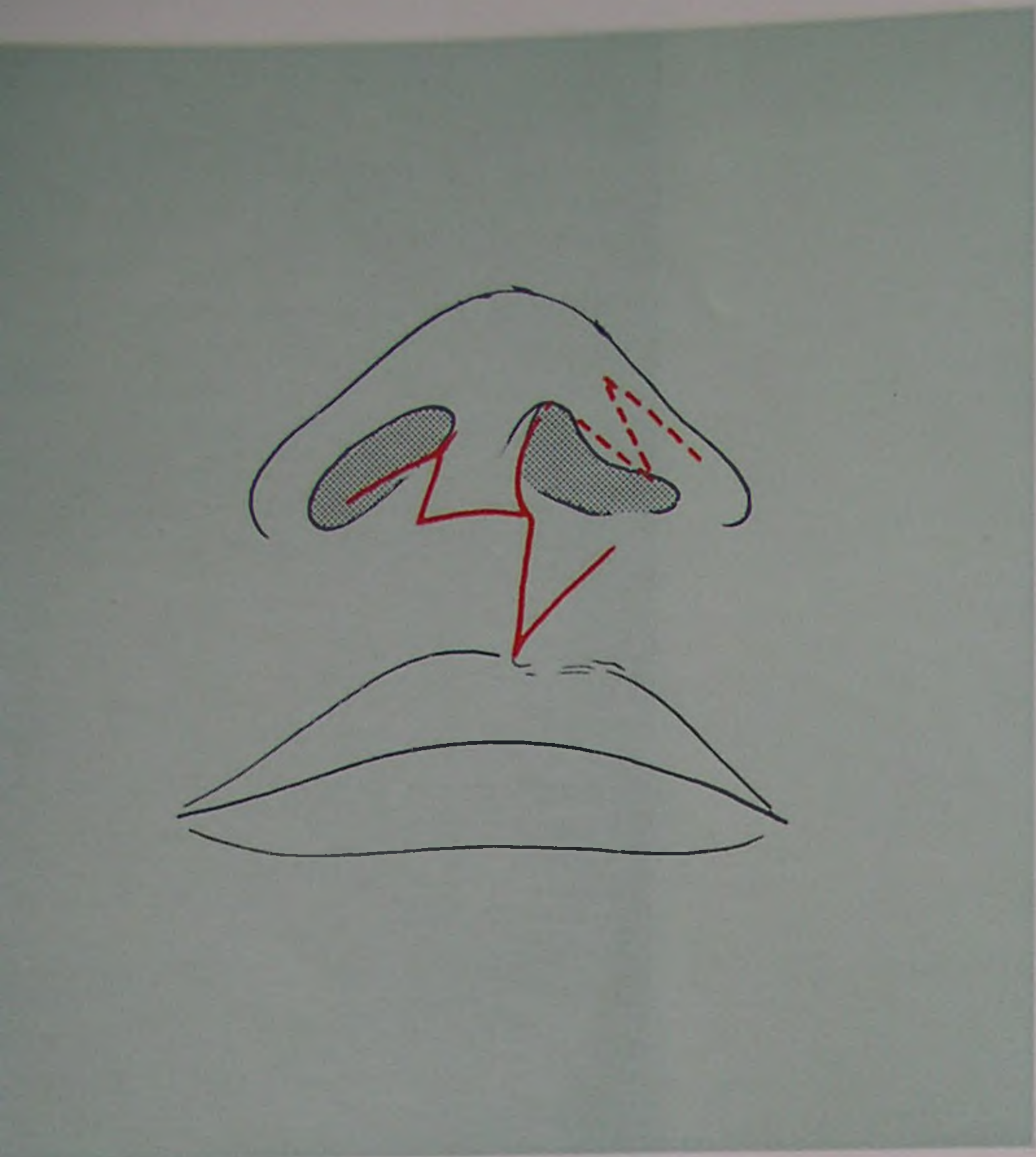
(1)

(2)



(3)





(5)

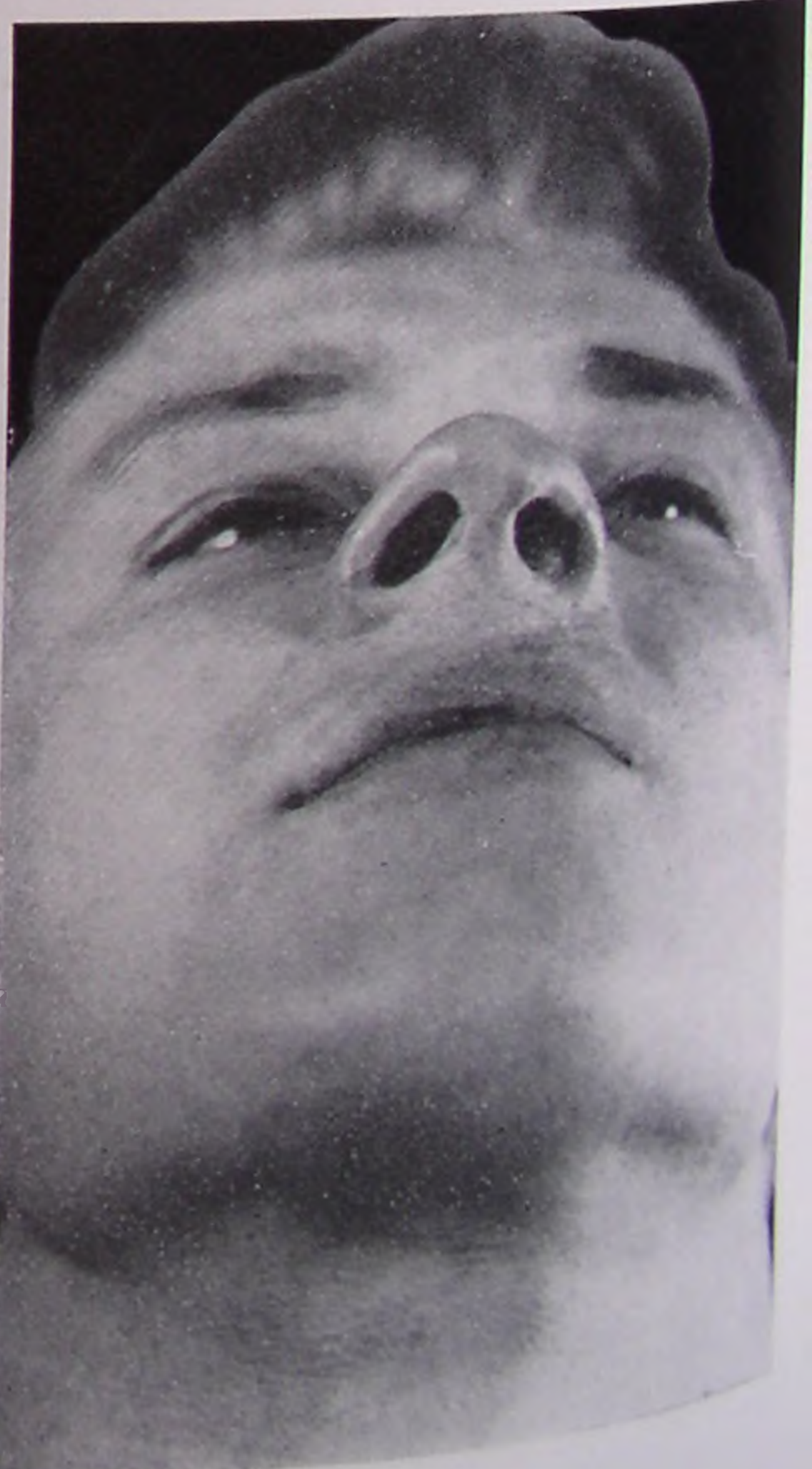
ав которого входит вертикальная часть выкроенного из губы
с основанием ножки на дне носового прохода, и неболь-
лоскутом, выкроенным в области порога ноздри. — 6, 7, 8.
перечисленных вмешательств кончик носа стал значительно,

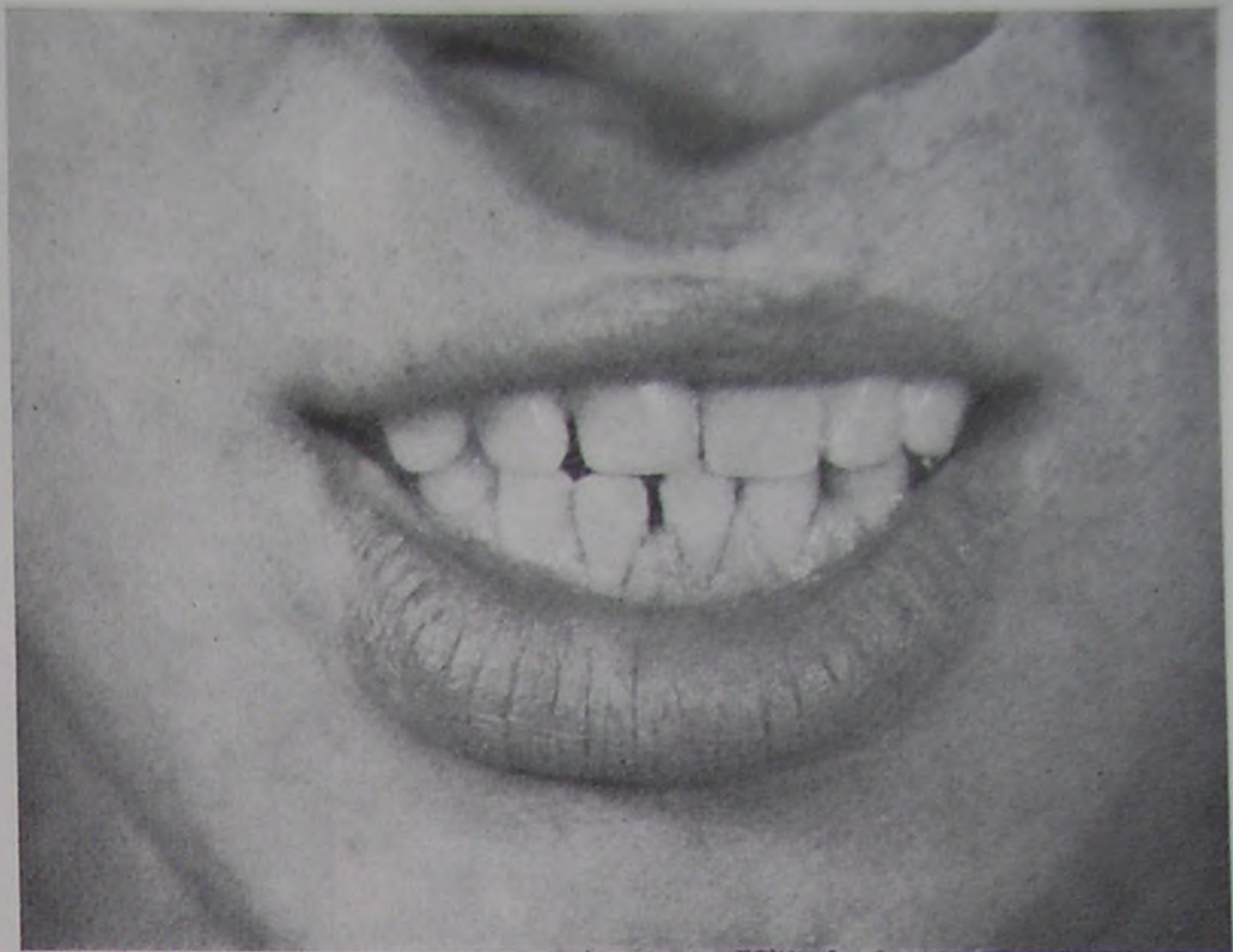
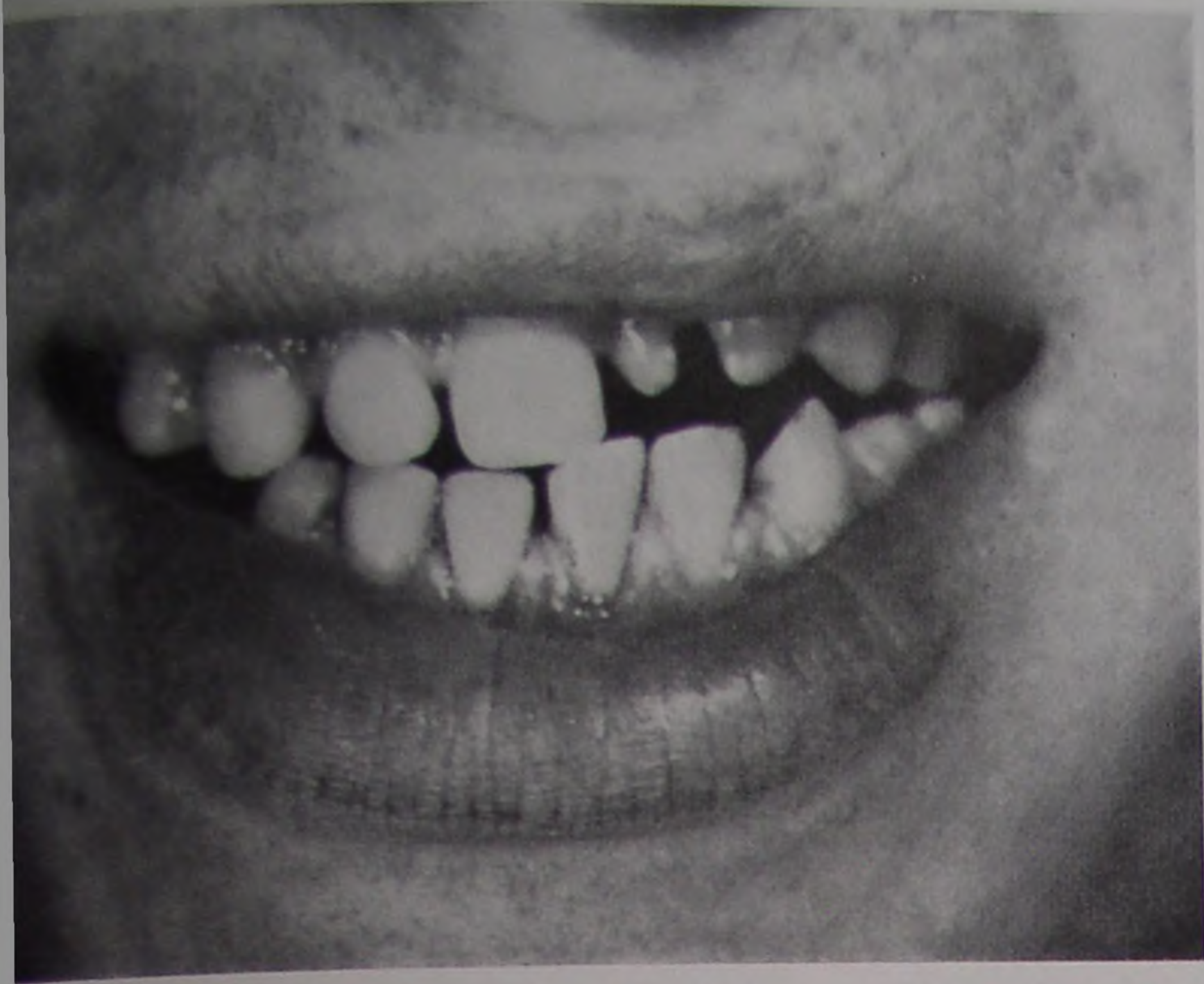
даже чрезмерно, выступать кпереди; форма ноздри заметно улуч-
шилась. По мере развития склероза, кончик носа будет смещаться
кзади. — 9. Взаимное соотношение челюстей в общем удовлетво-
рительно. Недостатком является недоразвитие* обоих левых рез-

(7)



(8)



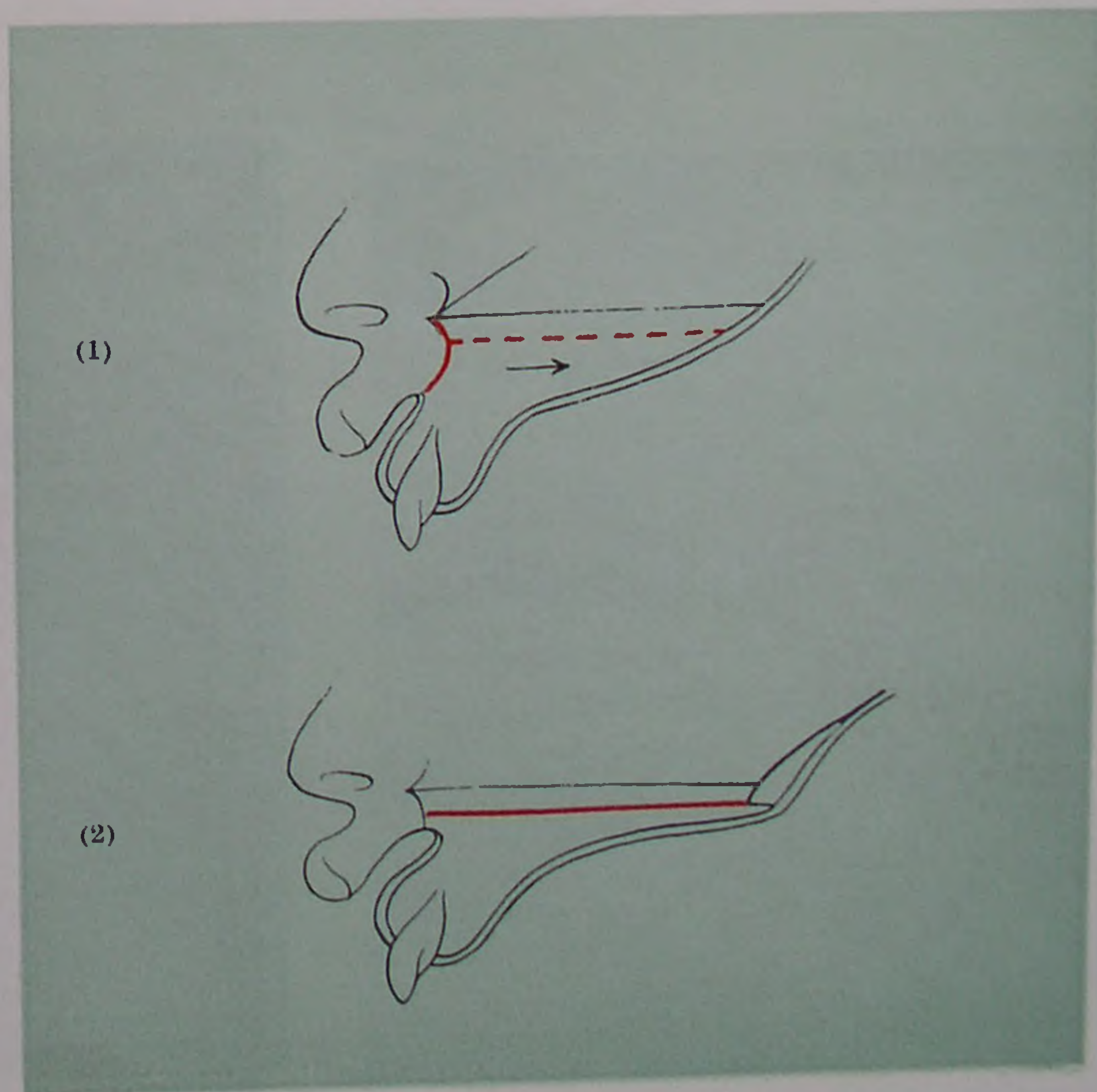


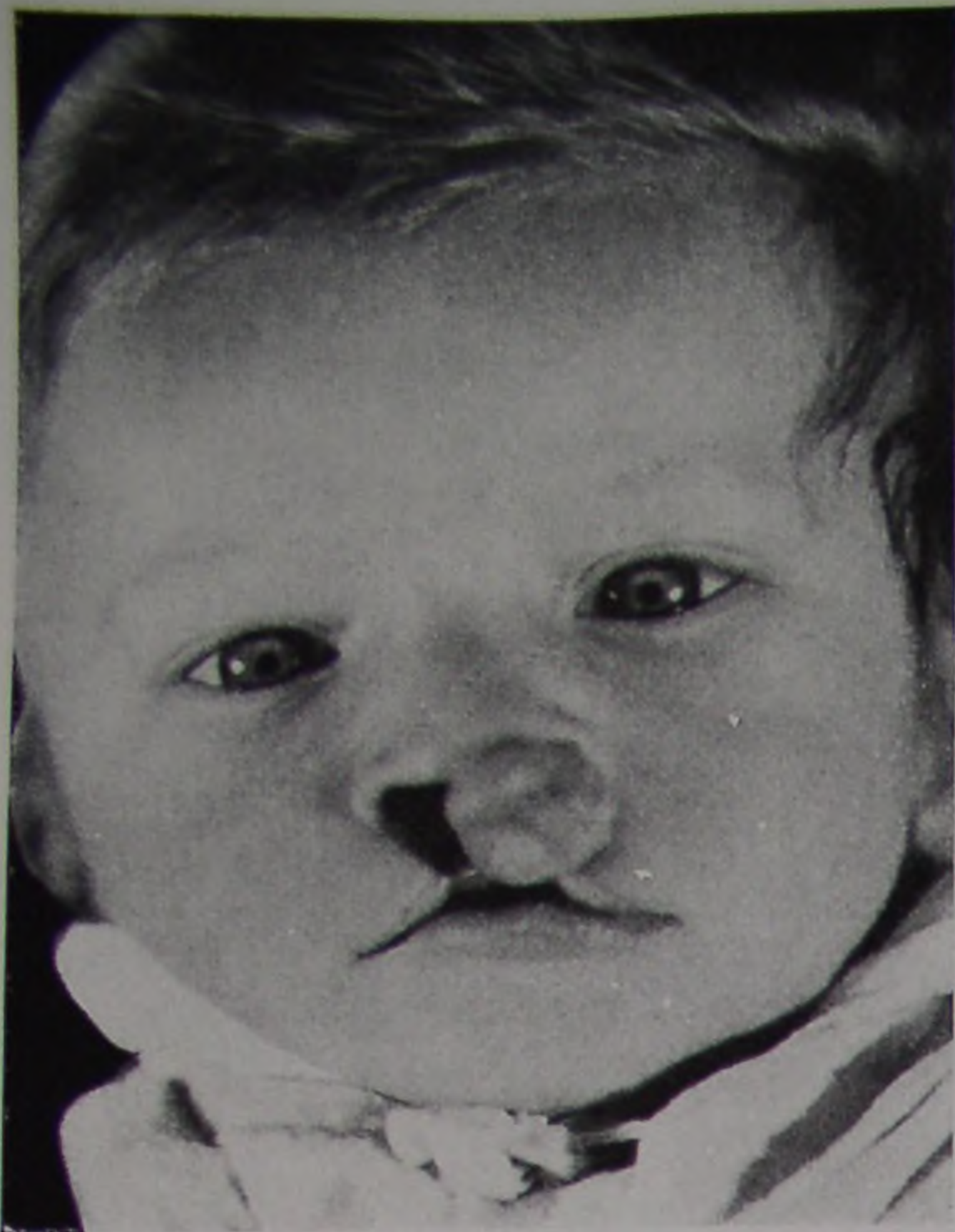
(10)

в, а отчасти и клыков, размеры которых меньше нормального
 имеют отчетливую клиновидную форму. Этот дефект нарушает
 чь ребенка, которая в остальном вполне удовлетворительна. —
 Коррекция дефекта произведена при помощи неснимающегося
 остика (д-р Куфнер).

Р И С. 129.

Поздняя ретропозиция гипертрофированной межчелюстной кости.
 Горизонтальная вомеротомия. 1. Разрез ведут от свода пред-
 дверия рта к передней носовой ости. Из этого места производят
 вглубь мобилизацию слизисто-надкостничного слоя с обеих сторон
 сошника, который рассекают до самого заднего края. — 2. Вид
 после рассечения сошника. Непосредственно после этой операции
 смещение межчелюстной кости кзади бывает незначительным.
 В дальнейшем для достижения этой цели пользуются ортодonti-
 ческим аппаратом, а через 10—14 дней после первой операции
 можно произвести фиксацию межчелюстной кости к передним
 полюсам челюсти при помощи небольших слизисто-надкостничных
 лоскутов.





(1)



(2)



(3)

Р И С. 130.

Двусторонняя общая расщелина. Больной О. К., 4 месяцев
рива болезни № 19112. 1, 2. Большая и сильно высту
кпереди межчелюстная кость. — 3, 4. Больной после опер
губе, произведенной в два этапа. Межчелюстная кость вы
ниже губы наружу. Проводившиеся в течение 5 лет орт
ческие попытки переместить ее вглубь оказались безуспе
— 5, 6, 7. Вид через пять с половиной лет после опер

(4)

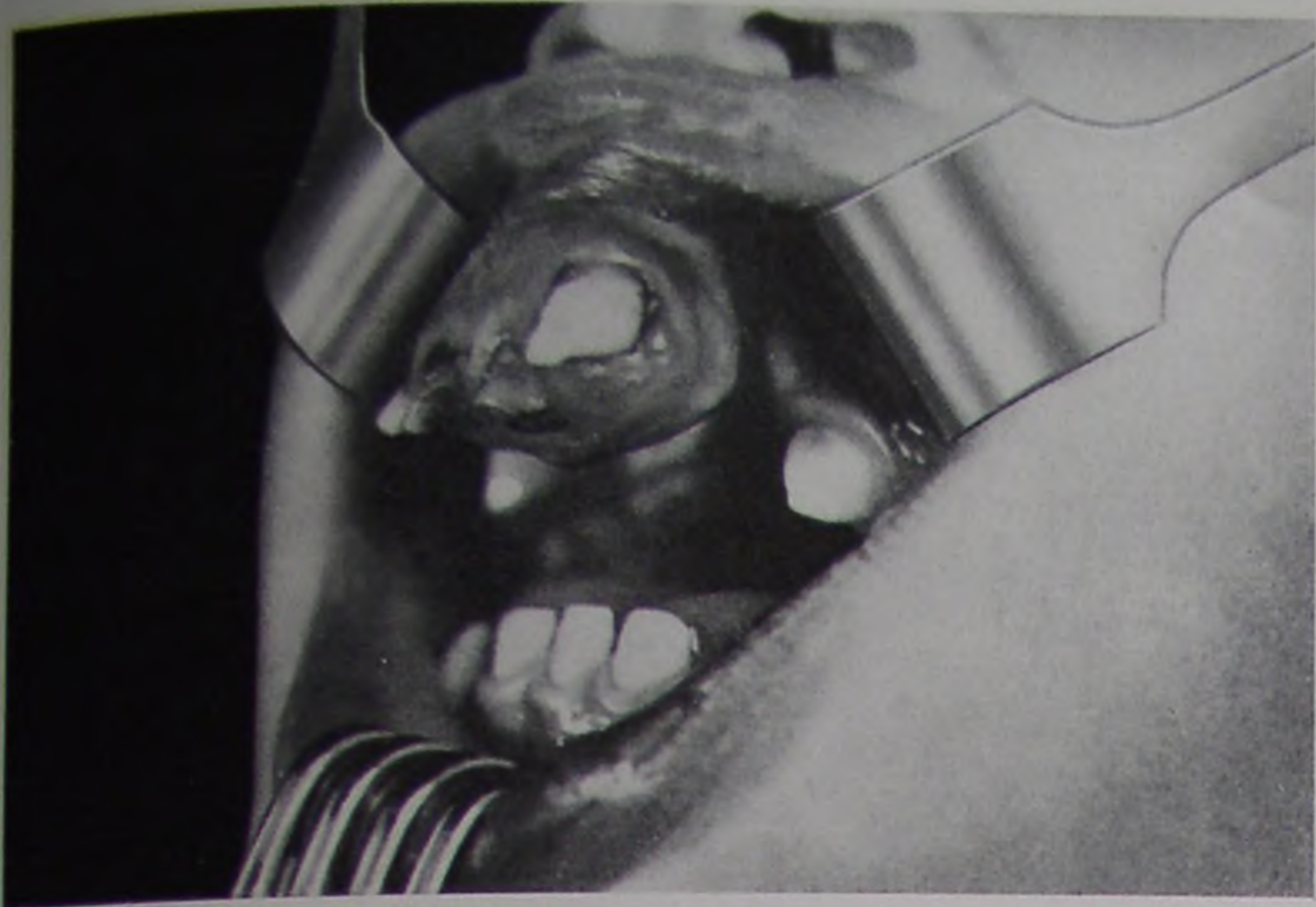


(5)

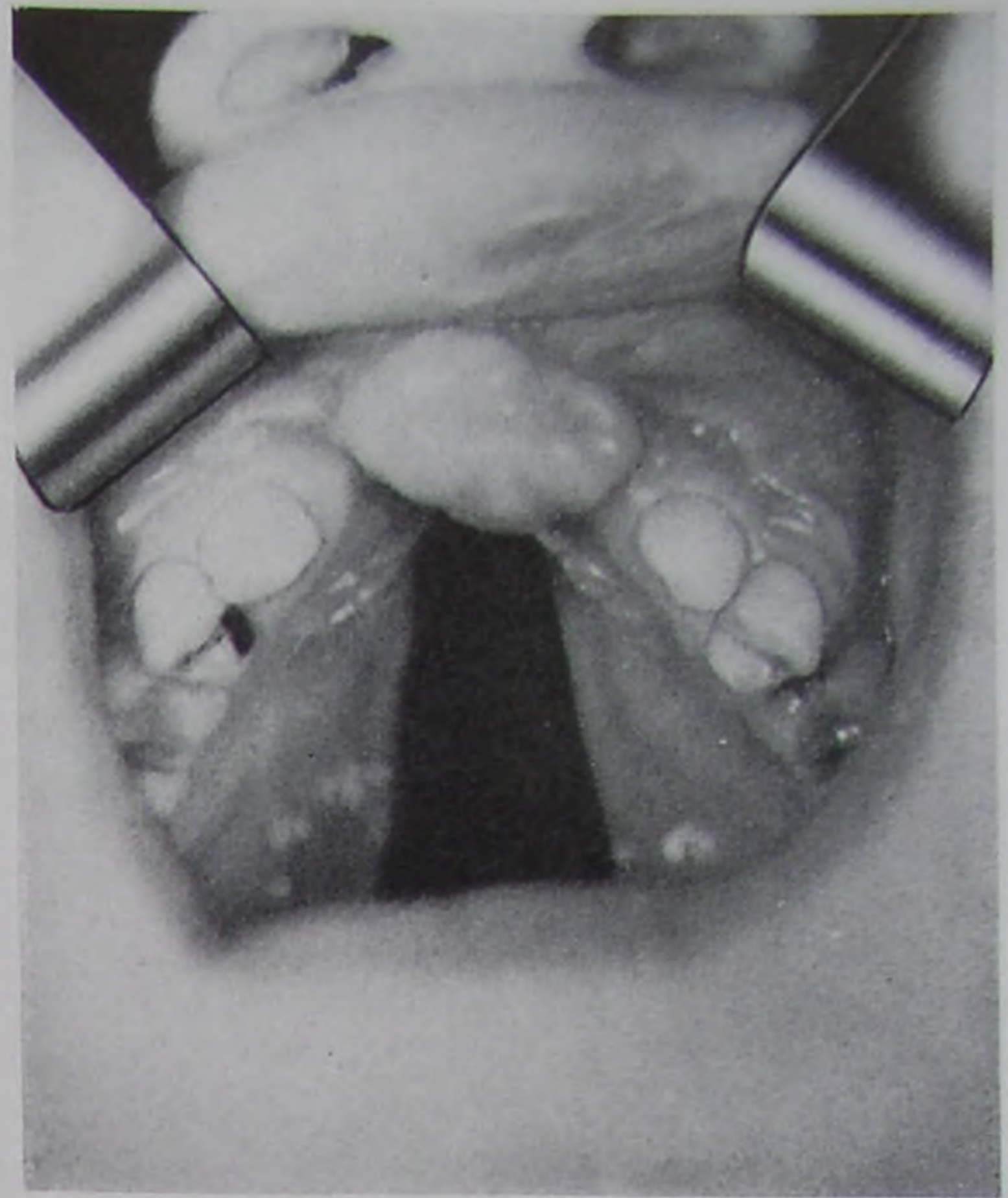


(6)





(7)



(8)

У больного была произведена вомеротомия, после чего межчелюстную кость ортодонтическим путем удалось без всяких затруднений переместить вглубь и фиксировать к передним полюсам челюсти. В течение следующего года межчелюстная кость сильно уменьшилась. — 8, 9, 10. В возрасте семи с половиной лет у мальчика была произведена на челюсти операция ретропозиции и фарингофиксации, а еще позже удлинение кожной части носо-

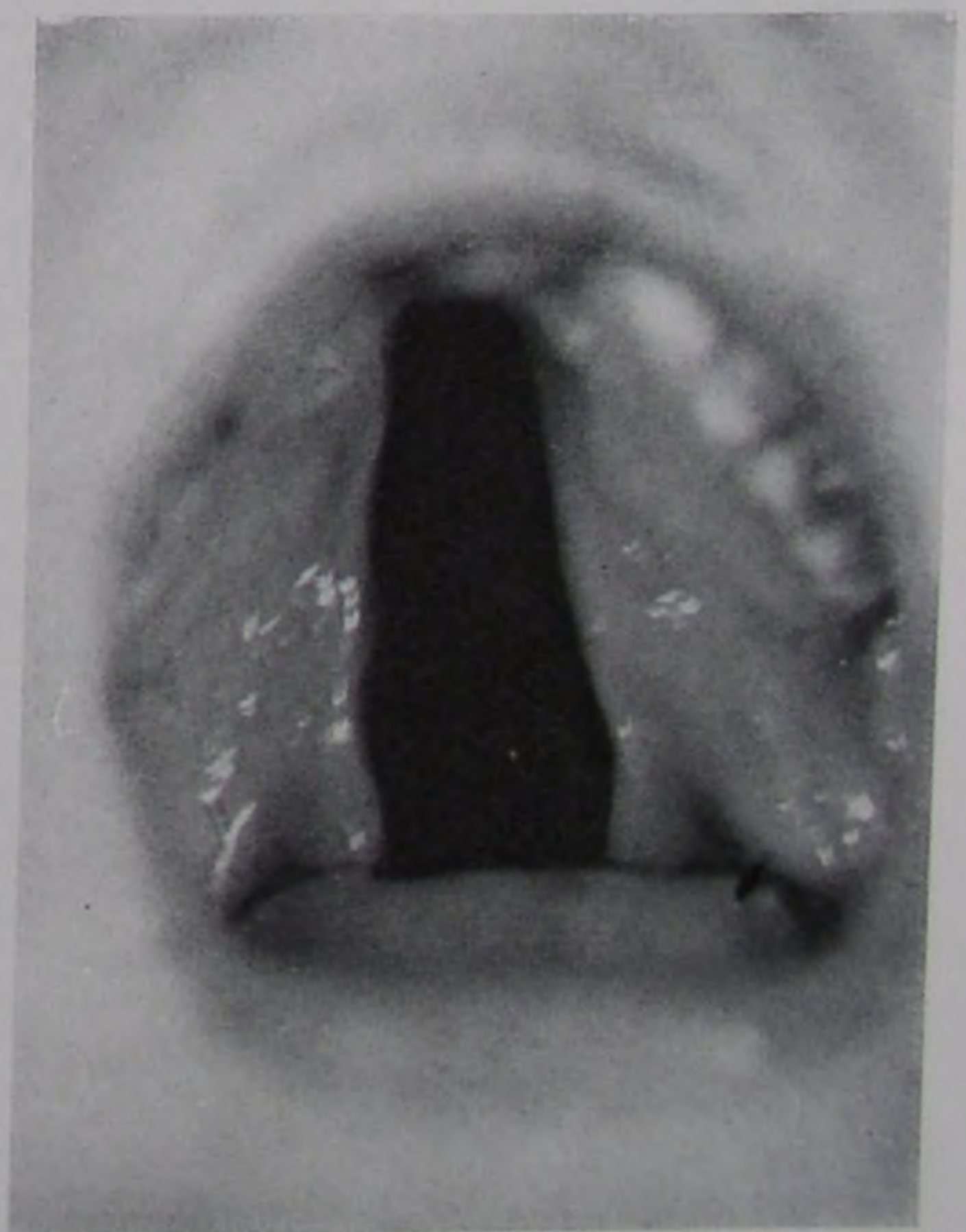
(9)



(10)



(11)



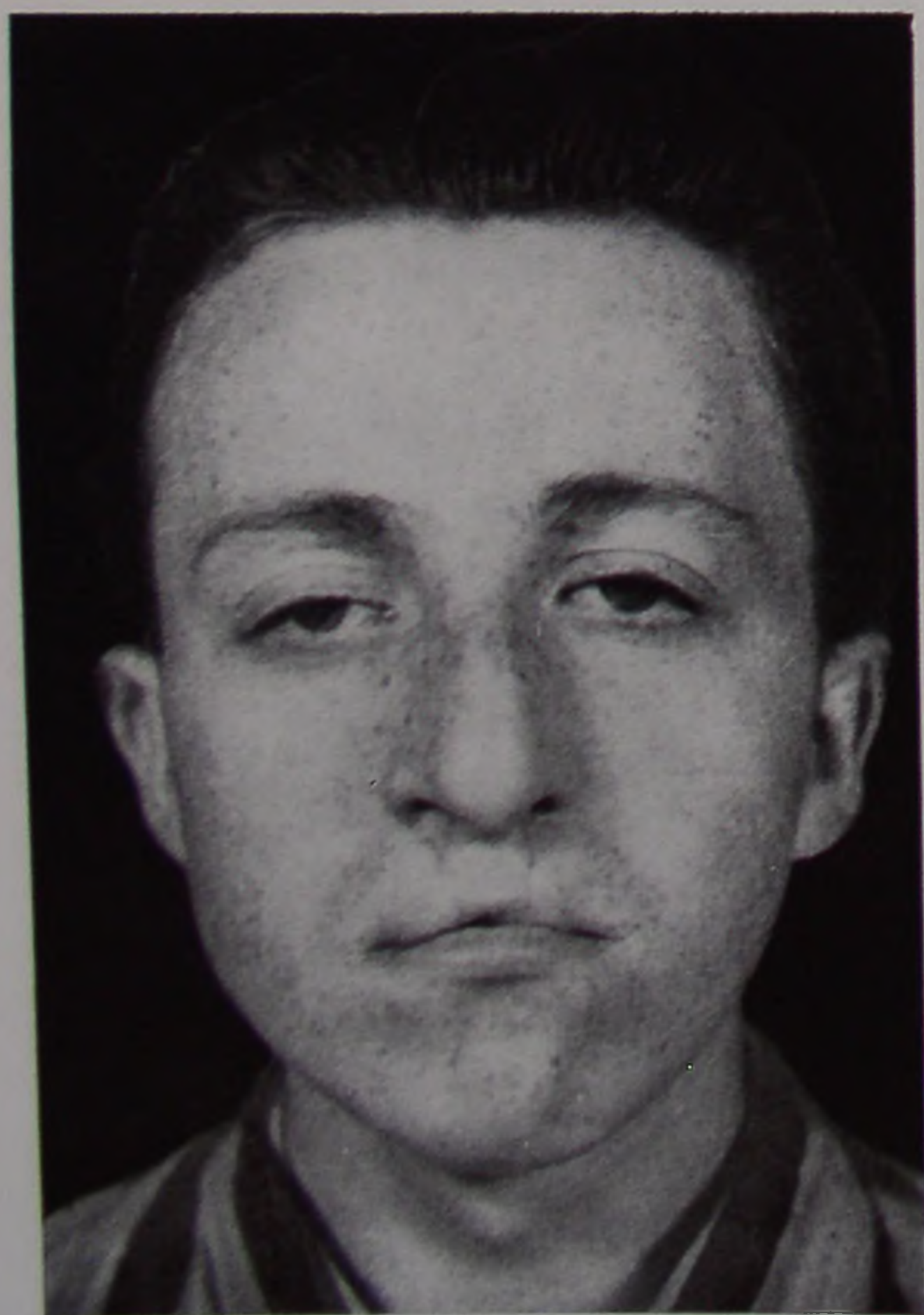


(12)

вой перегородки. Речь у больного совершенно норм
11, 12. Небо до и после операции. Операцию произв
Пешкова.

Р И С. 131.

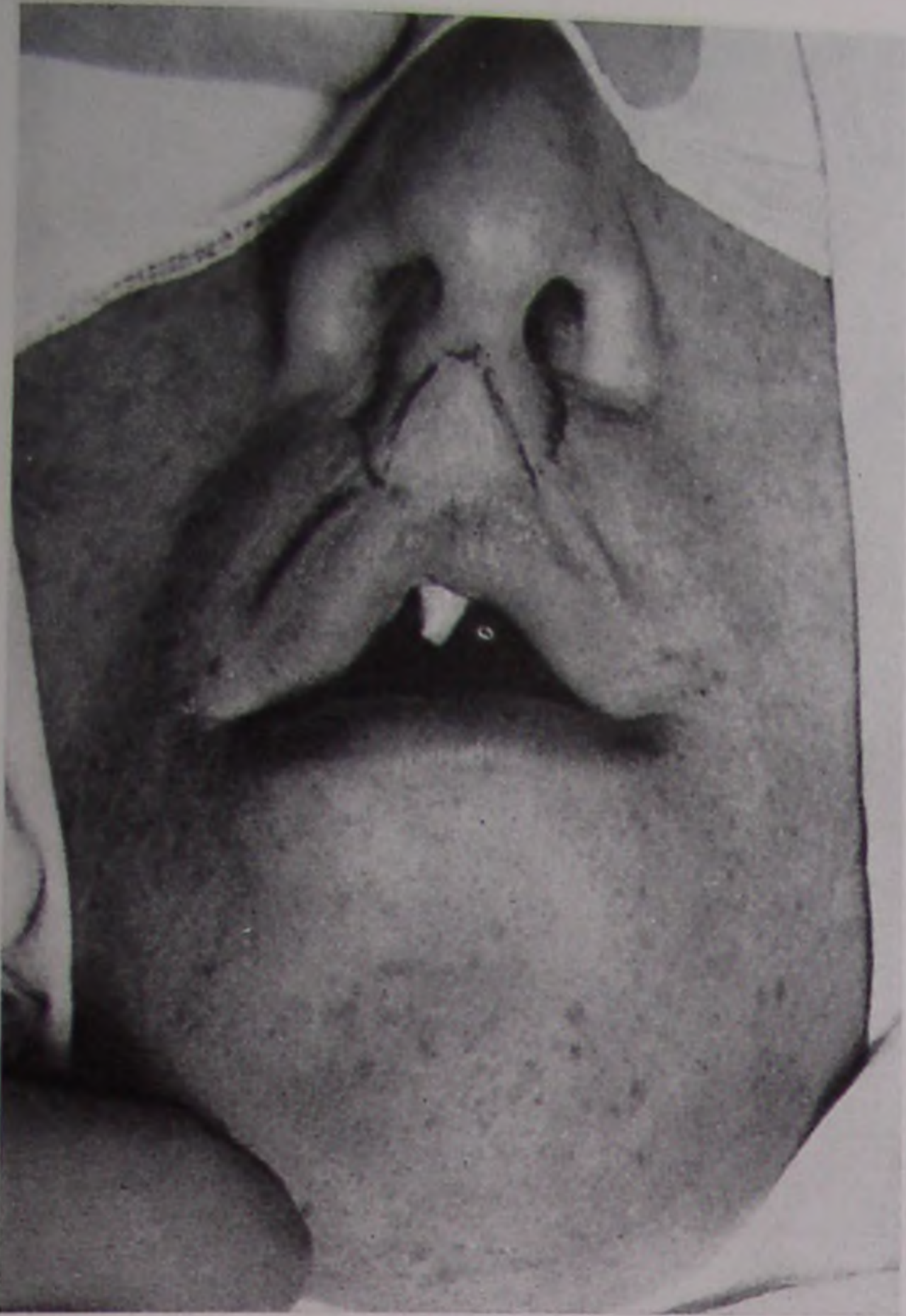
Состояние после операции, произведенной в местно
по поводу двусторонней общей расщелины. Больной И
история болезни № 7590. 1. Первоначальная деформа



(1)



(2)



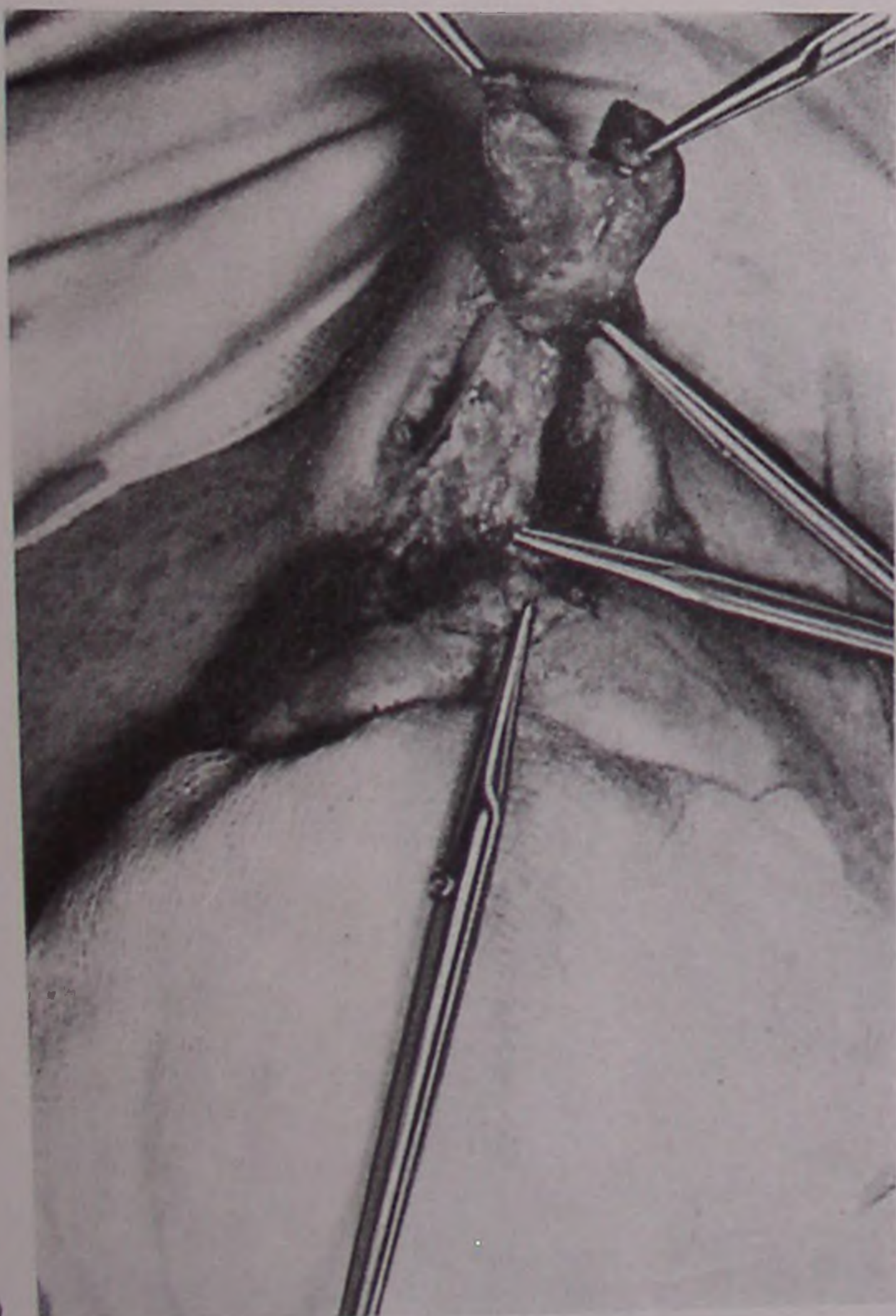
(3)



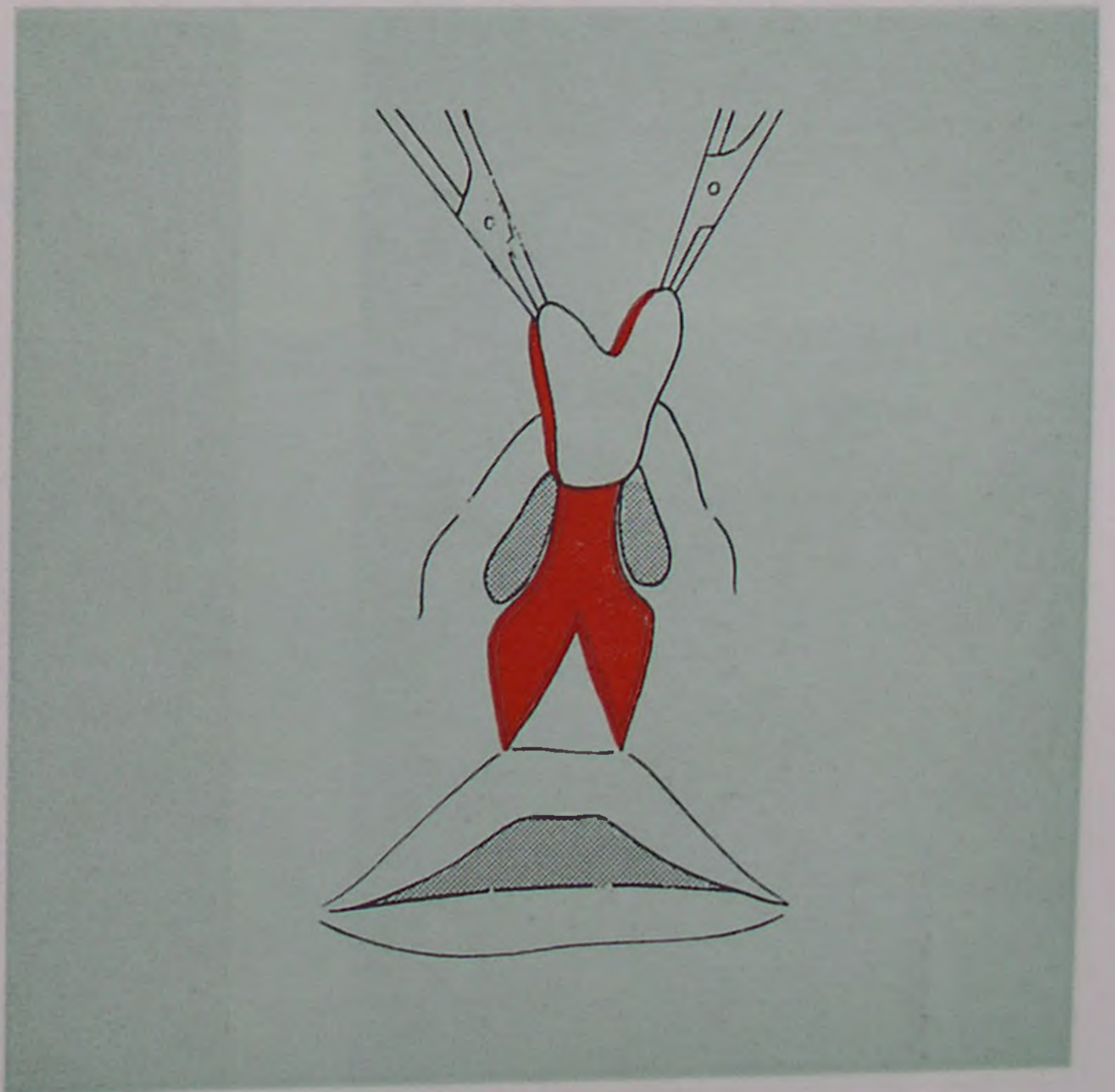
(4)

сь в связи с тем, что при первой операции была произведена остеотомия сошника, обусловившая атрофию и подвижность челюстной кости. Нос загнут в виде клюва, кожная часть

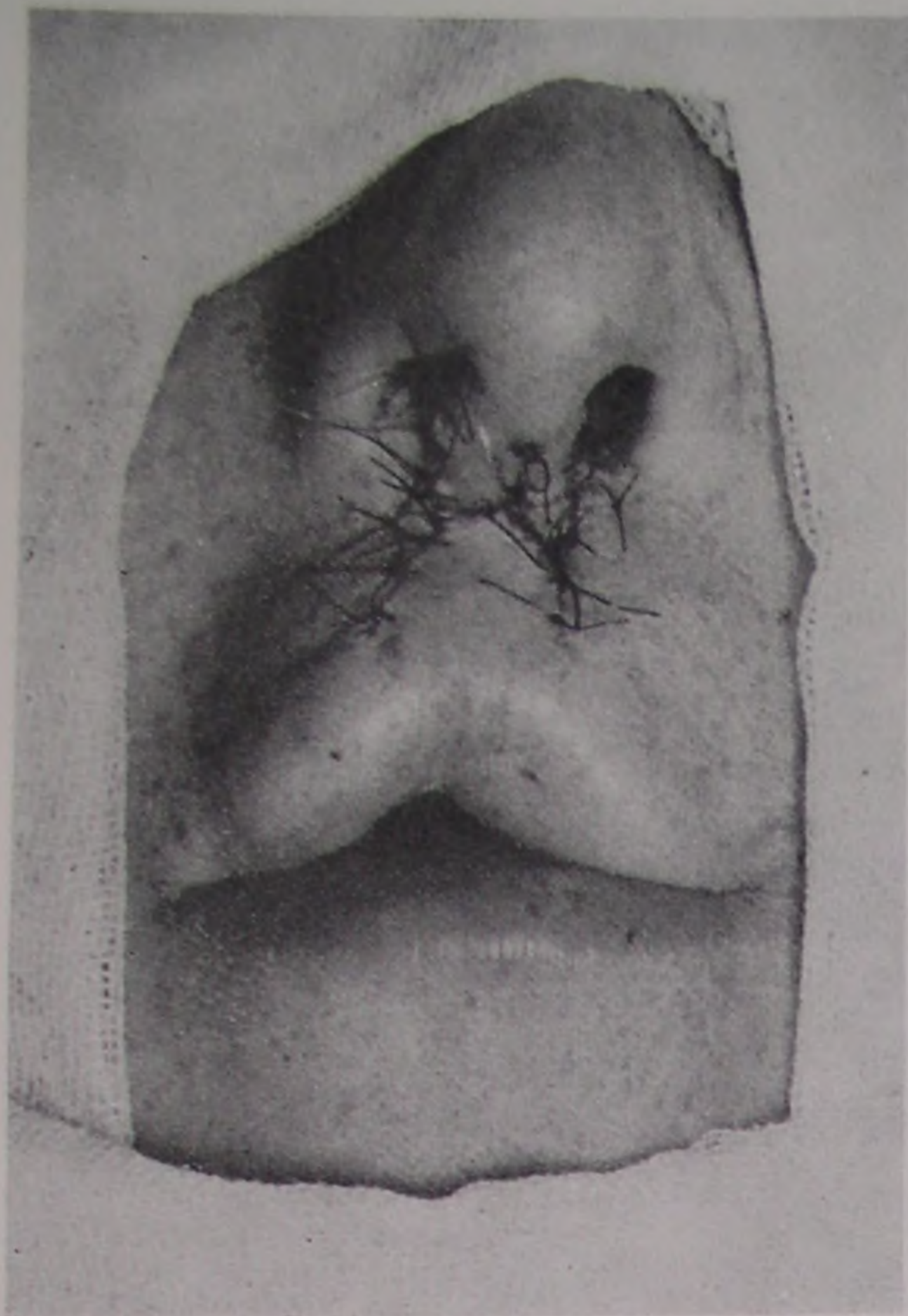
носовой перегородки укорочена. — 2. Наблюдается резко выраженное задание верхней губы и относительная прогения. — 3, 4. Коррекция осуществлена при помощи двух небольших тре-



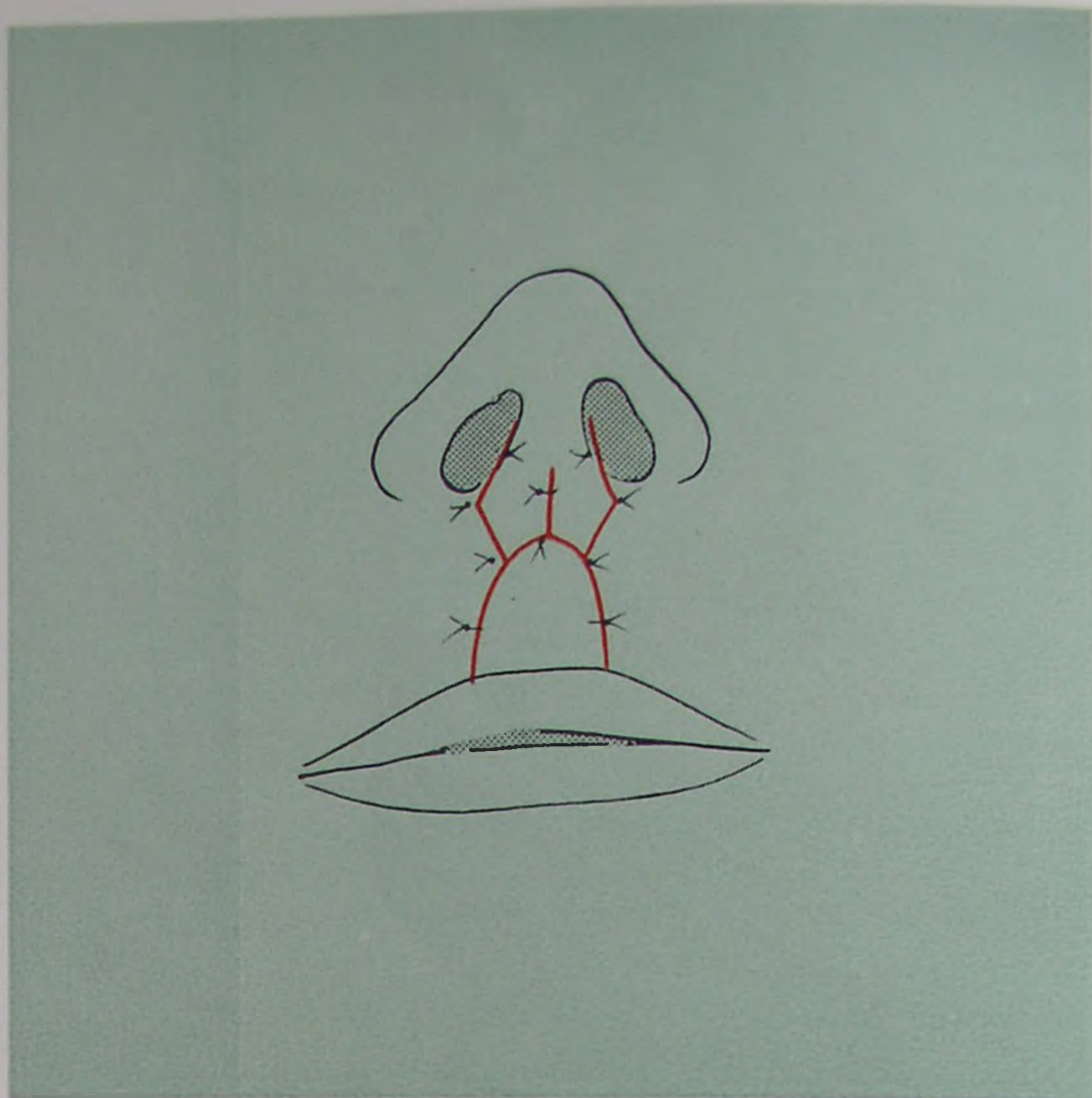
(5)



(6)



(7)



(8)

угольных лоскутов. Эта операция показана на рис. 3 и схеме. — 5, 6, 7, 8. Кожная часть носовой перегородки с обеими лоскутами отпрепарована до самого кончика носа и повернута кверху. — 9, 10. На снимке в профиль видно, что основание носовой пере-

городки расположено по-прежнему низко и что губы коротка. В дальнейшем потребуется протезную операцию.



(9)



(10)



(1)

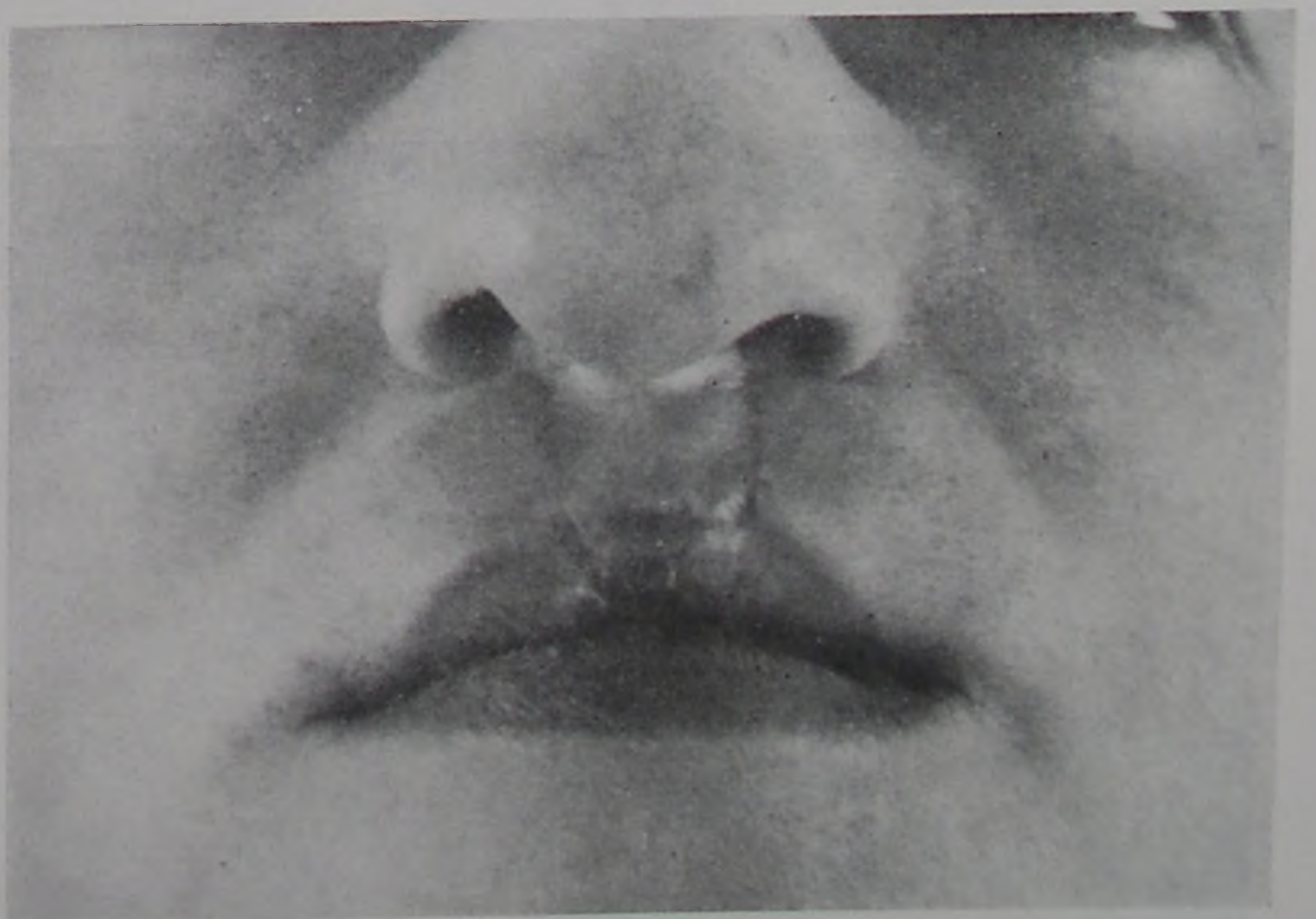


(2)

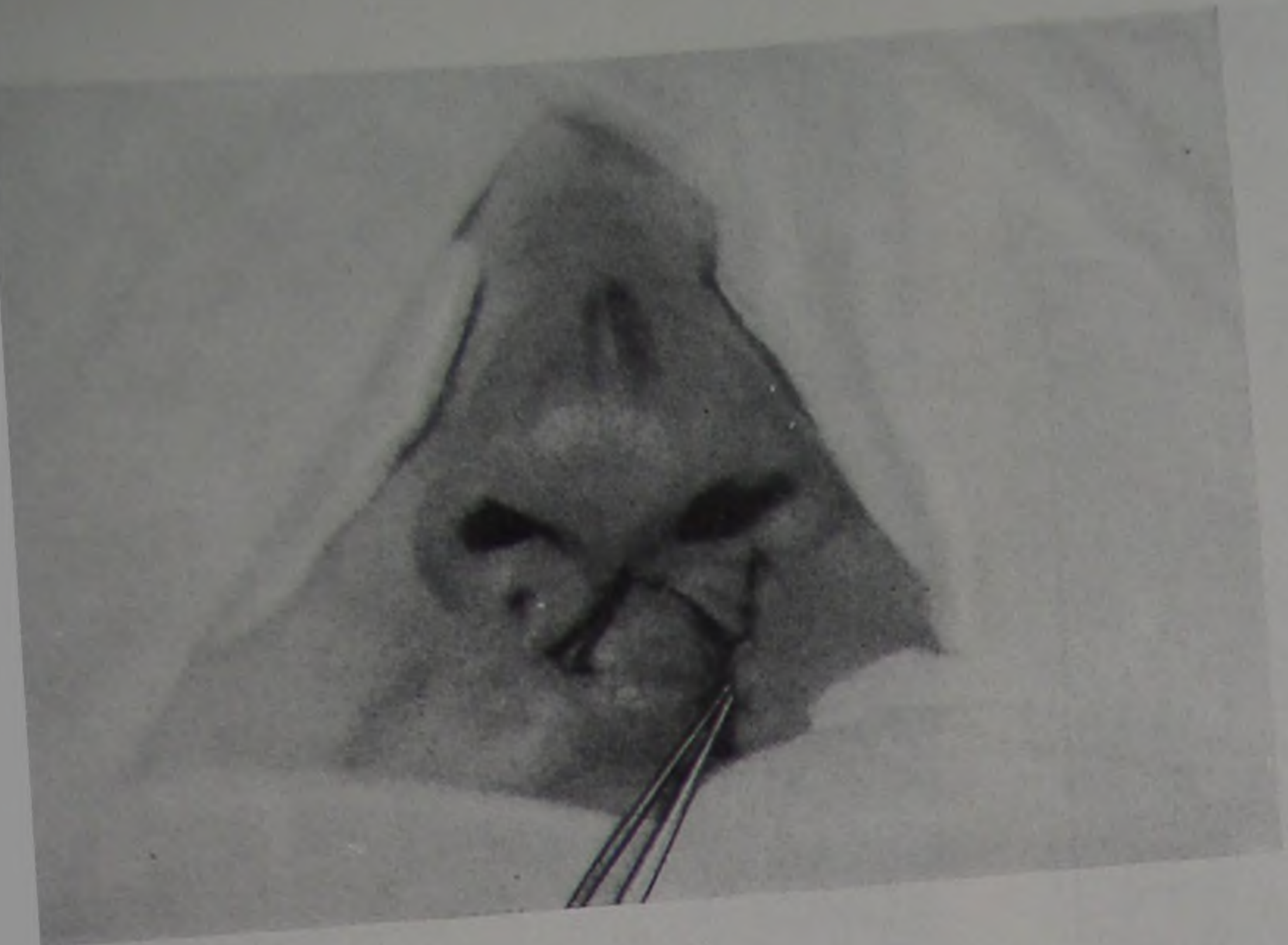
132.

после операции по поводу общей двусторонней рас-
ширения. Больной П. Ч., 20 лет, история болезни No 8595.
Операции на губе были произведены в возрасте 2 и 3
лет, на небе — в возрасте 2 лет. С левой стороны альвео-
лярной дуги оставлено отверстие, которое можно было закрыть
пластикой, а только в 8-летнем возрасте. Речь у больного без-
менна. Нос клювообразно загнут, кончик носа приплюснут,

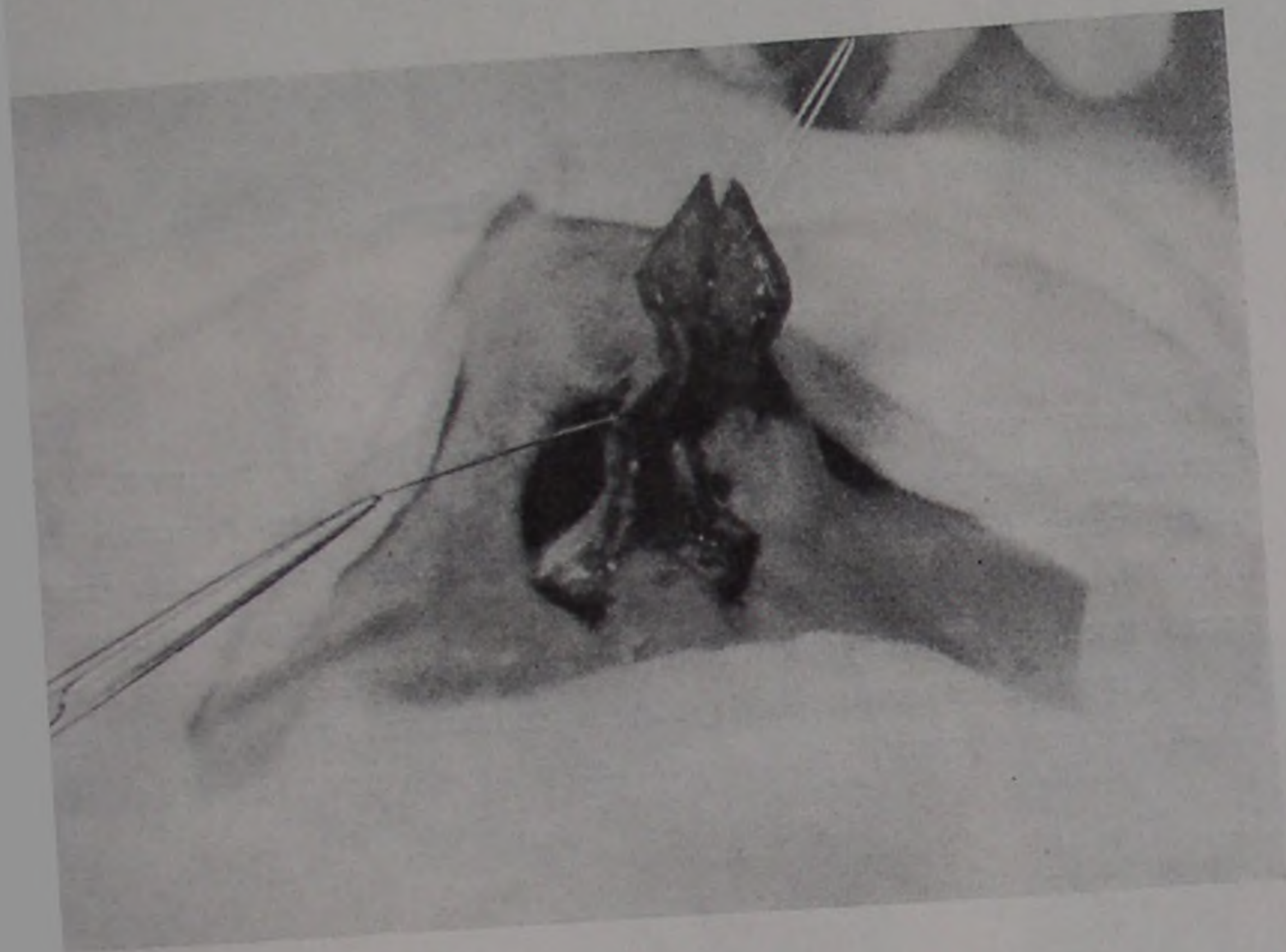
а кожная часть носовой перегородки коротка и широка. Губа
несколько низка; граница красной каймы и кожи с левой сто-
роны имеет неправильную форму. Относительная прогения. Чтобы
придать лицу надлежащую форму, было решено удлинить кожную
часть носовой перегородки при помощи двух треугольных лоску-
тов, выкроенных из кожи губы, и связанных с каждой частью
носовой перегородки. — 4. Сужение и перемещение кончика носа



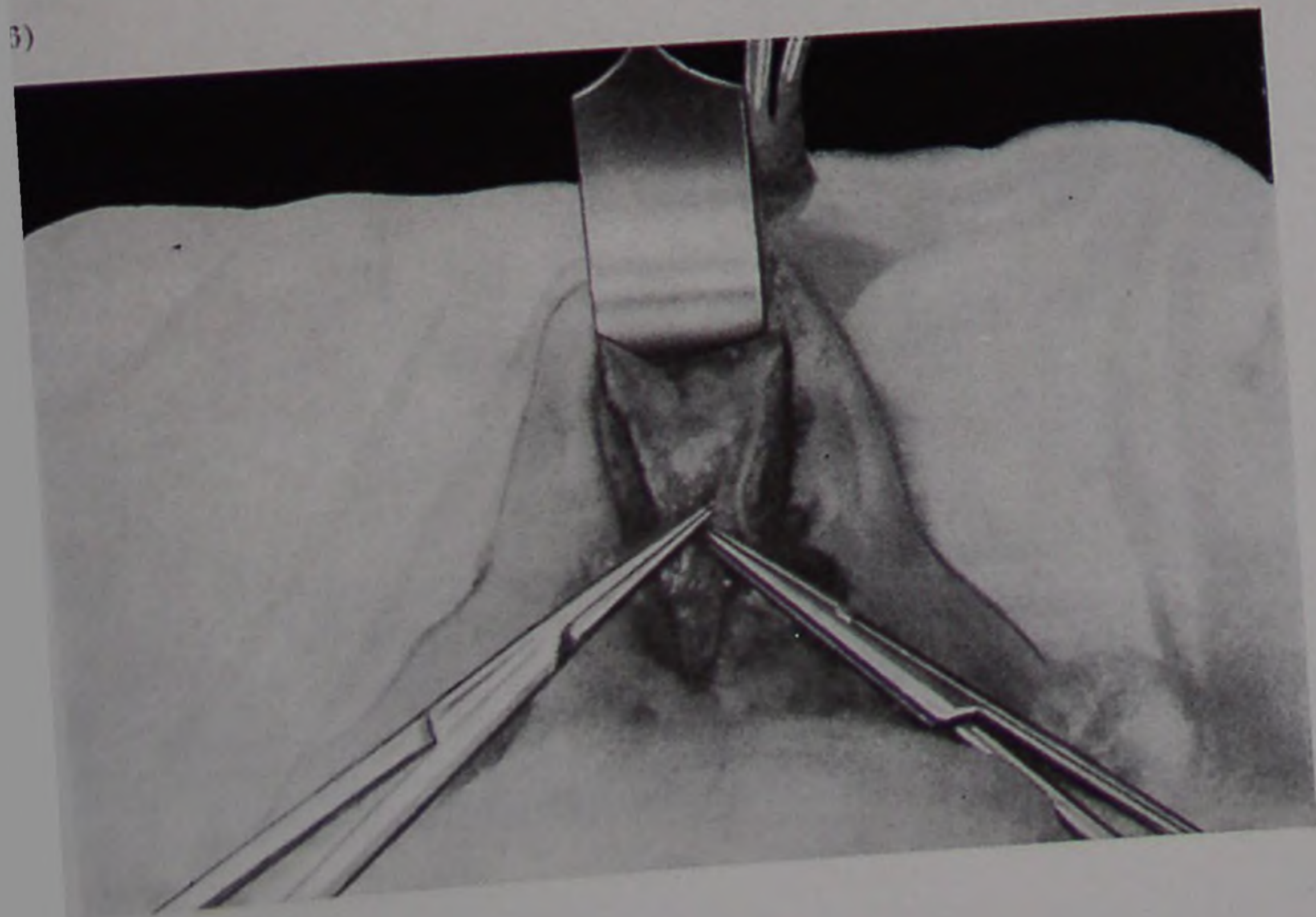
(3)



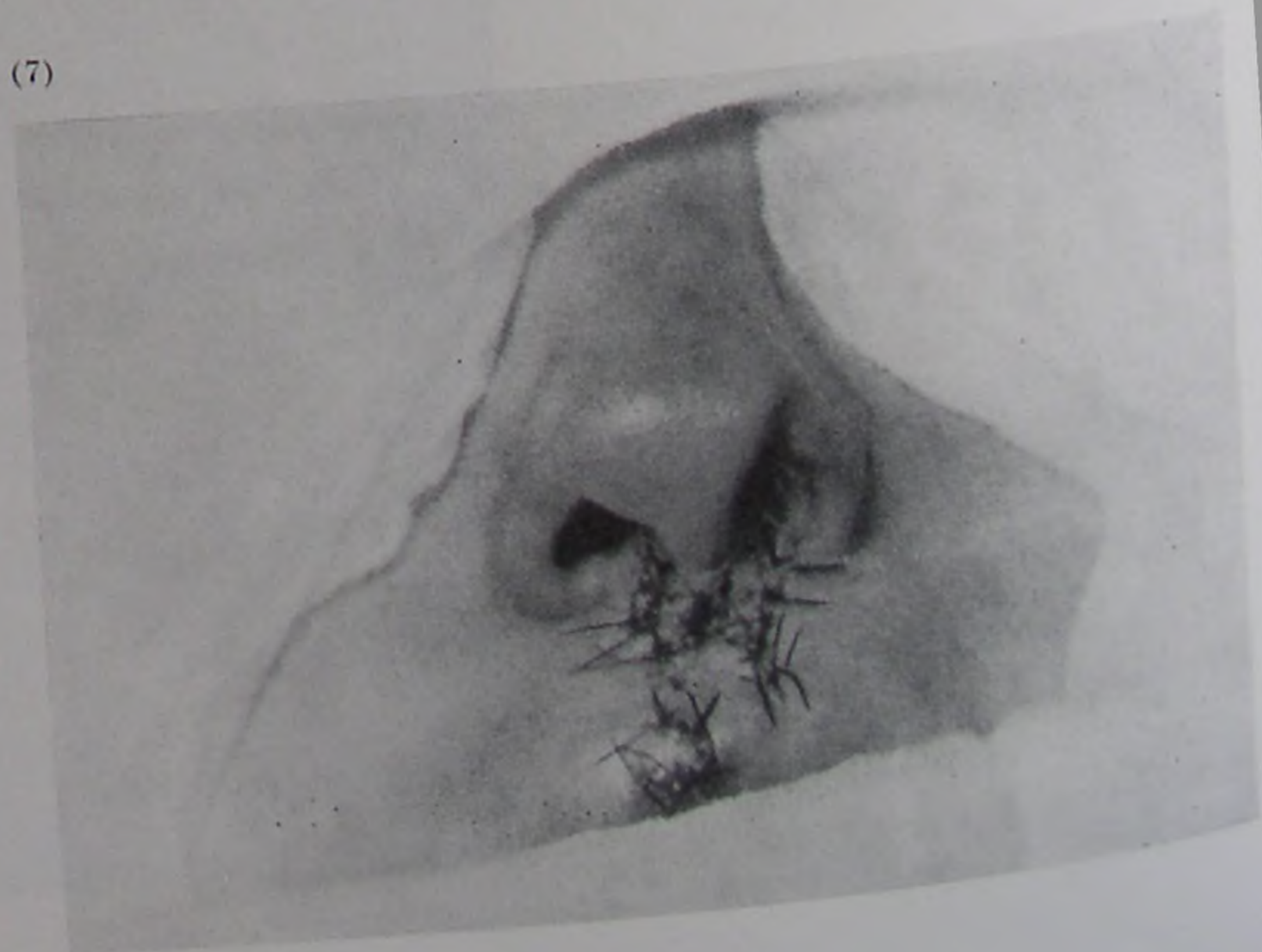
4)



5)



6)



(7)

кпереди. Коррекция губы. Операция в данном случае аналогична той, которая была описана на предыдущем рисунке (рис. 131). Выкраивают кожные лоскуты из губы, филтрум сужают кверху в виде клина. — 5. Носовую перегородку отсекают с обеих сторон и поворачивают; разрезы расходятся в обе стороны по внутреннему слою крыльев носа. — 6. Мягкие ткани кончика носа приподняты кверху широким крючком, так что становятся видны разошедшиеся хрящи кончика носа; эти хрящи сшивают кетгутowymi швами. — 7. Затем пришивают кетгутowymi швами кожную часть носовой перегородки, переместив ее кпереди, и зашивают разрезы на внутренней поверхности крыльев носа. Верхний клинообразный конец филтрума сшивают между двух кожных выступов, а в области красной каймы с правой стороны производят перестановку встречных треугольных лоскутов, способствующую более совершенному формированию среднего возвышения красной каймы. Этим путем удалось добиться значительного расширения губы. — 8, 9, 10. Конечный результат.



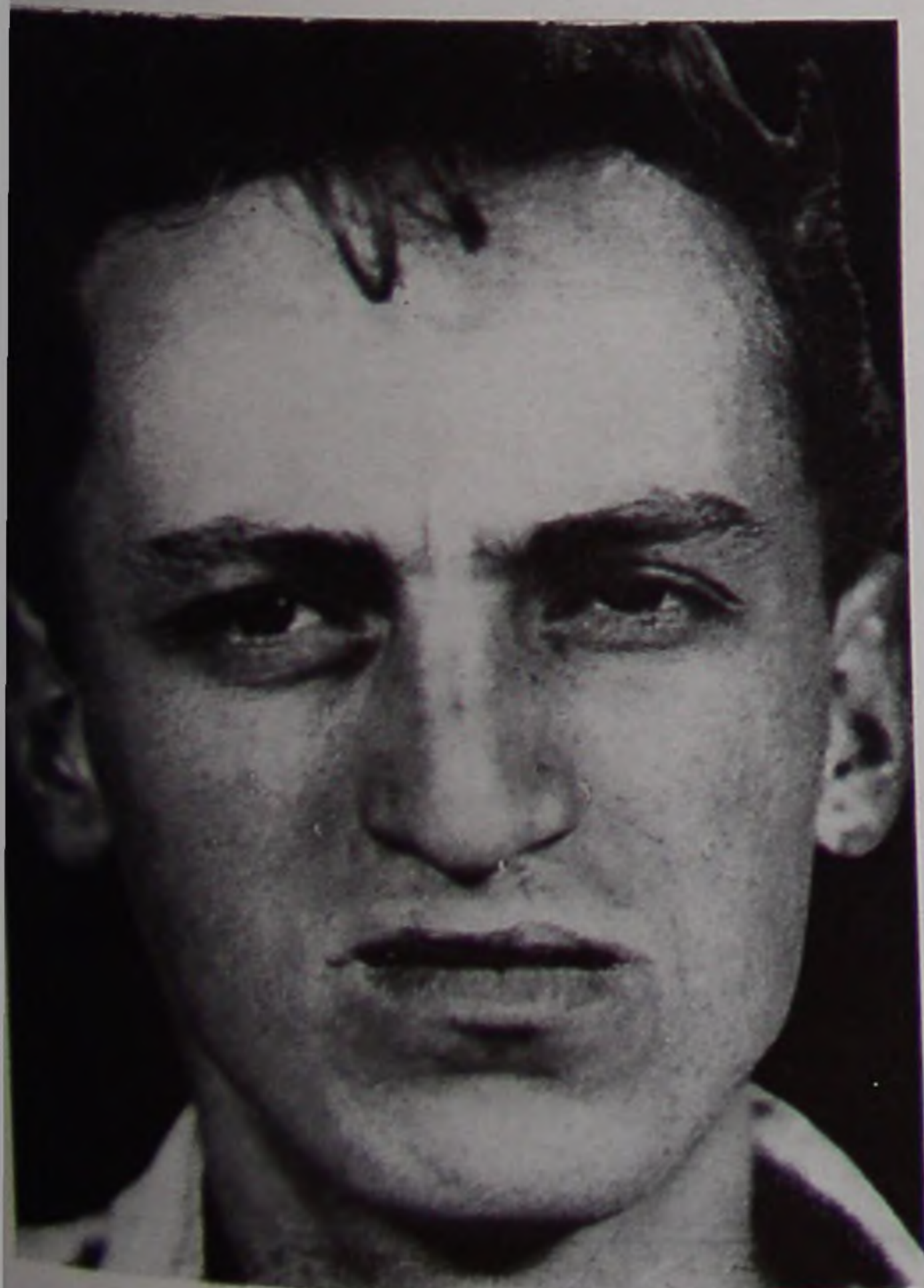
(9)



(10)

Р И С. 133.

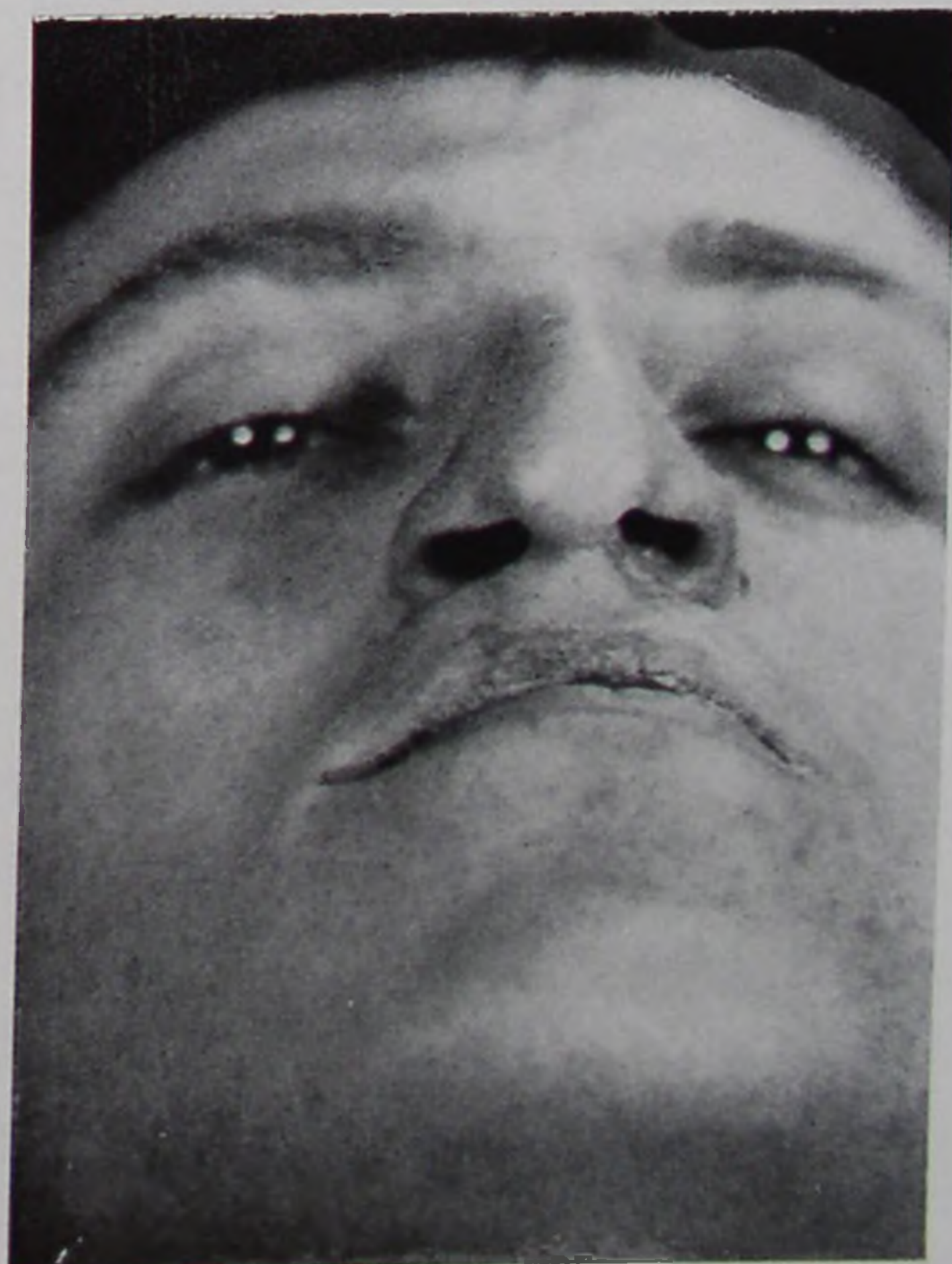
Деформация примерно той же степени, что и у предыдущего больного, возникшая после операции, произведенной по поводу общей двусторонней расщелины. Больной И. П., 19 лет, история болезни № 1889. 1, 2, 3. Типичная деформация: приплюснутый, загнутый книзу нос, разошедшиеся крылья носа, корот-



(2)

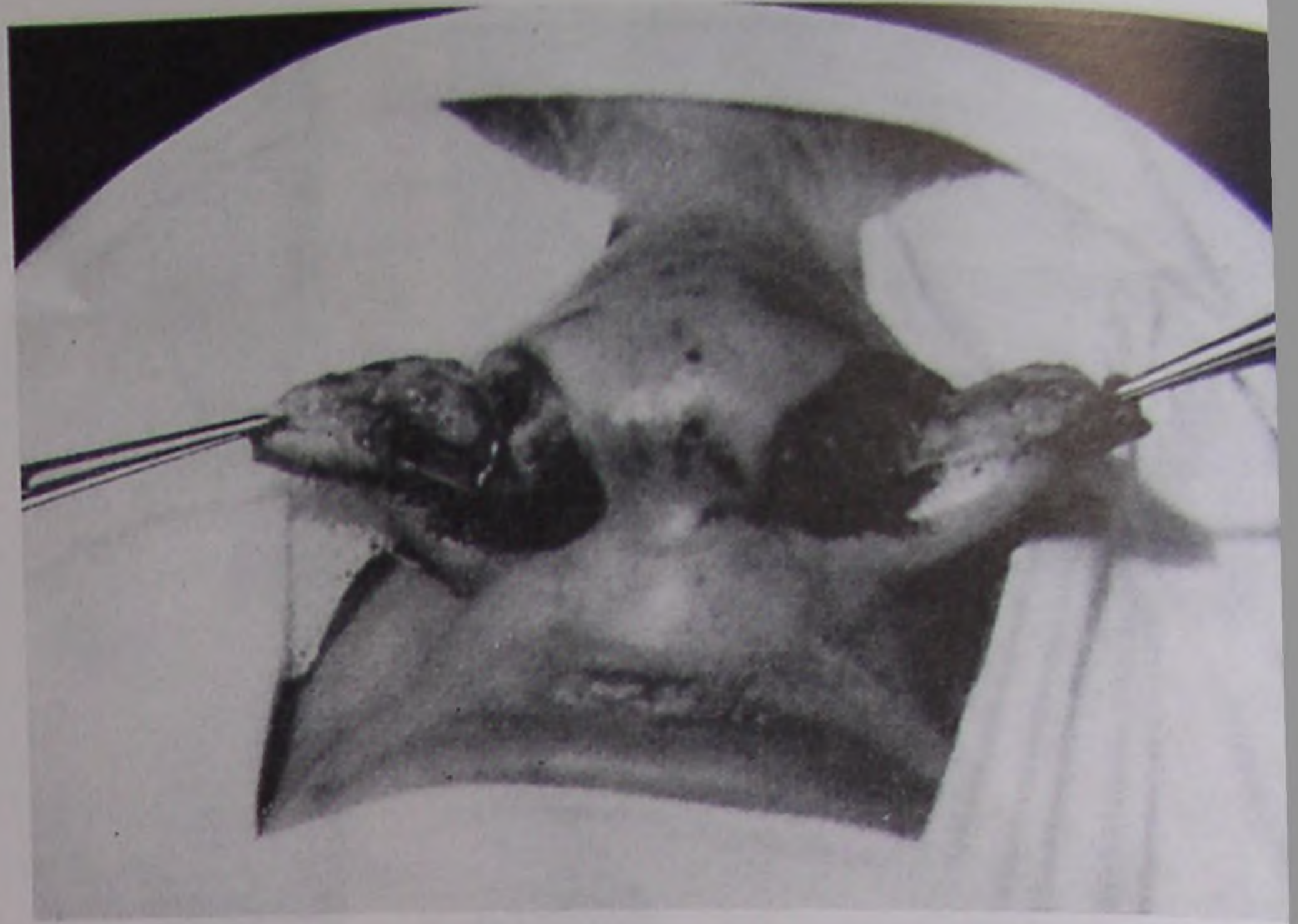


(3)





(4)



(5)

кая, широкая носовая перегородка. Была сделана попытка п
 дать оттянутому книзу крылу носа правильное положение
 использовать смещенную книзу часть кончика носа для удлинен
 носовой перегородки. — 4. Схема разреза. — 5. Оба крыла н
 полностью отсечены. — 6, 7. Надрезы в области кончика н
 предназначенные для перемещения крыльев в новое положен



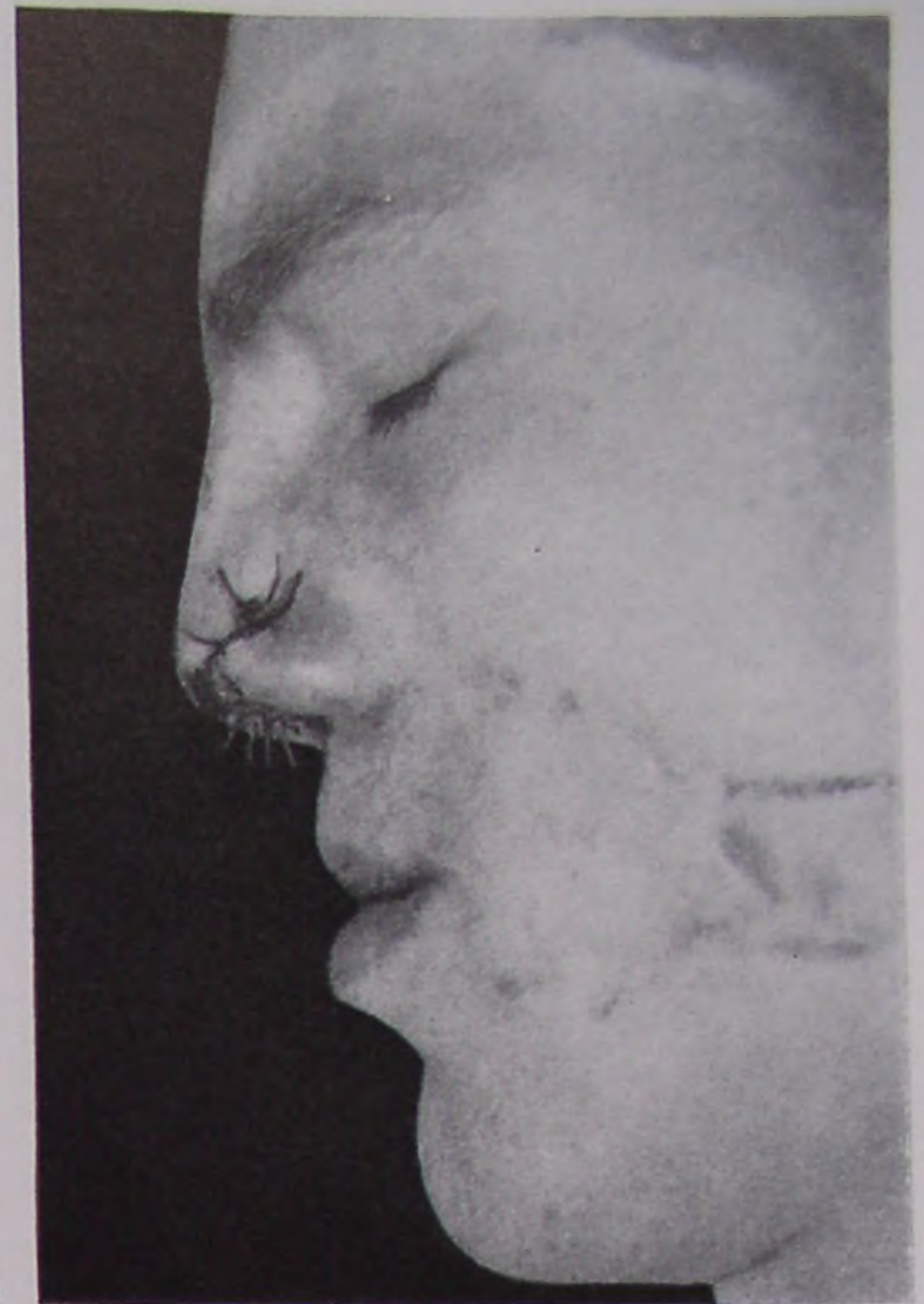
(6)



(7)



(8)

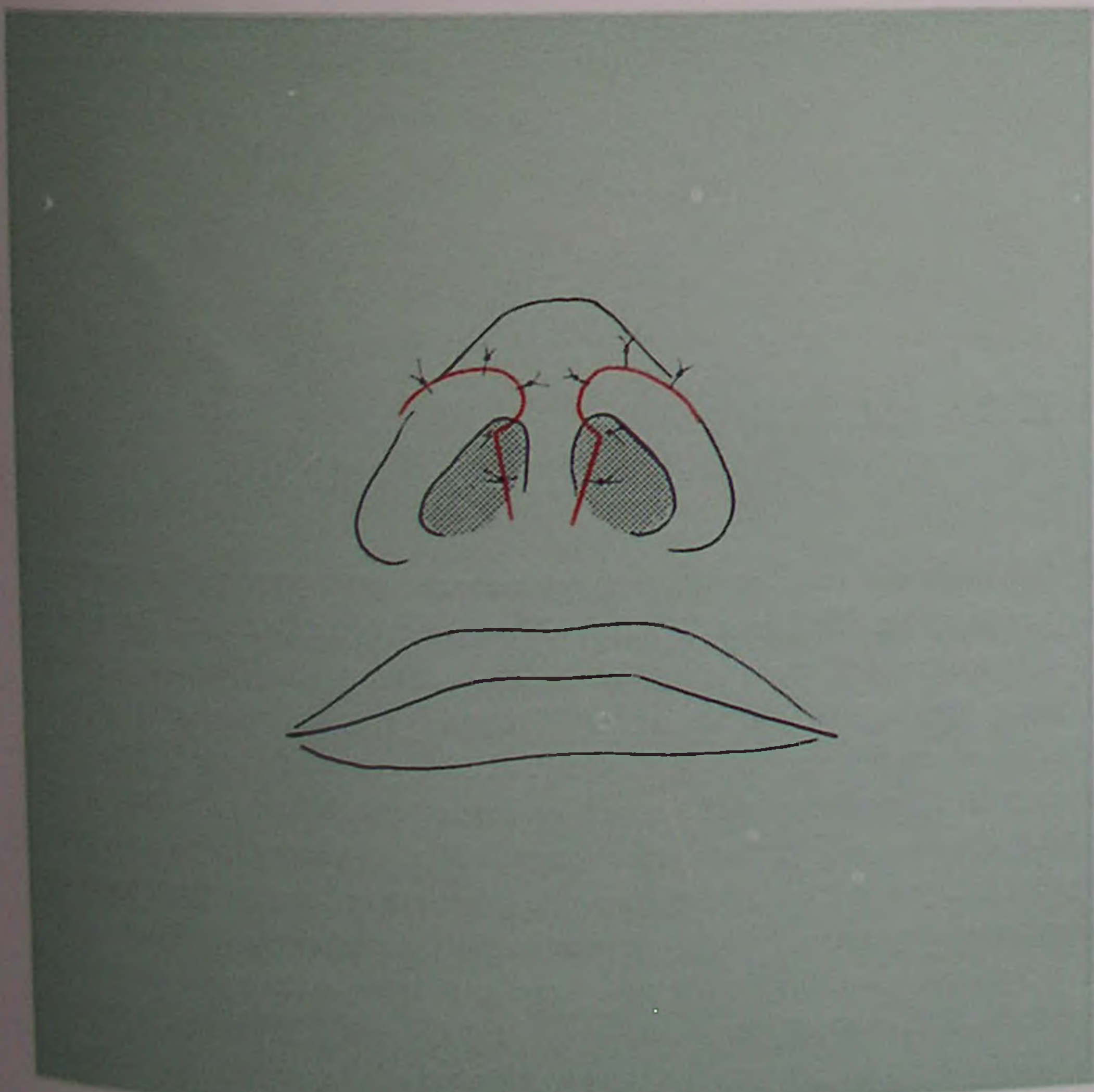


(9)

Изгибы обоих хрящей кончика носа сшиты и подтянуты кверху матрацным швом, определяющим новое положение носа. — 8, 9. Крылья носа фиксированы в новом положении швами;

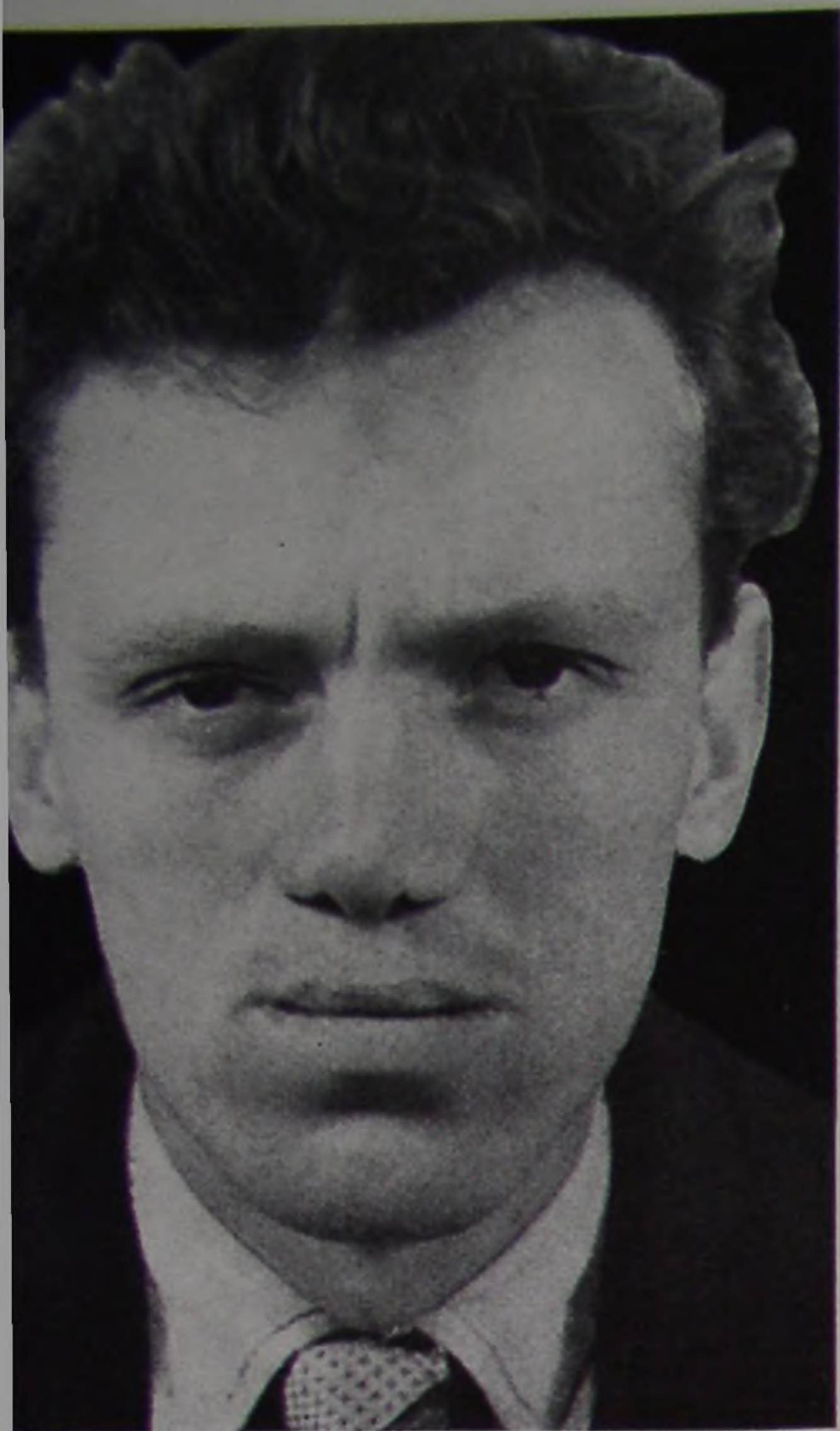
боковые выступы кожи, первоначально расположенной на внутренней поверхности кончика носа, подшиты с обеих сторон к покрову носовой перегородки. — 10, 11. Схема линии швов. —

(10)



(11)



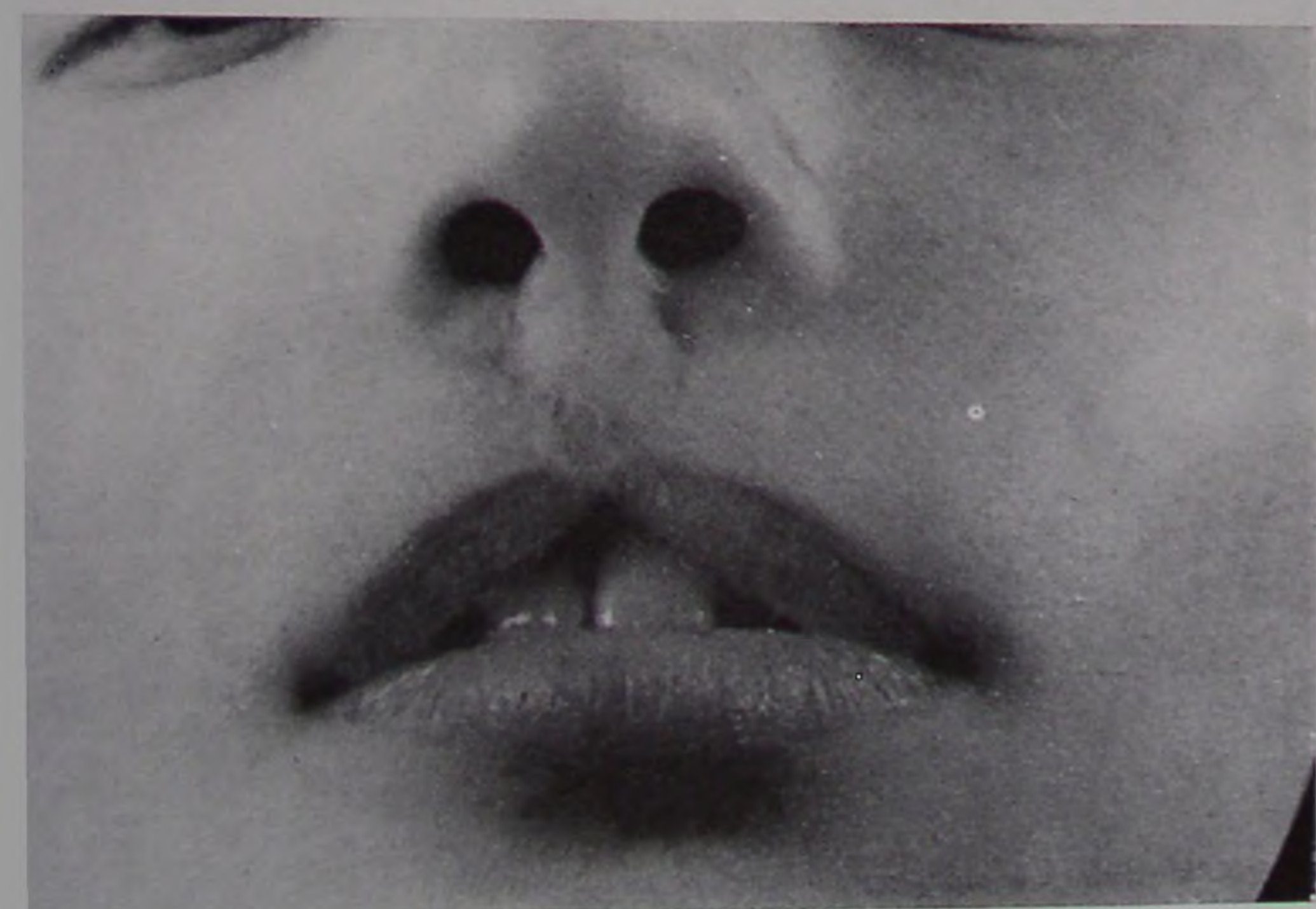


(12)



(13)

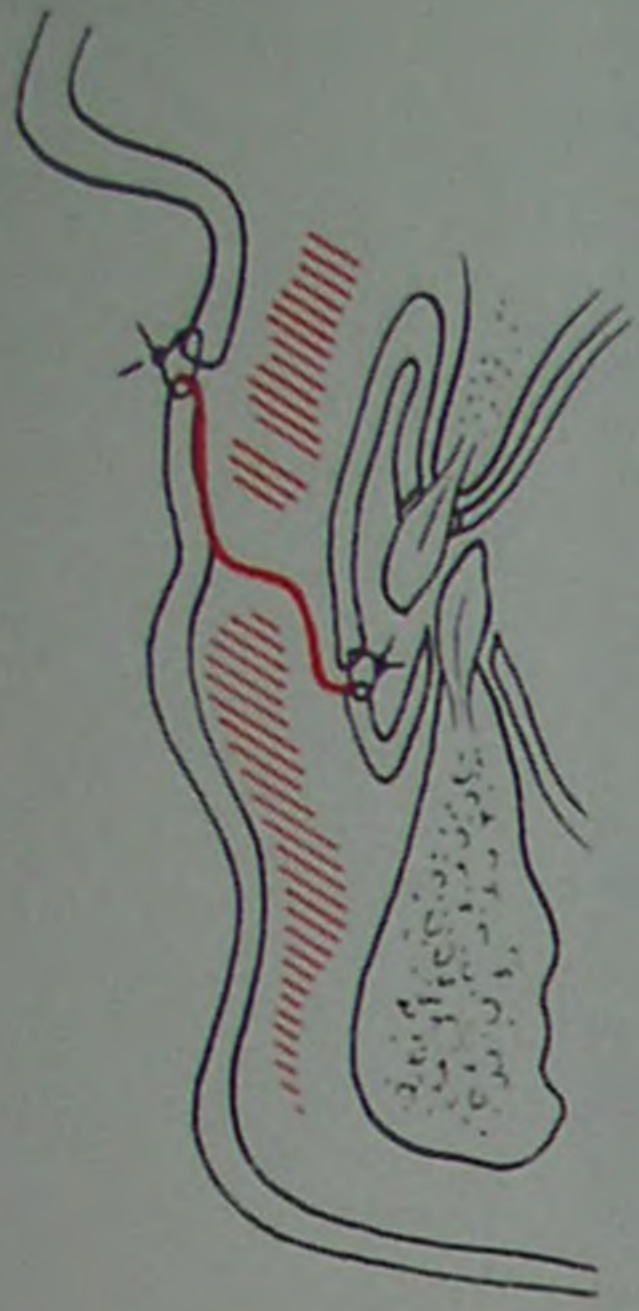
12. 13. Достигнутый результат. Кончик носа несколько приплюснут, периметр ноздрей имеет спереди неправильные очертания.



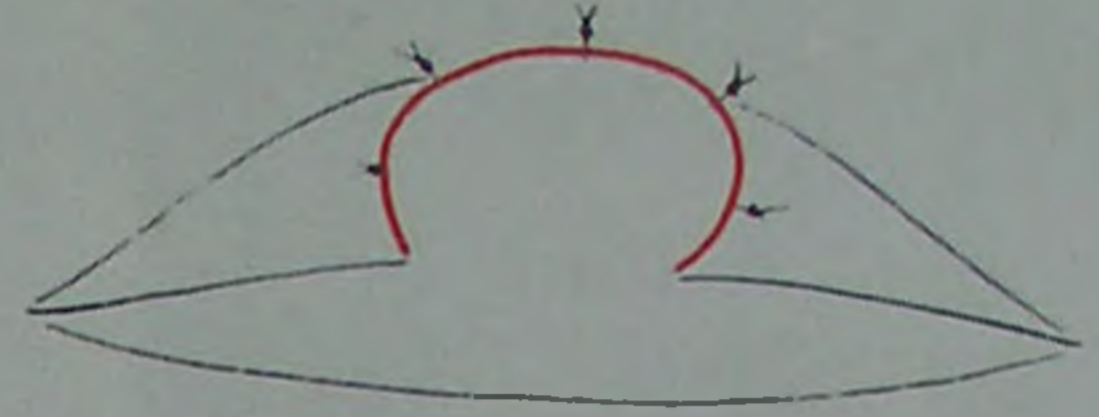
(1)

Р И С. 134.

Деформация после операции по поводу двусторонней расщелины верхней губы. Больная М. В., 17 лет, история болезни № 15 179. 1. По-видимому, при операции была полностью отсечена красная кайма средней части губы, а боковые отделы иссечены в виде клина и подшиты к фильтруму. Резко недоразвитый фильтрум доходит только до половины вышины губы. Внизу имеется довольно широкий рубец, врезающийся в верхнюю, крышеобразно приподнятую губу, не прикрывающую двух внутренних резцов. Больная пожелала, чтобы ей дополнили нехватавшую часть красной каймы. Осуществлено это было с помощью лоскута слизистой оболочки, выкроенного с нижней губы. — 2. На схематически представленном разрезе можно наблюдать лоскут, выкроенный



(2)

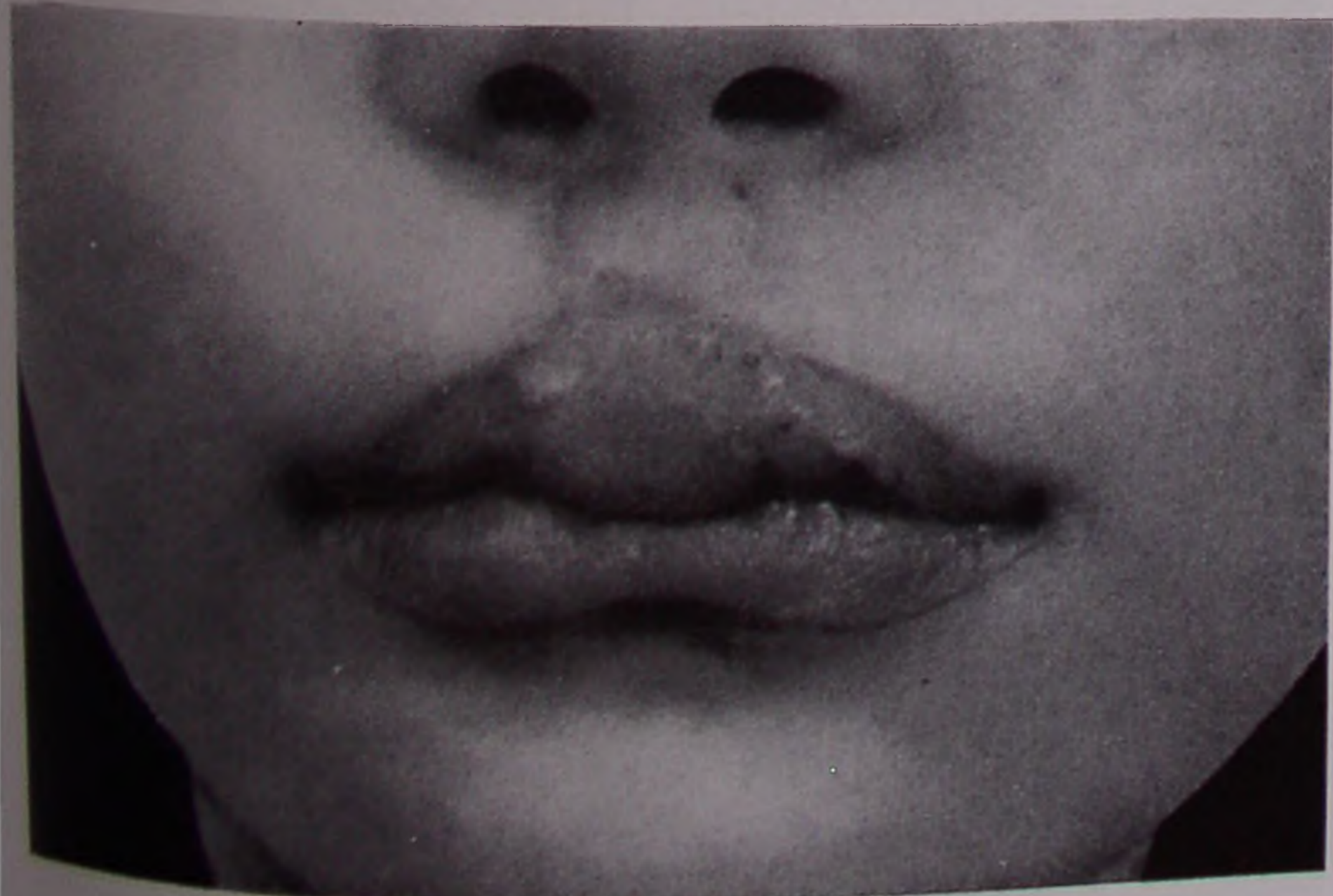


(3)

с внутренней стороны губы с ножкой в области красной каймы, подшитый к верхней губе. При этом рубцовоизменная часть красной каймы верхней губы подшита к дефекту, образовавшемуся на нижней губе. — 3, 4. Вид спереди. — 5. Внешний вид после отсечения ножки лоскута, произведенного спустя 14 дней

после операции. Граница красной каймы и кожи продолжает оставаться неправильной; безупречное восстановление этой границы связано с большими трудностями. Красная кайма, созданная из слизистой оболочки, засыхает, шелушится, трескается; поэтому ее необходимо все время смазывать мазью.

(4)



(5)





(1)



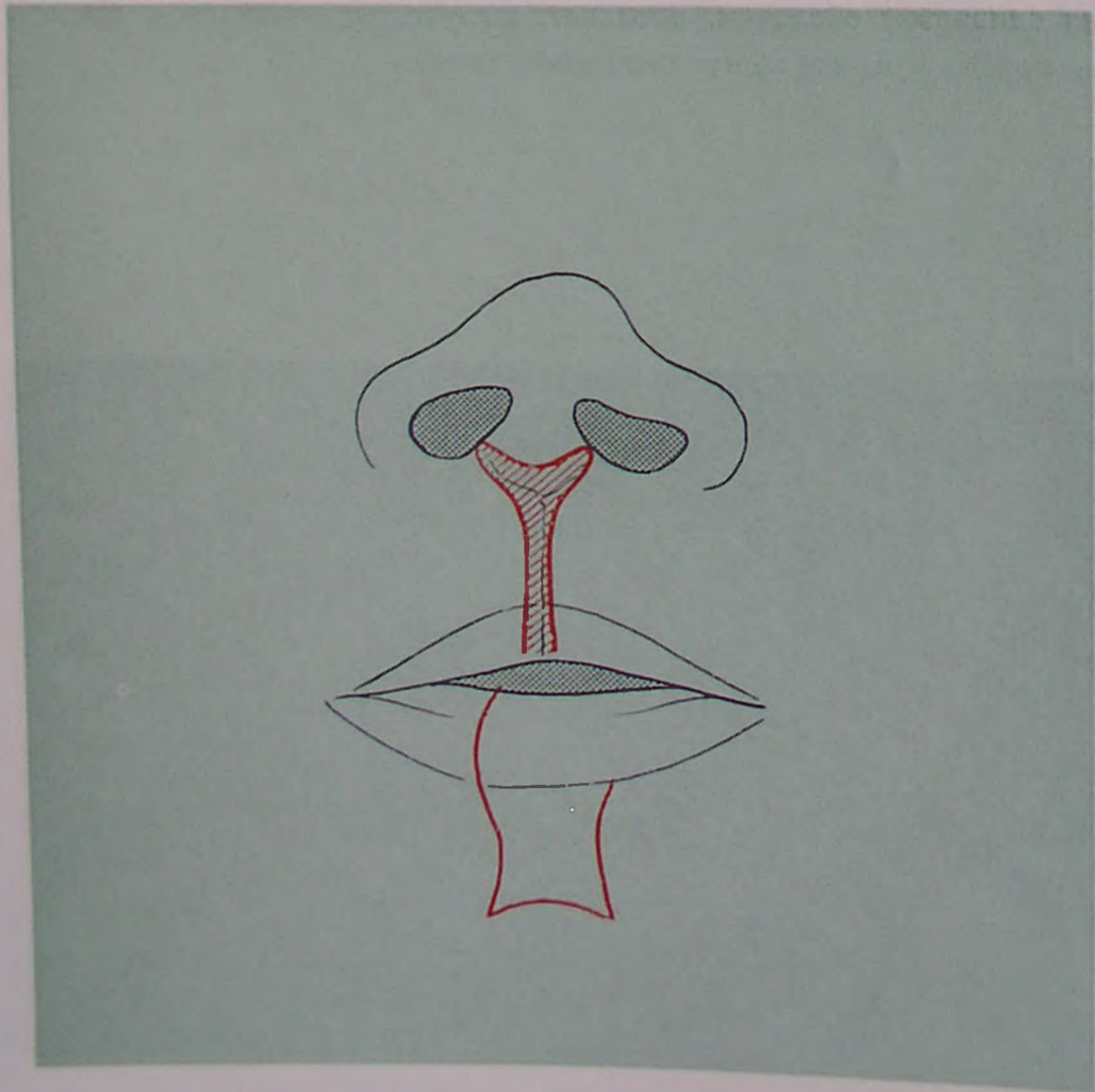
(2)

Р И С. 135.

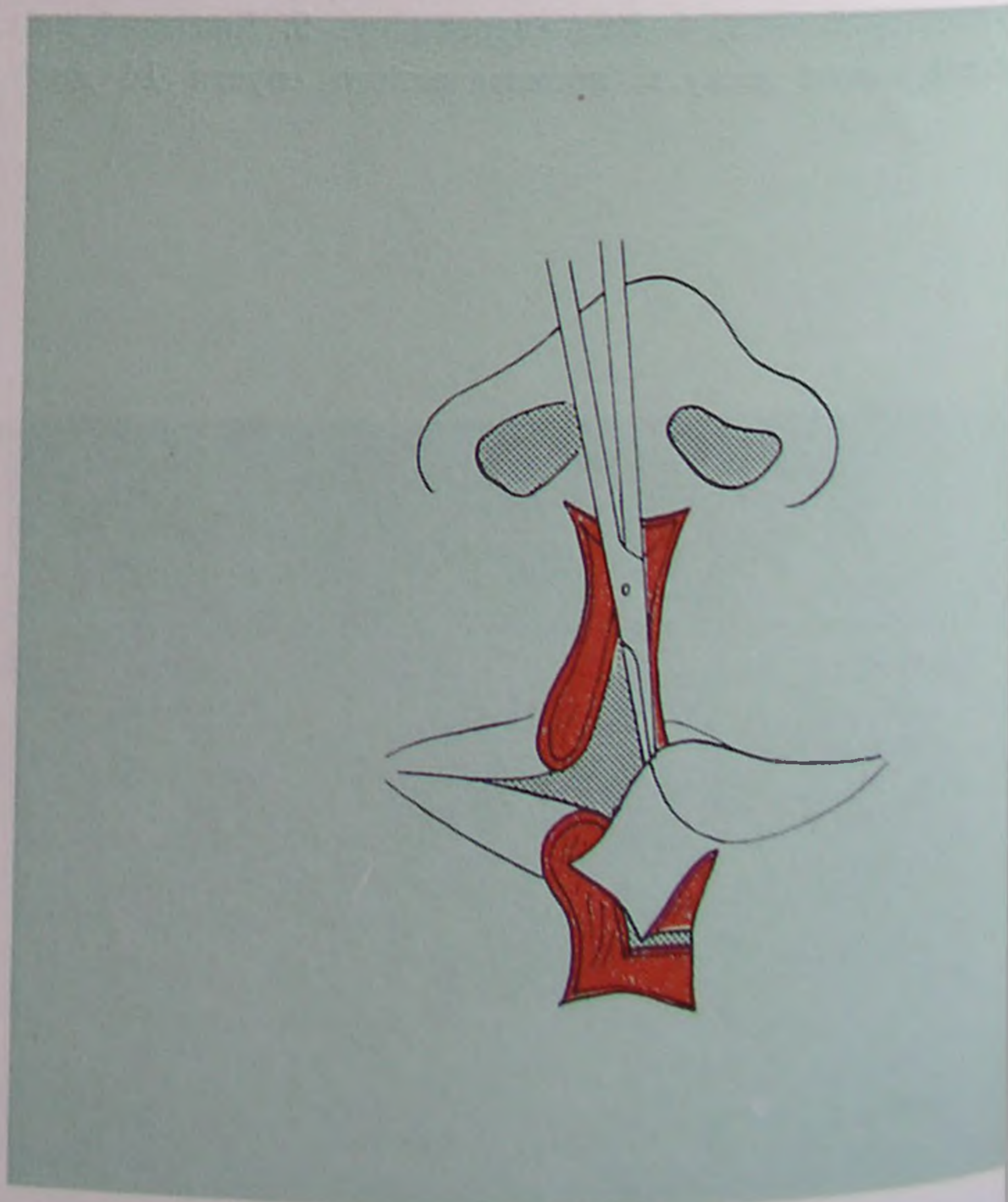
Состояние после операции по поводу двусторонней общей расщелины. Больная И. И., 18 лет, история болезни № 2550. 1, 2.

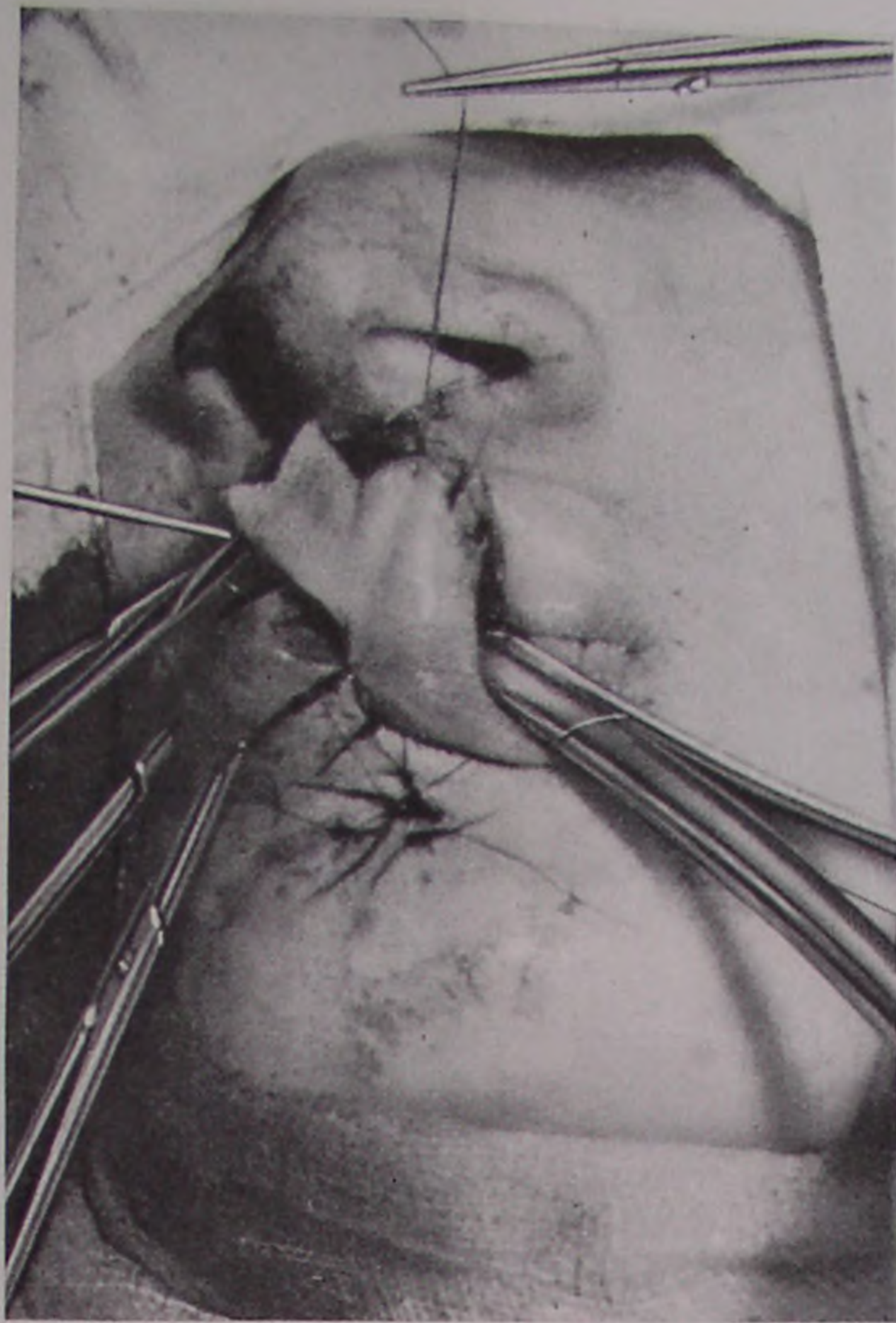
В прошлом, по-видимому, была произведена ретропозиция челюстной кости в сочетании с резекцией части сошника и перемещением кпереди филтрума в область носовой перегородки. Запавшая, натянутая верхняя губа расположена глубже в сравнении с нижней губой. — 3. Схема иссечения среднего рубца

(3)

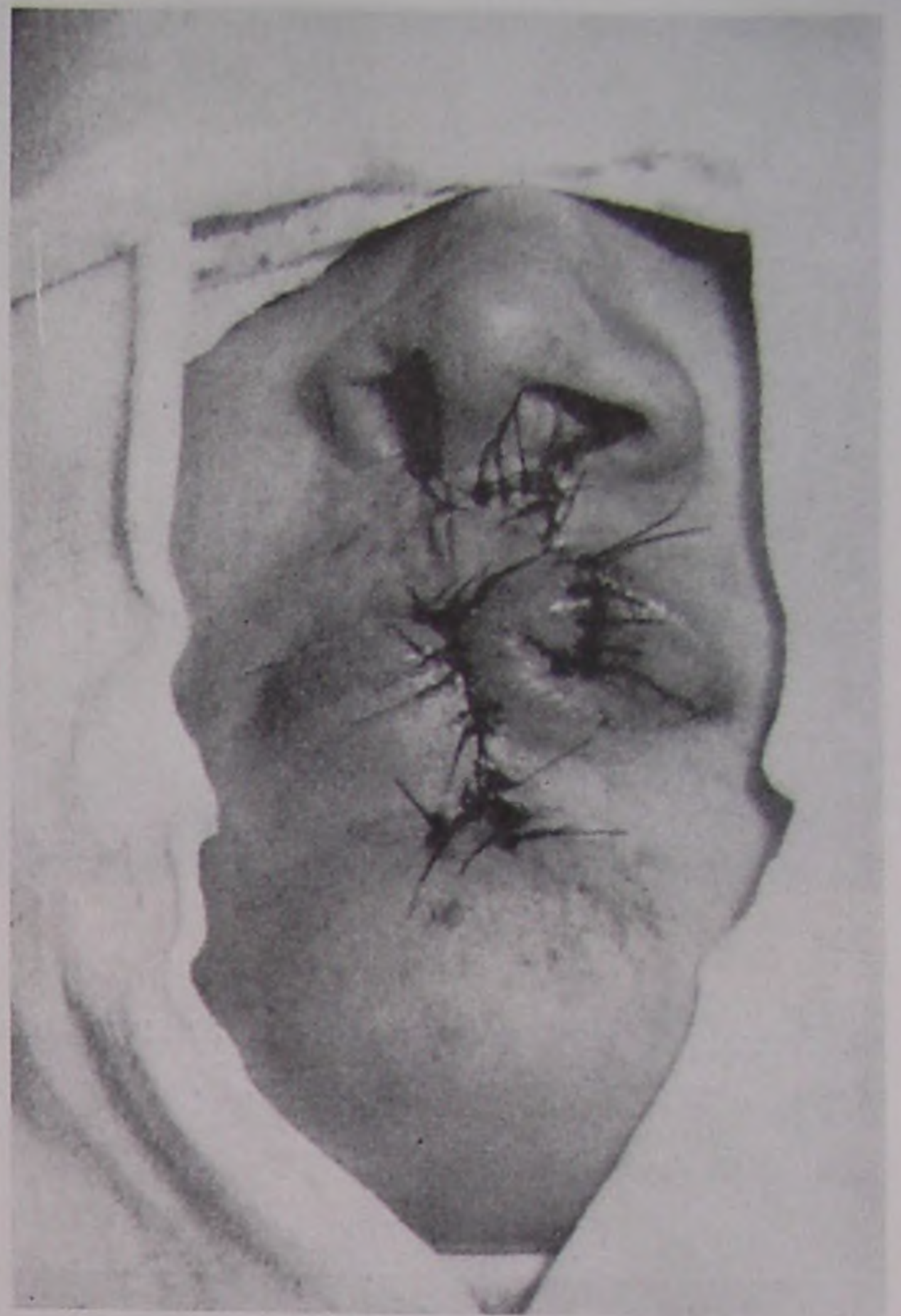


(4)





(5)

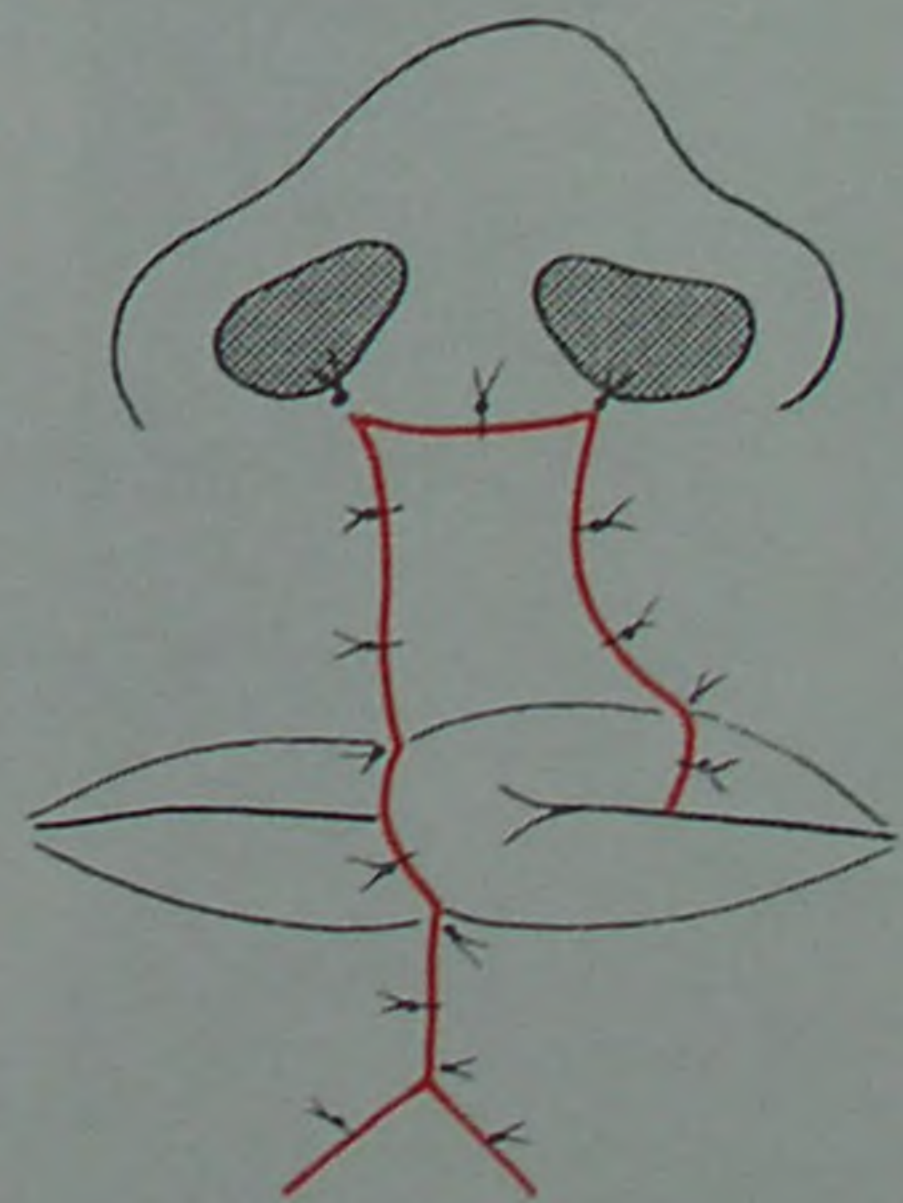


(6)

губы вместе с тяжами, идущими от него к порогам ноздрей. Намечены очертания лоскута по Аббе, конец которого срезан в виде двух выступов, соответствующих дефекту верхней губы. — Лоскут иссекают во всю толщу губы с основанием в области

красной каймы. — 5, 7. На фотографии и соответствующей схеме дефект нижней губы уже закрыт; лоскут Аббе подшивают к верхней губе. Окончено наложение швов на красную кайму. — 6, 8. На схеме запечатлен момент окончания пересадки лоскута. —

(8)





(9)

9. Внешний вид сразу же после заживления ран. — 10. Больная через 7 месяцев после операции.



(10)

Р И С. 136.

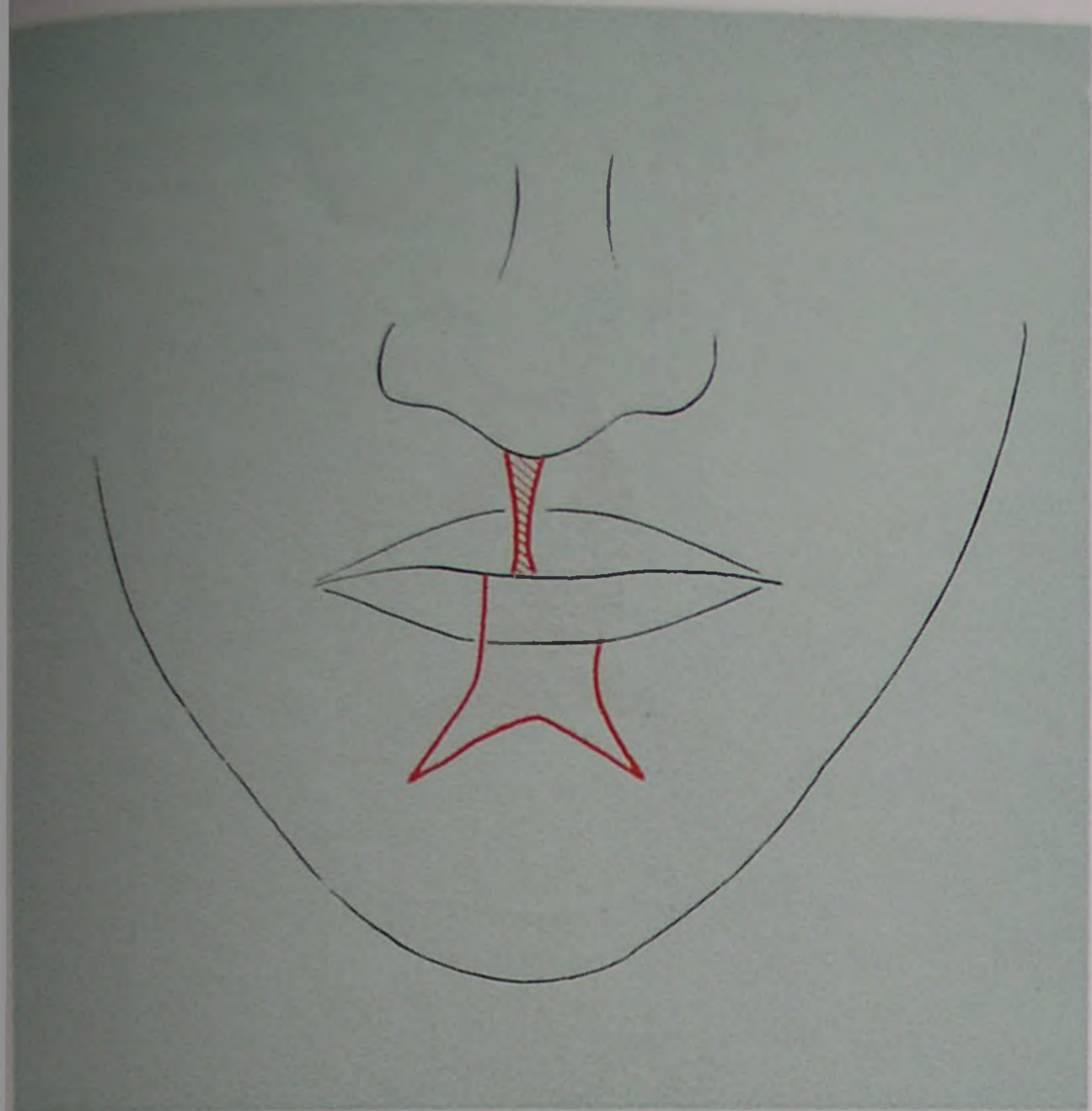
Резко выраженная деформация, возникшая после неправильно произведенной операции по поводу общей двусторонней расщелины, дополненной резекцией межчелюстной кости. Больная М. Б., 22 лет, история болезни № 36 189. 1, 2. Западание верх-



(1)



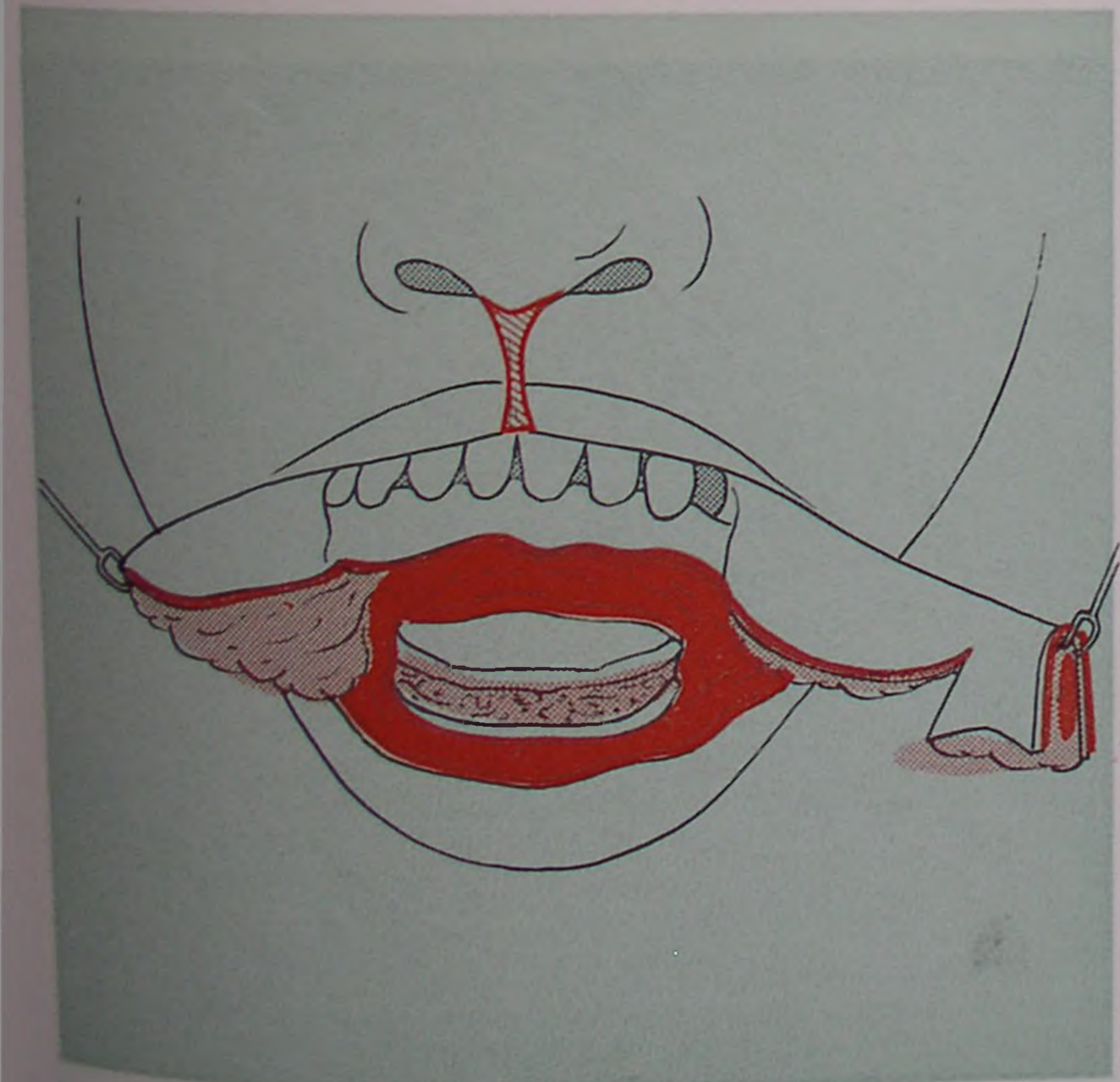
(2)



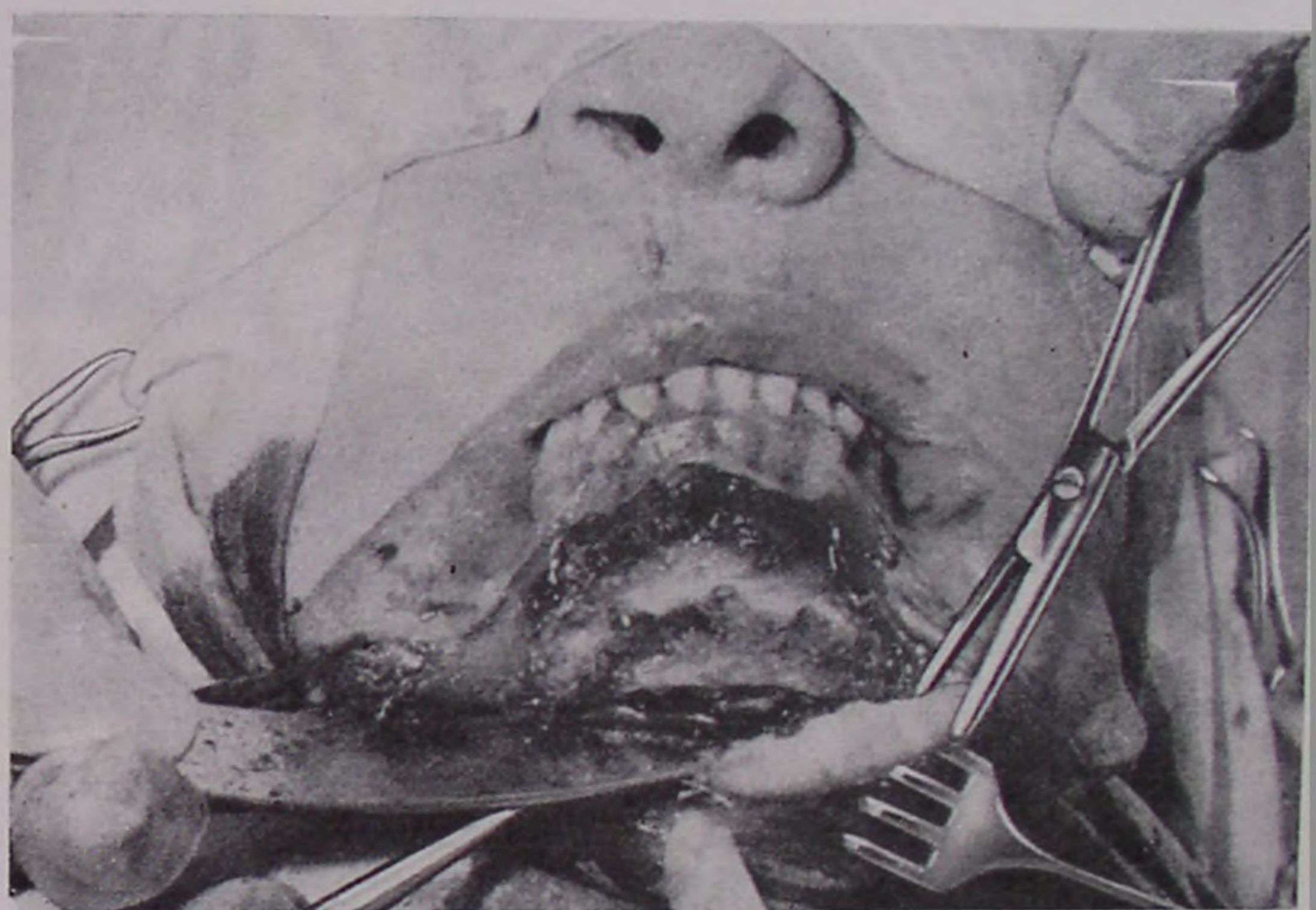
(3)

ней губы и выстояние подбородка. — 3. Схема разрезов. — 4. Подготовлен лоскут Аббе и одновременно обнажены передняя часть нижней челюсти и ее нижний край. — 5. Вид после резекции нижнего края челюсти, произведенной при помощи

(6)

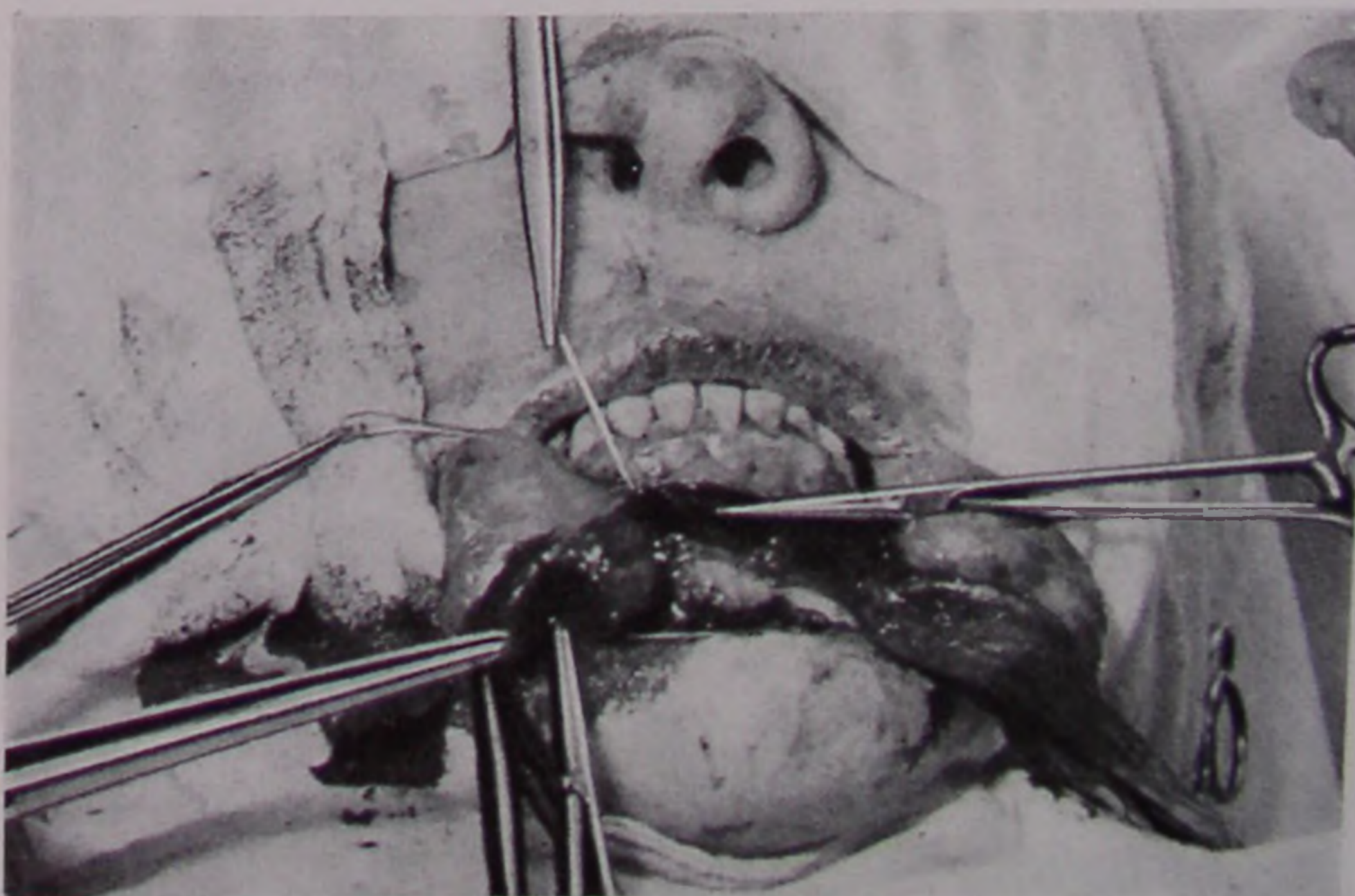


(4)

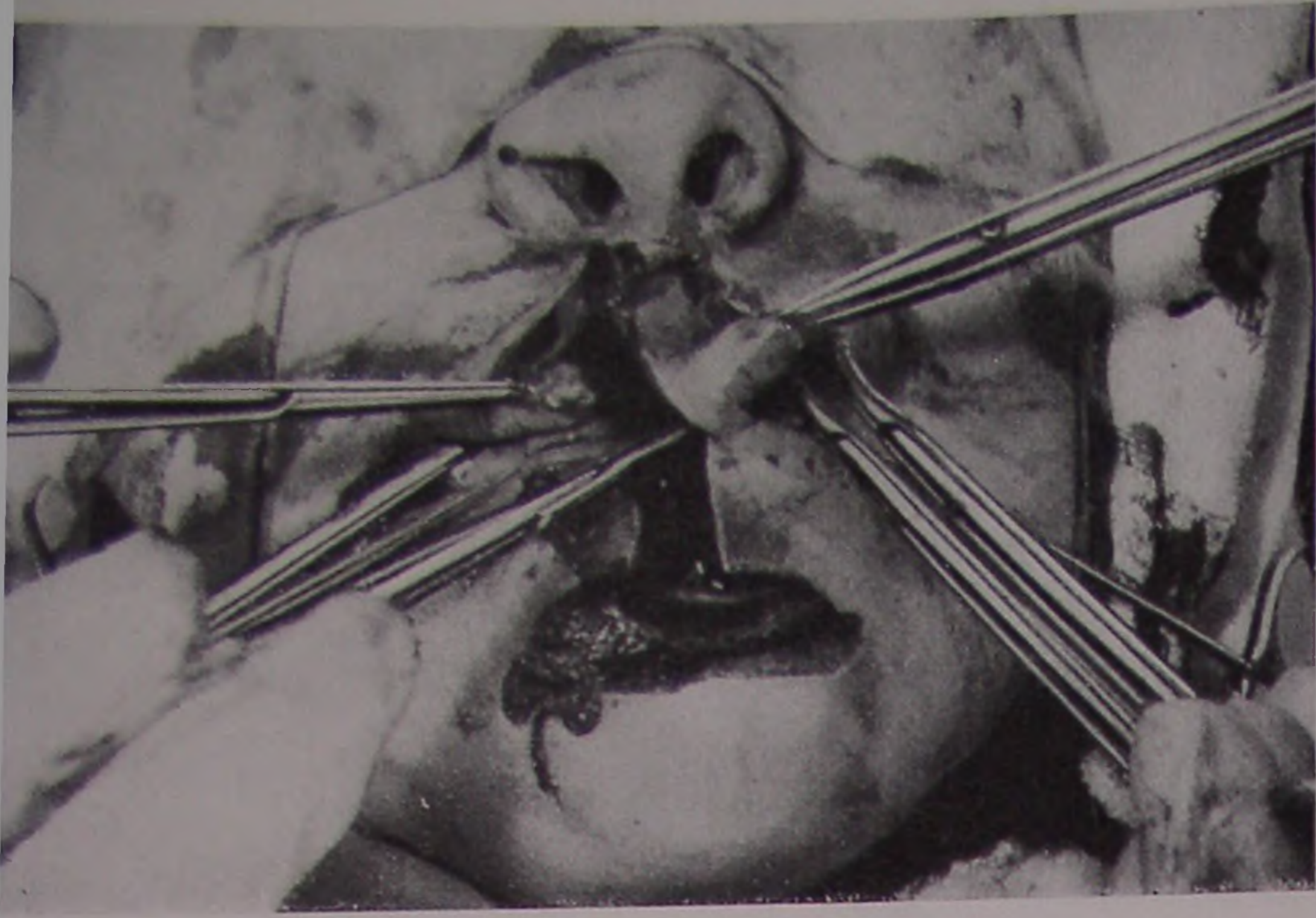


(5)

электробуравчика, долота и щипцов. — 6. Результат операции представлен на соответствующей схеме. Кость отшлифована при помощи рашпиля. — 7. Наложение швов на нижнюю губу. —



(7)



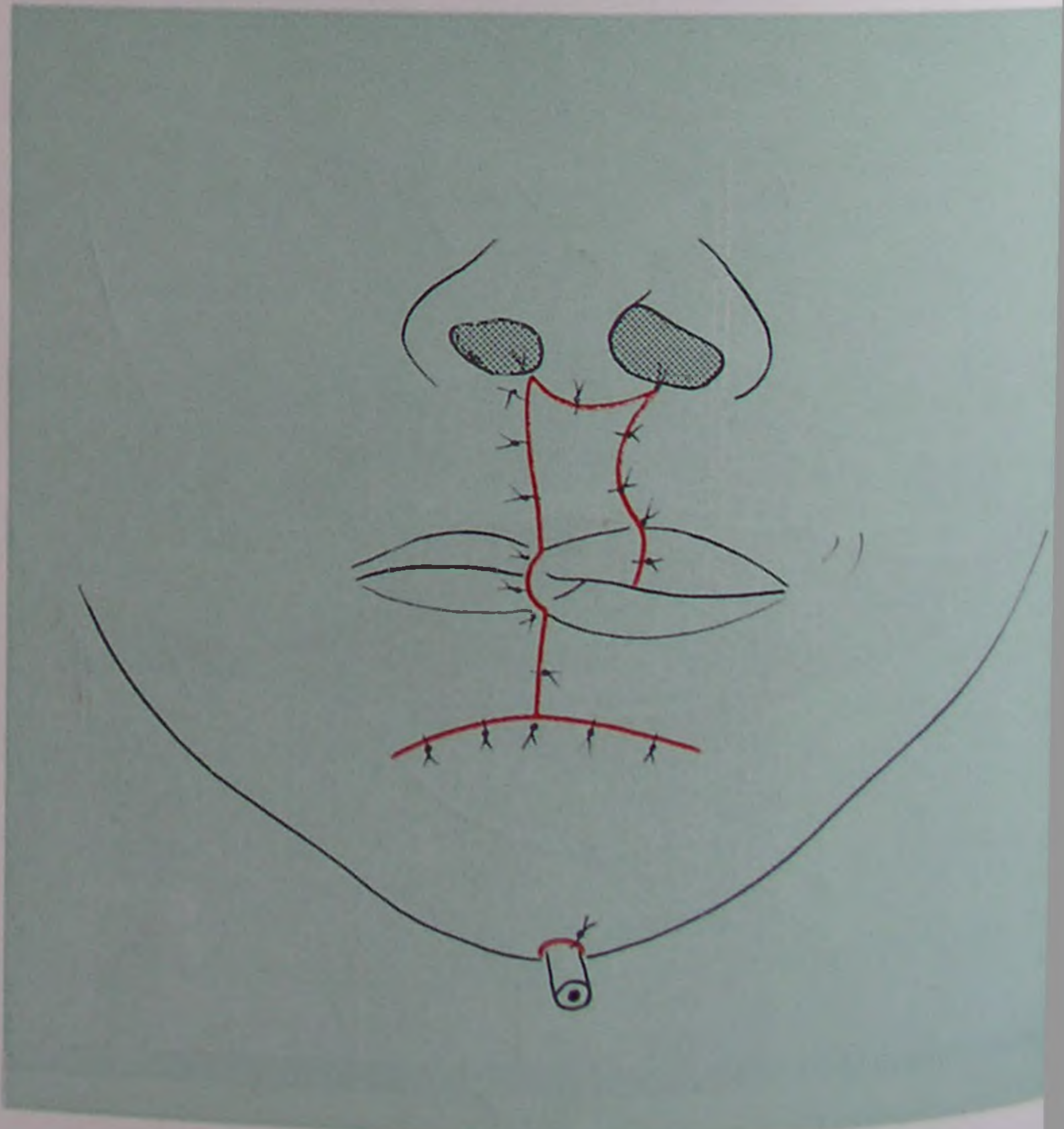
3)



(9)

3, 9. Схема подшивания лоскута Аббе к верхней губе. — 10, 11. Операция окончена. Через специальный разрез, сделанный ниже подбородка, в рану введен дренаж. — 12. Больная после излечения. — 13. Величина подбородка значительно уменьшилась, а верхняя губа стала шире. В дальнейшем у больной предпола-

(11)



(10)



...ают произвести имплантацию (12)
 крыша под крылья носа и в о-
 бласть порога ноздрей. Верхняя
 челюсть будет растянута и на нее
 будет надет неснимающийся
 мостик.



(13)

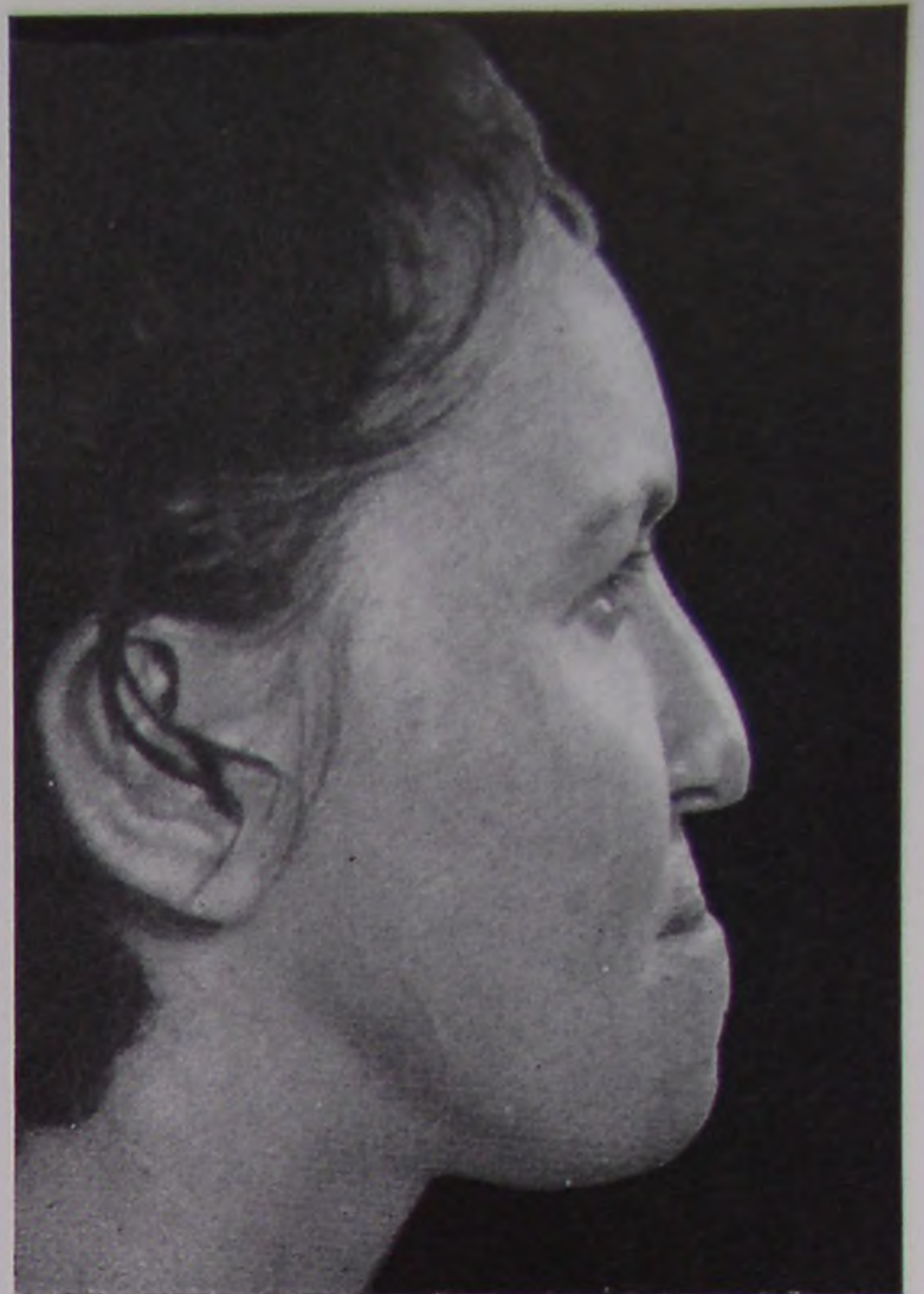
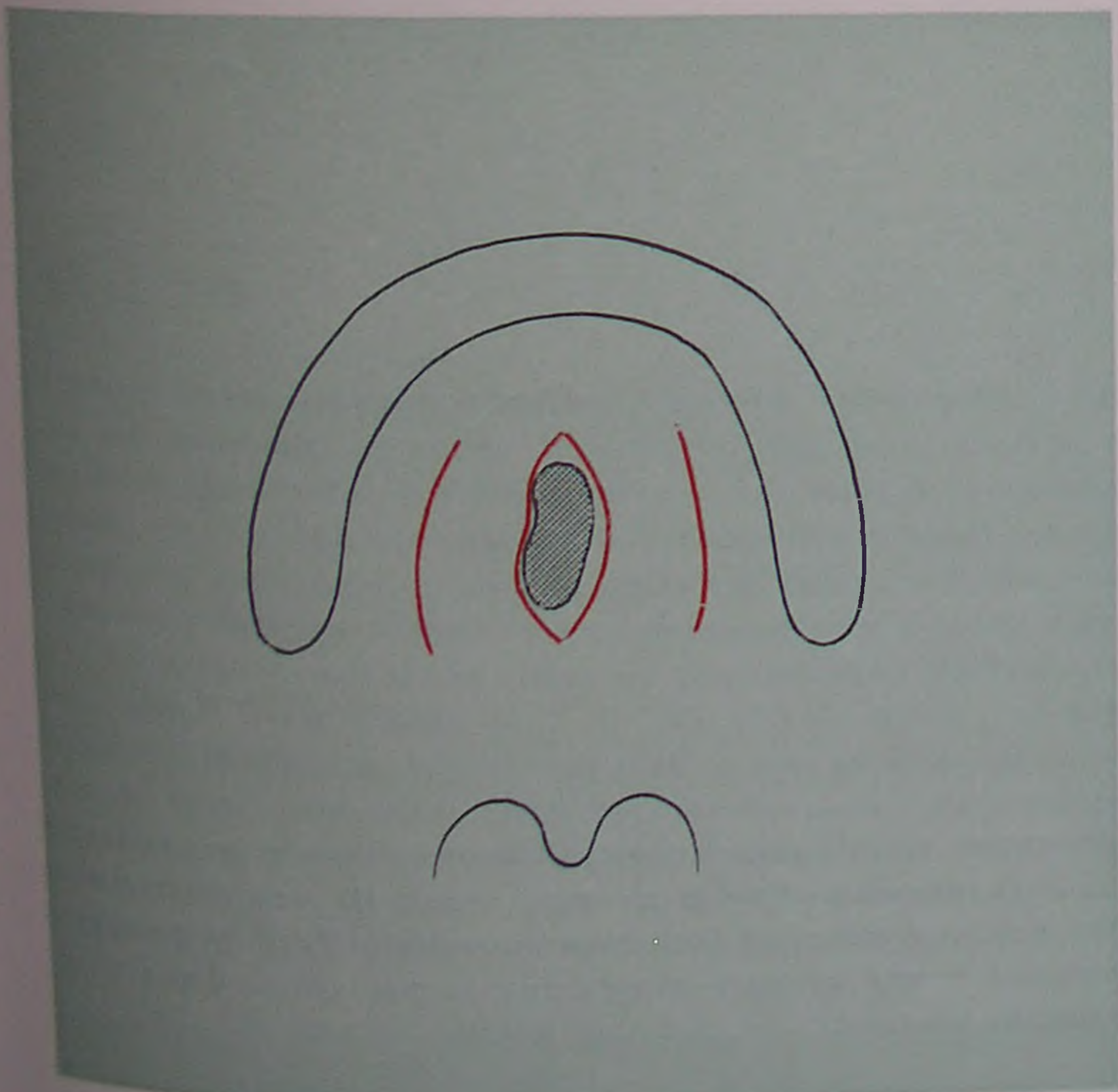


РИС. 137.

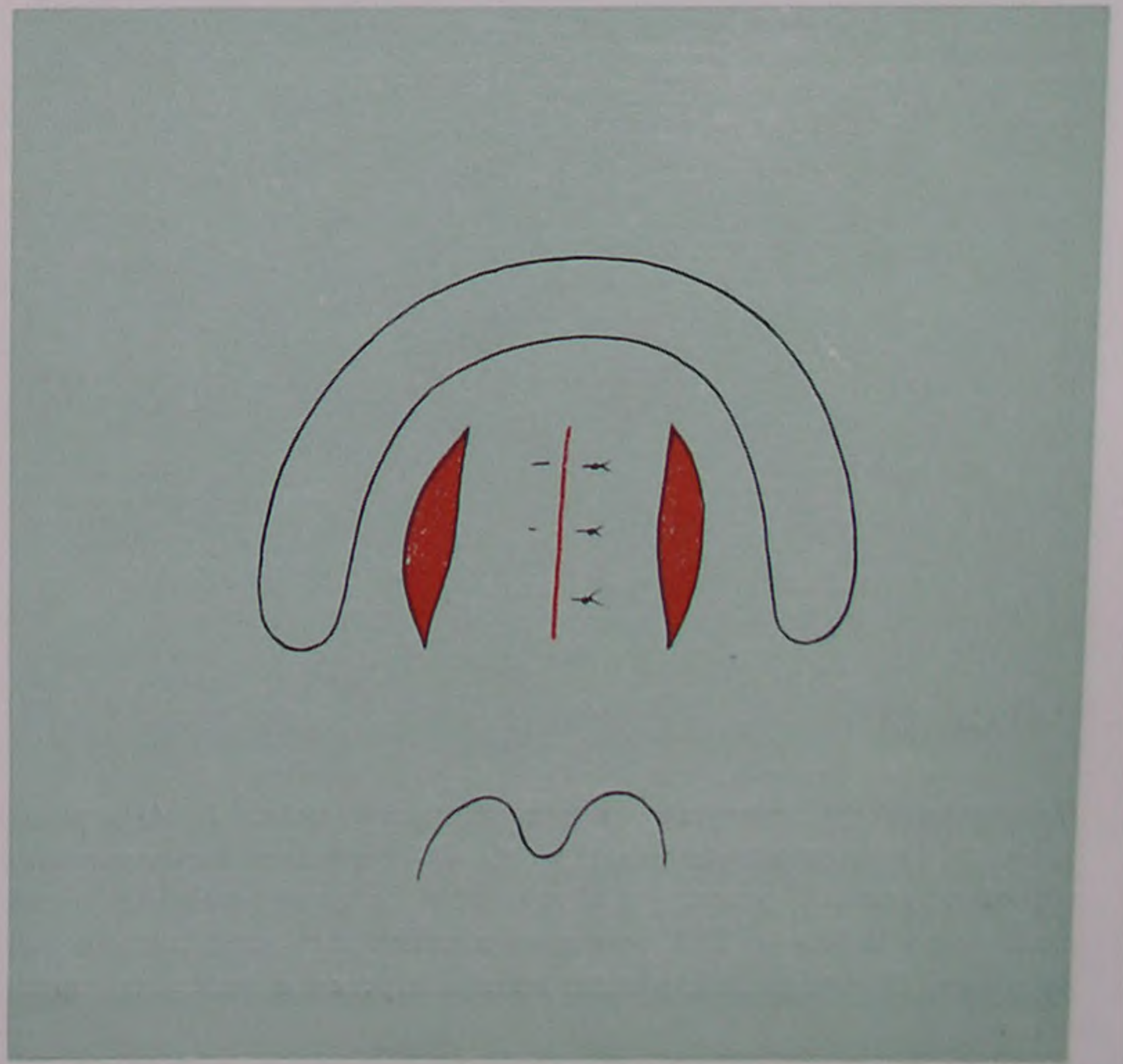
Овальное отверстие твердого, а отчасти и мягкого неба, возникшее после значительного расхождения первоначального шва. 1. Намечены боковые разрезы, предназначенные для образования продольных слизисто-надкостничных полос. — 2. После отслойки и сдвигания слизисто-надкостничных полос края дефектов осве-

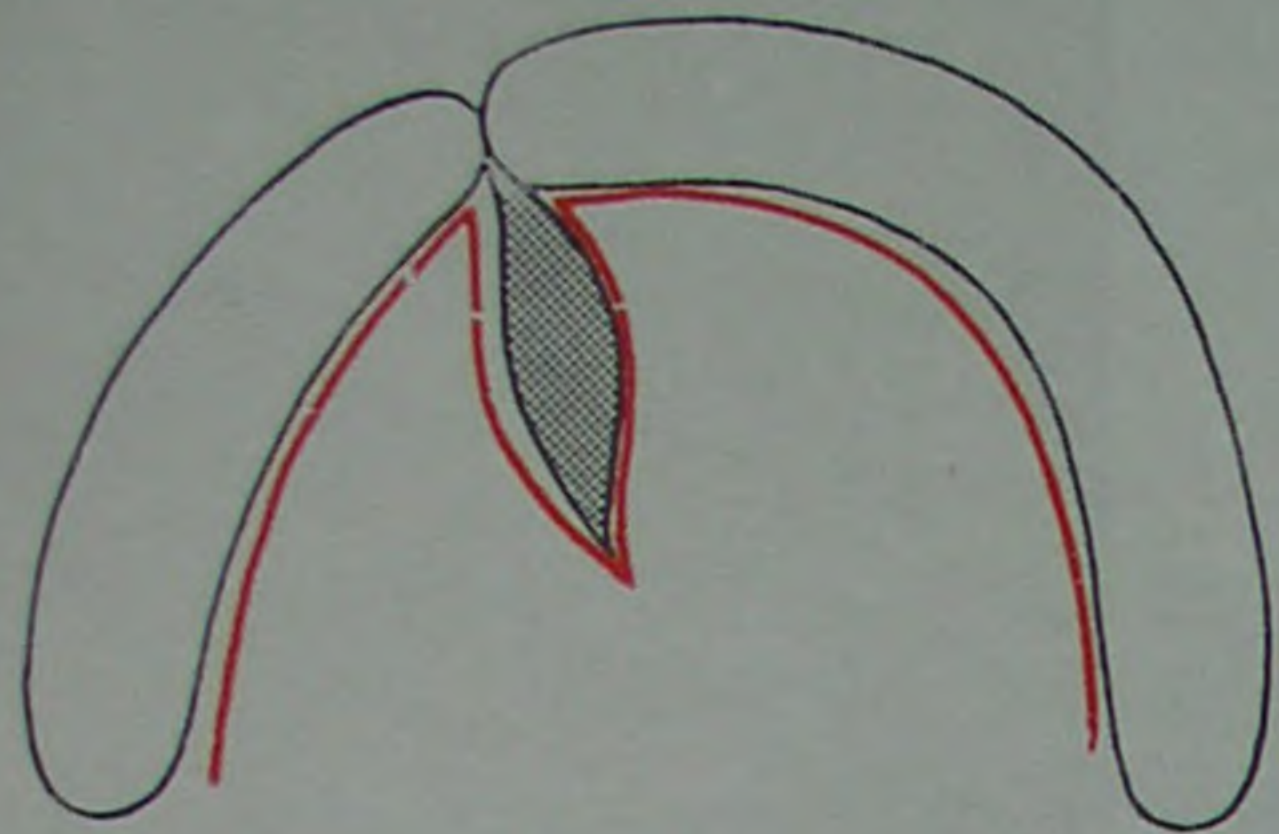
жены и сшиты вертикальными матрацными швами. На 4 дня на рану накладывают турунду, пропитанную бензойной настойкой. Концы швов, фиксирующих турунду, обматывают вокруг зубов.

(1)

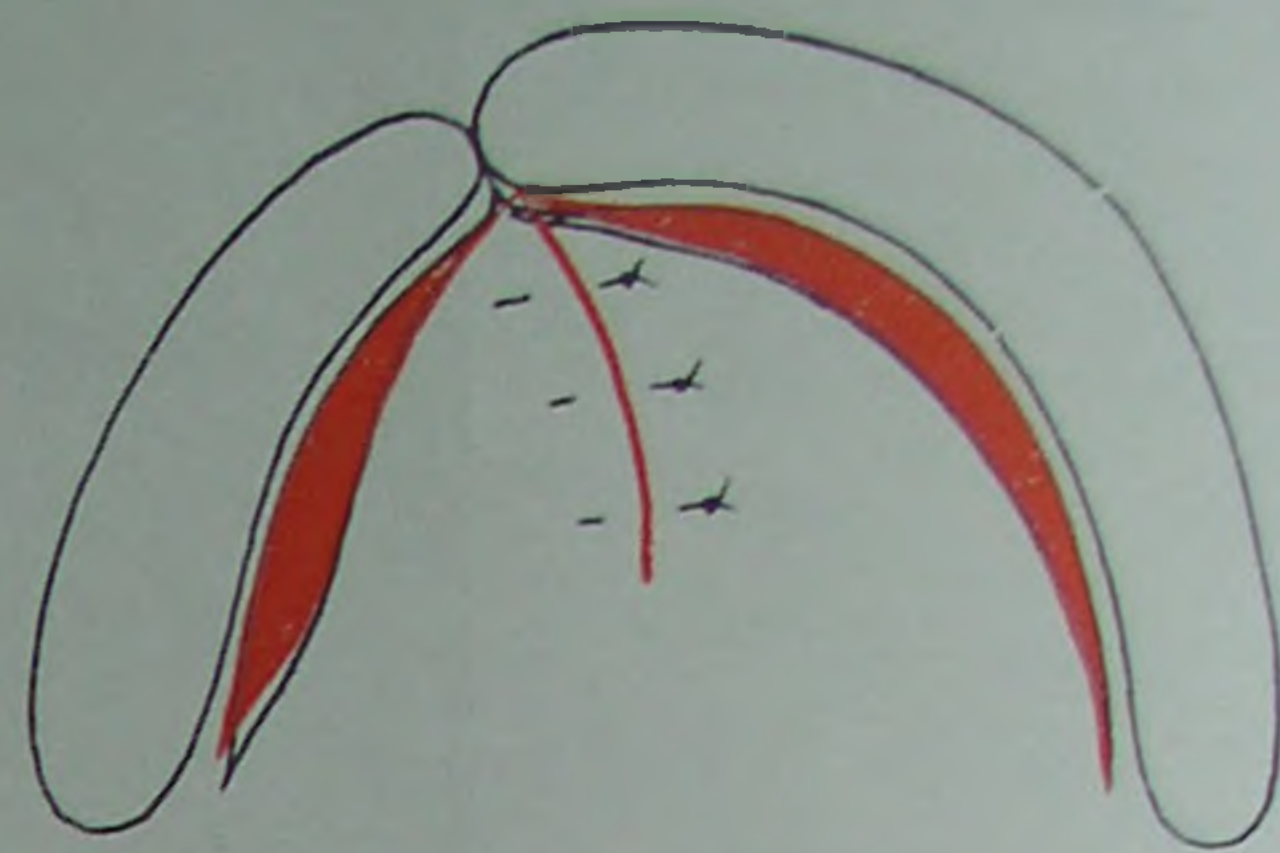


(2)





(1)

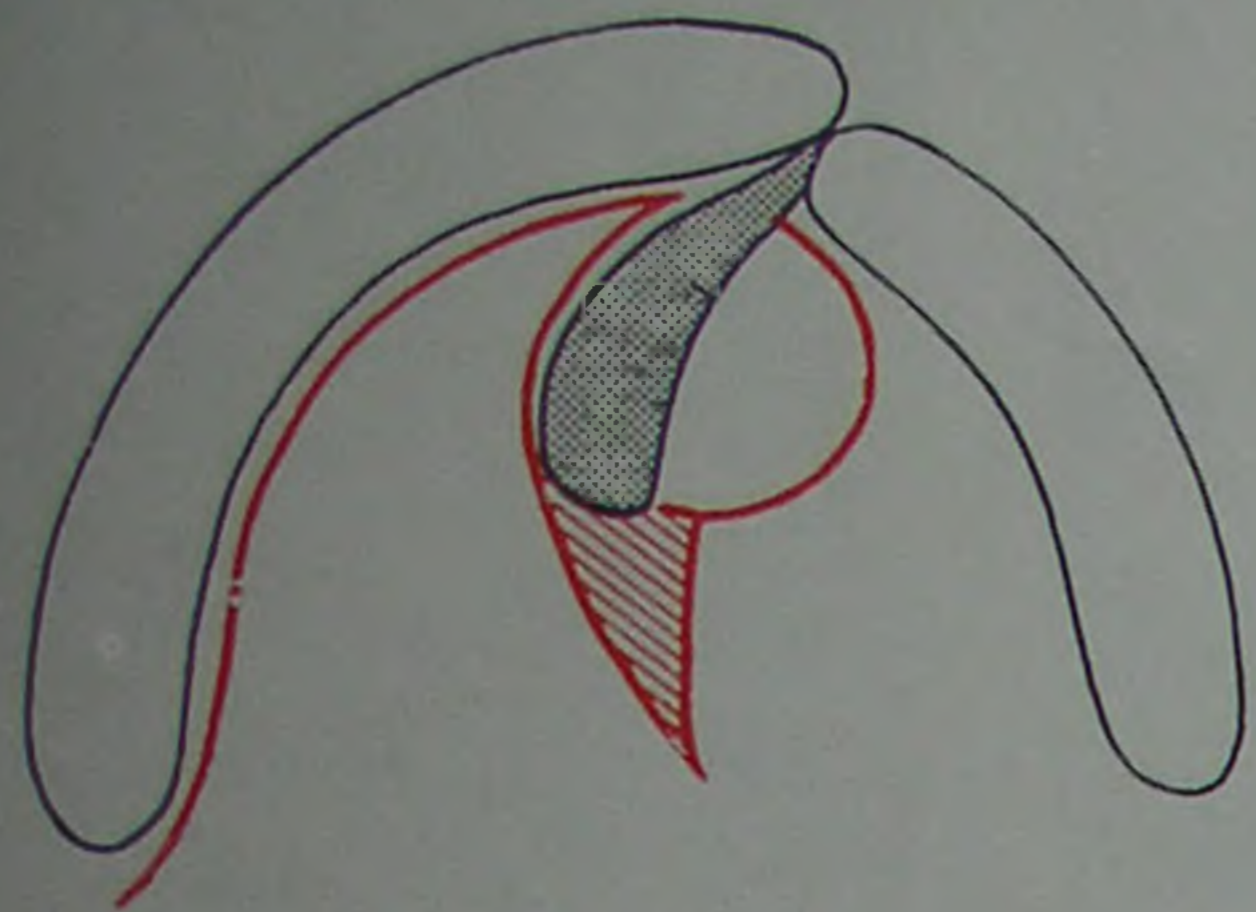


(2)

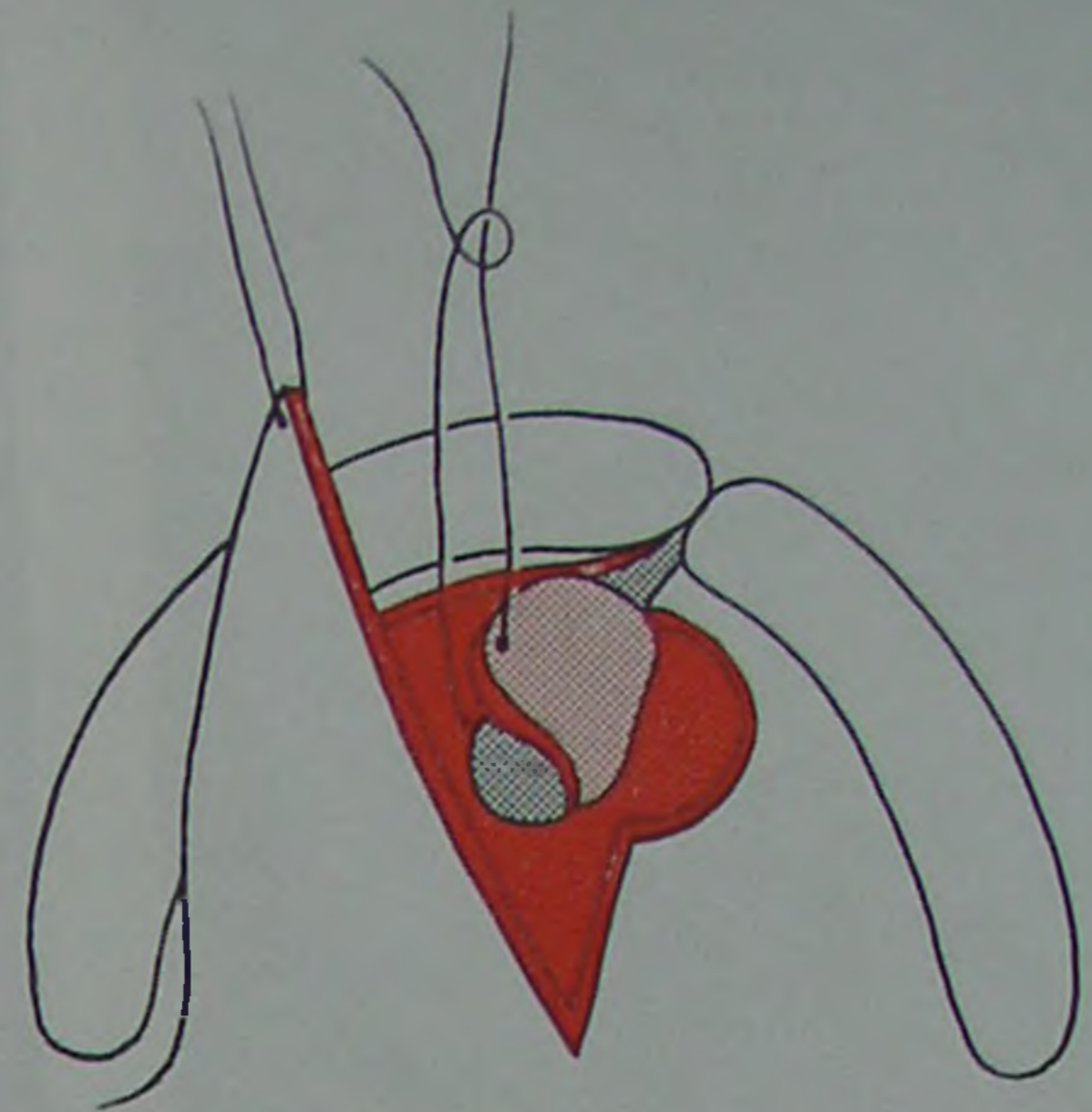
Р И С. 138.

Персистирующее отверстие передней части неба. 1. Отверстие доходит до щели в дуге челюсти. Вдоль основания альвеолярного отростка делают разрез, окаймляющий слизисто-надкостничный слой всего неба. — 2. Слизисто-надкостничный слой отслаивают от кости. Освежают внутренние края отверстия и сшивают верти-

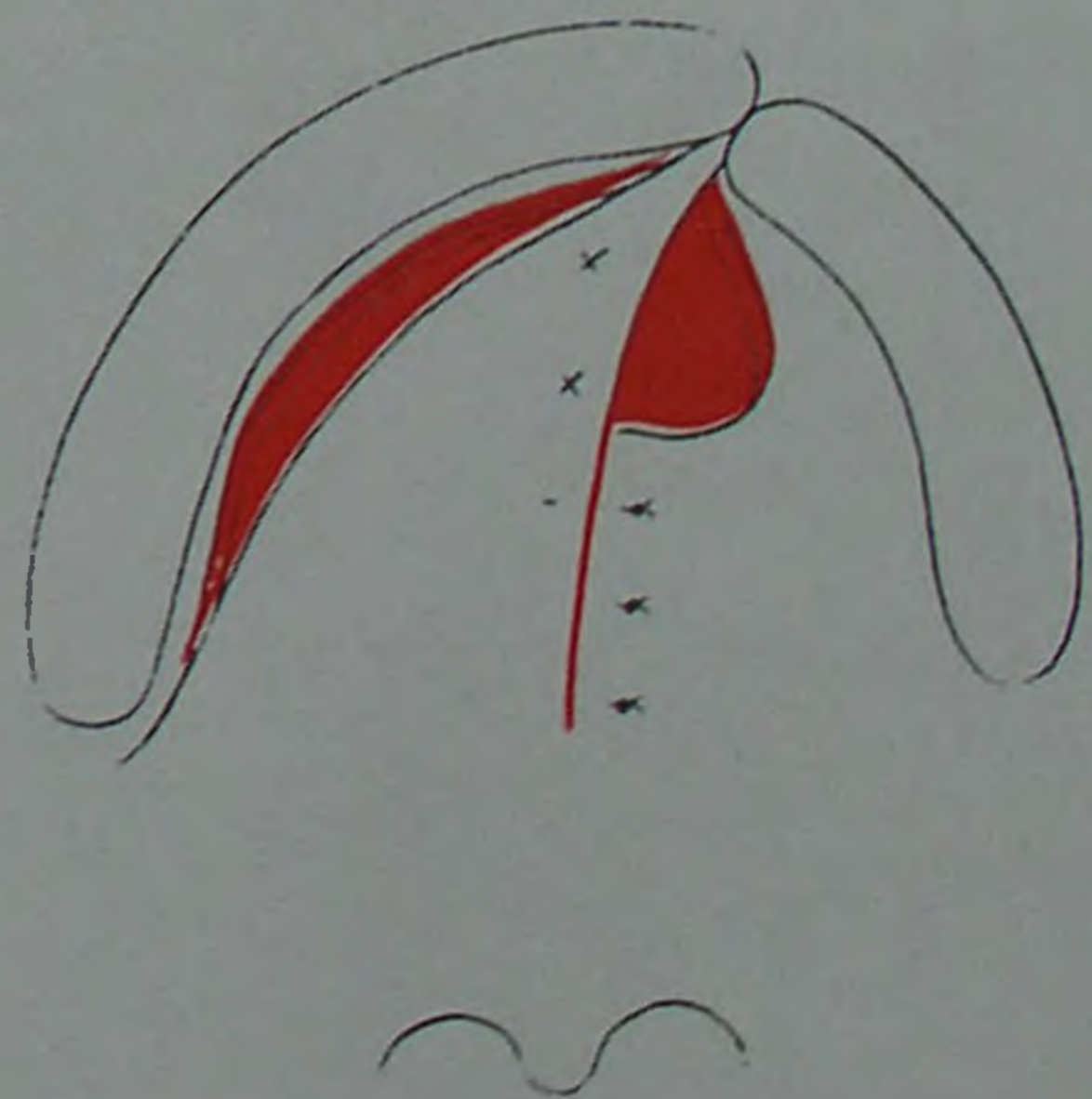
кальными матрацными швами. Затем слизисто-надкостничный слой укладывают обратно на свое место. На небо накладывают турунду, пропитанную бензойной настойкой. Турунду фиксируют нитями, концы которых обматывают вокруг зубов. Через 4 тампсы удаляют.



(1)



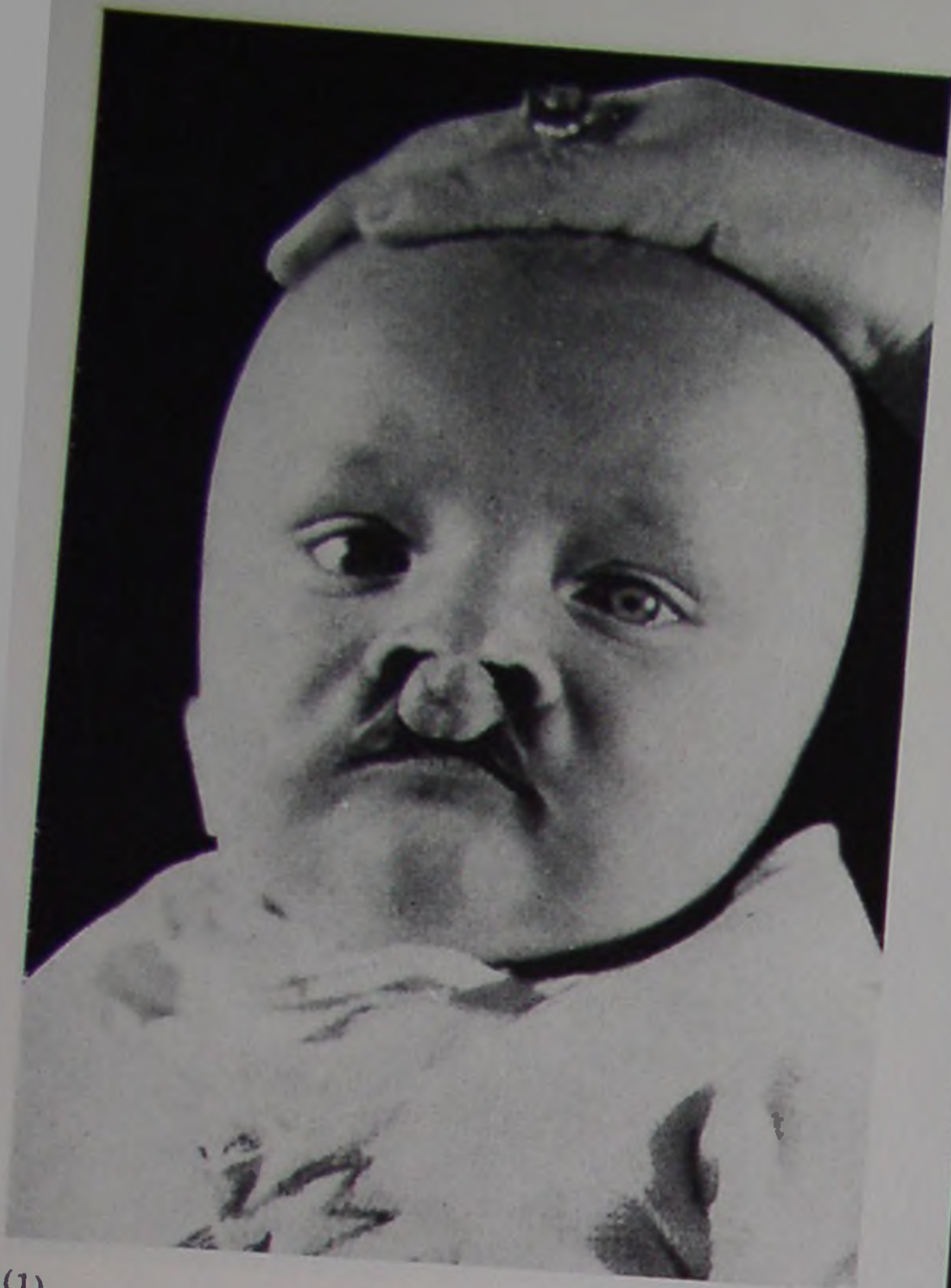
(2)



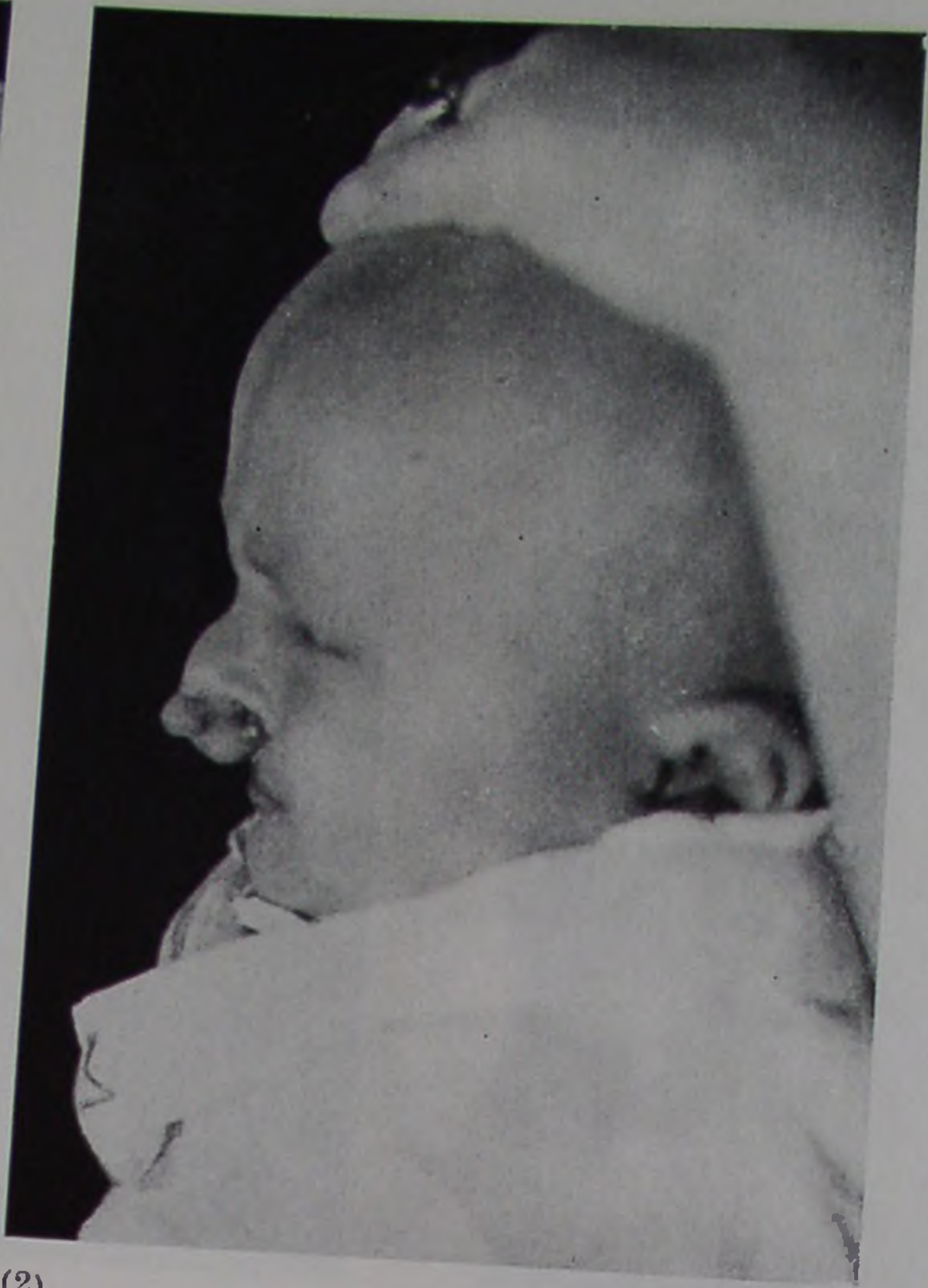
(3)

Р И С. 139.

Крупное персистирующее отверстие передней части неба. 1. На рисунке намечены очертания иссекаемого большого лоскута на правой стороне неба и второго небольшого лоскута, предназначенного для носовой поверхности, выкраиваемого с левой стороны в передней части неба. Основание этого небольшого лоскута будет находиться на краю дефекта, вокруг которого лоскут будет повернут на носовую поверхность. Поэтому рекомендуется готовить этот лоскут в два этапа. — 2, 3. Маленький лоскут повернут в дефект. Небный лоскут, выкроенный с правой стороны, перемещен после иссечения слизисто-надкостничного треугольника к дефекту. Спереди 2 матрацных шва фиксируют небный лоскут к обнаженной поверхности перемещенного маленького лоскута. Края дефекта сшивают вертикальными матрацными швами. На рану накладывают марлевую турунду, пропитанную бензойной настойкой. Оставшиеся дефекты закрываются путем эпителизации



(1)



(2)



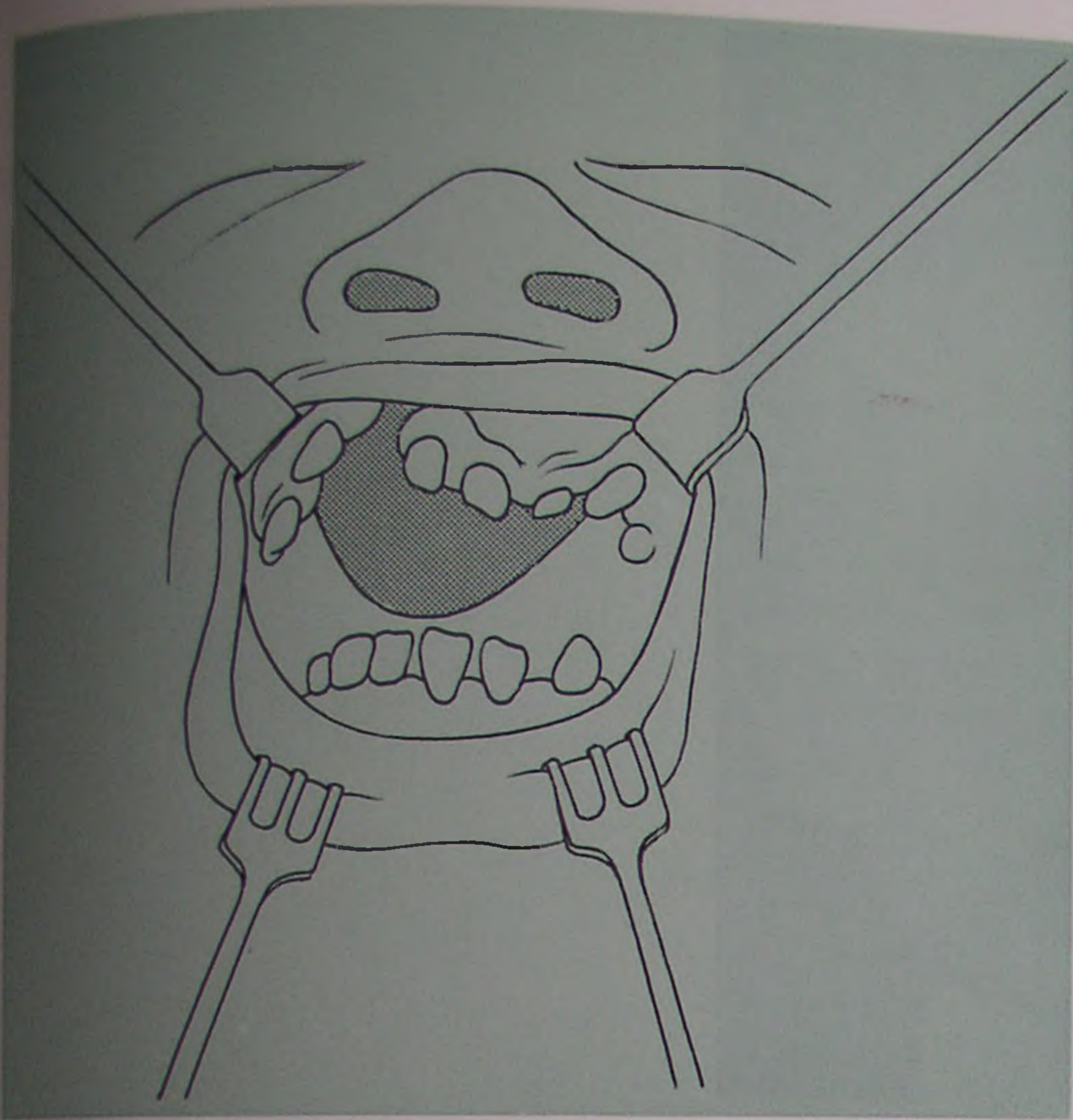
(3)

(4)

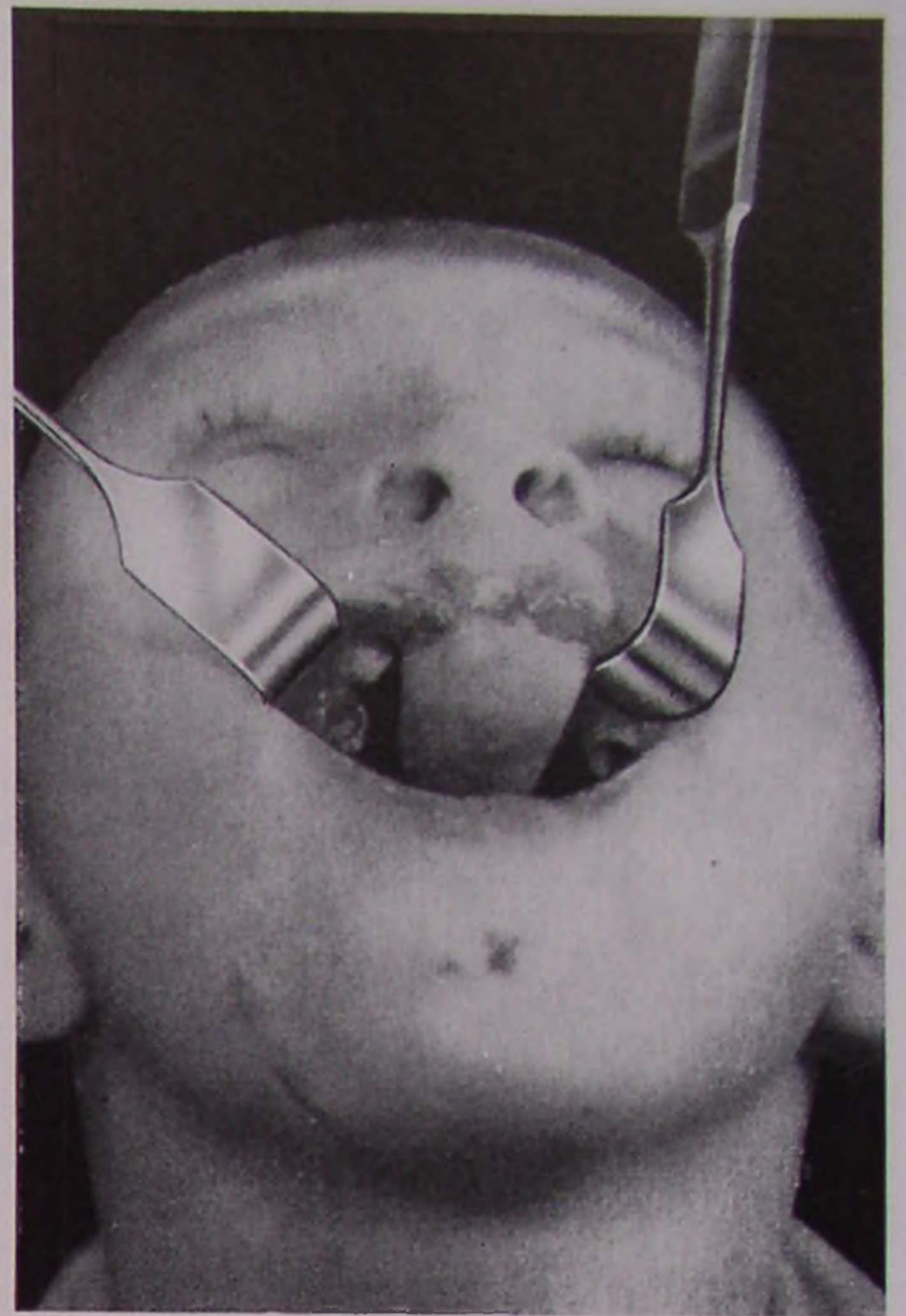


Р И С. 140.

Двусторонняя общая расщелина. Больной Л. Е., 5 месяцев, история болезни № 11781. 1, 2. Выстояние межчелюстной кости, доходящей до самого кончика носа. В возрасте 5 и 8 месяцев, больной подвергся операции на губе и передней части неба. При этом с правой стороны между полюсов челюсти был перемещен лоскут слизистой оболочки губы. — 3. Вид после опера-



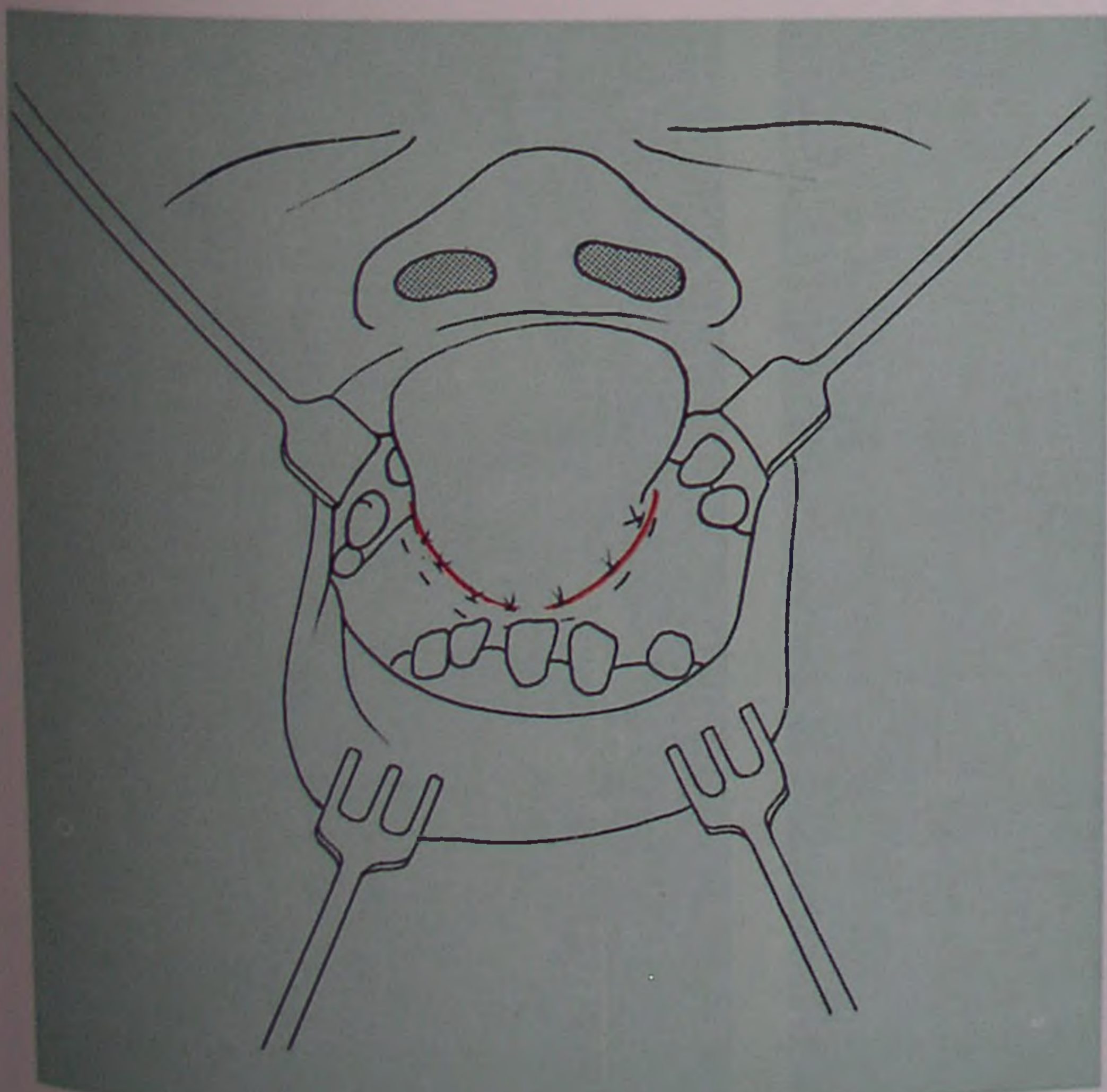
(5)



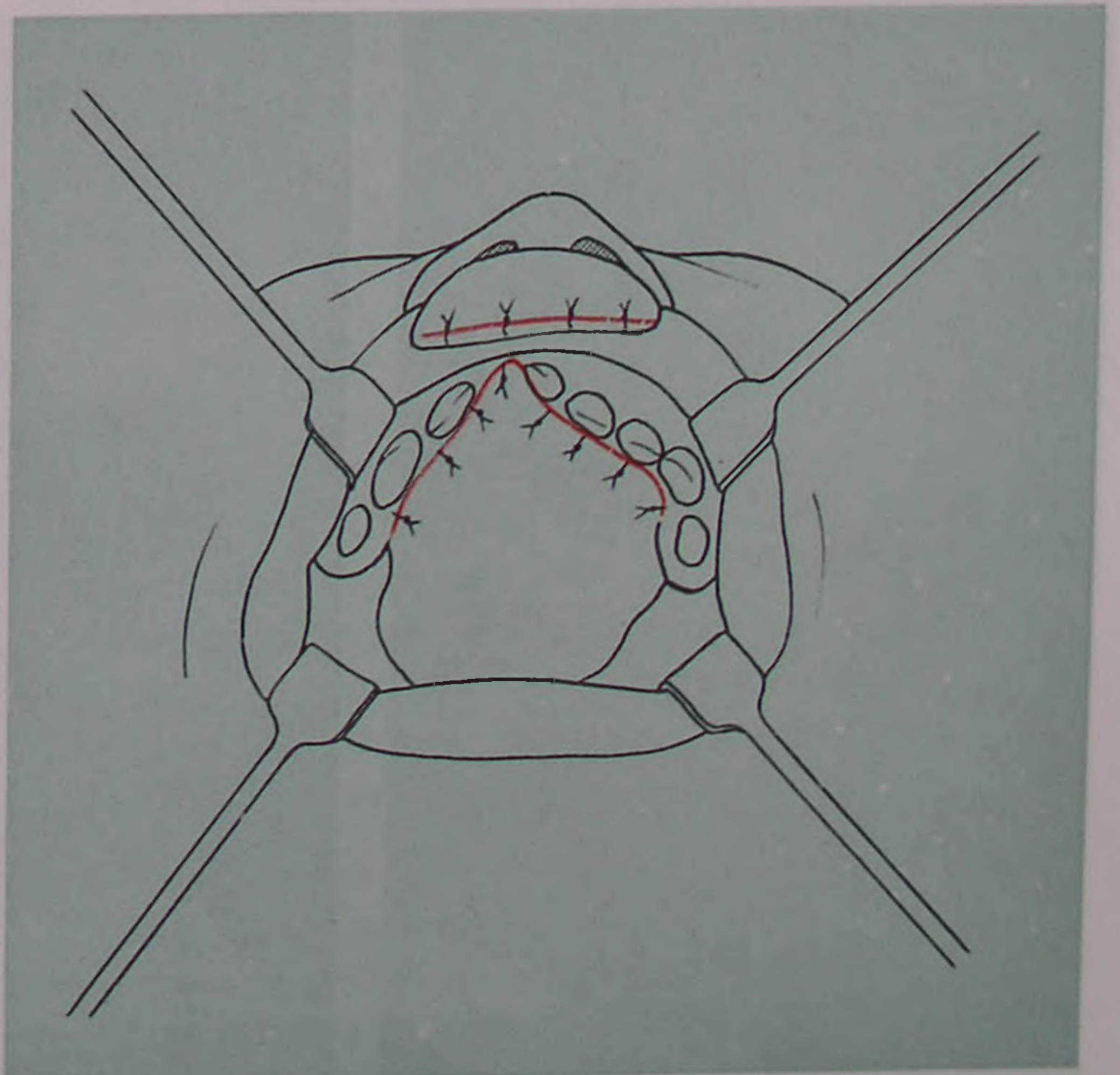
(6)

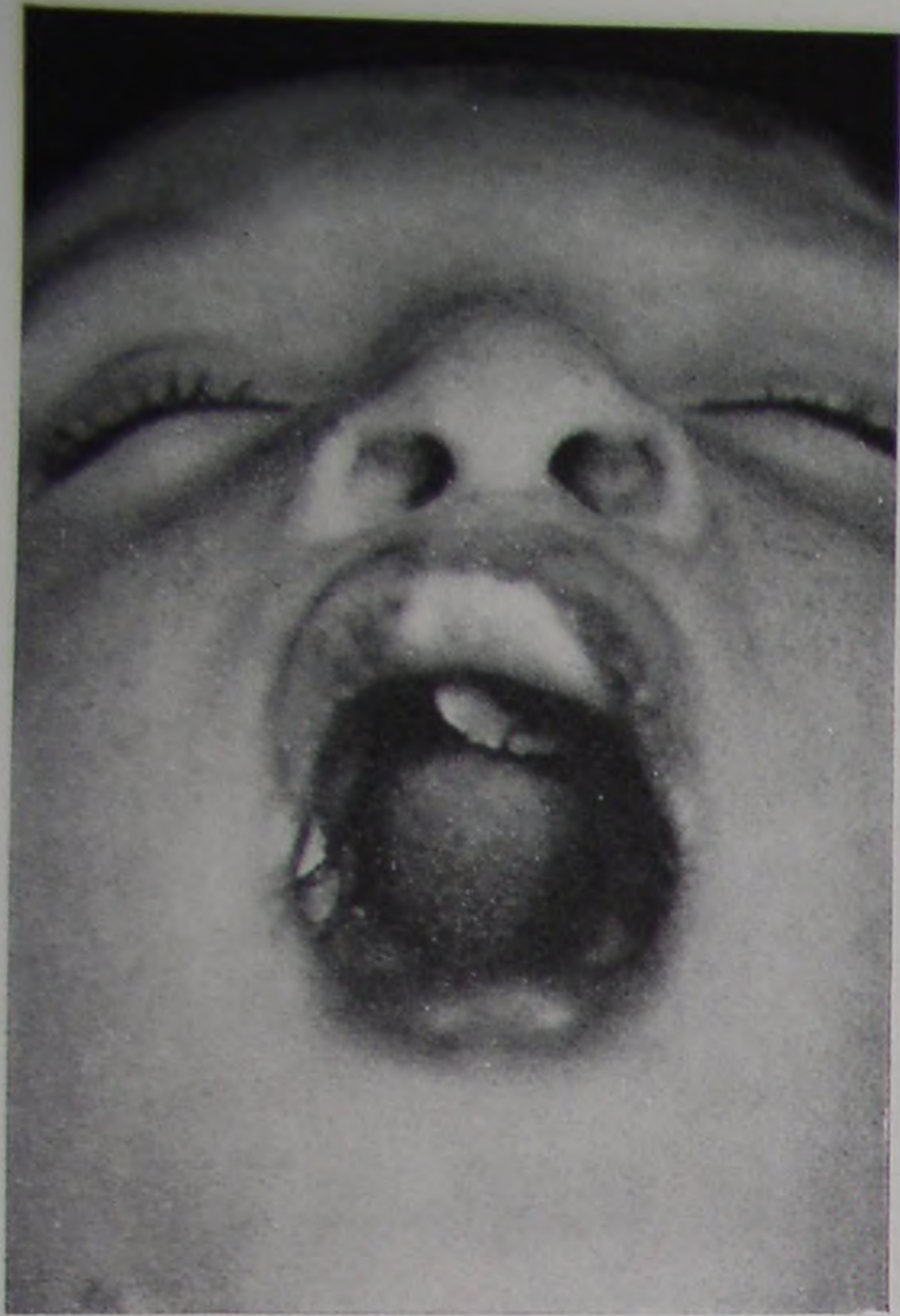
ции на губе. В возрасте 4 лет была произведена операция на небе. — 4, 5. Вся передняя половина твердого неба разошлась; в результате в этом месте образовалось широкое отверстие. — 6, 7. Для ликвидации отверстия на шее приготовлен стебельчатый

лоскут, перемещенный путем шагания через подбородок на внутреннюю поверхность верхней губы. После приживления ножка на подбородке была отсечена, и лоскут перенесен к дефекту. — 8. На схеме намечено будущее выкраивание лоскута. Небольшая



(7) (8)





(9)



(10)

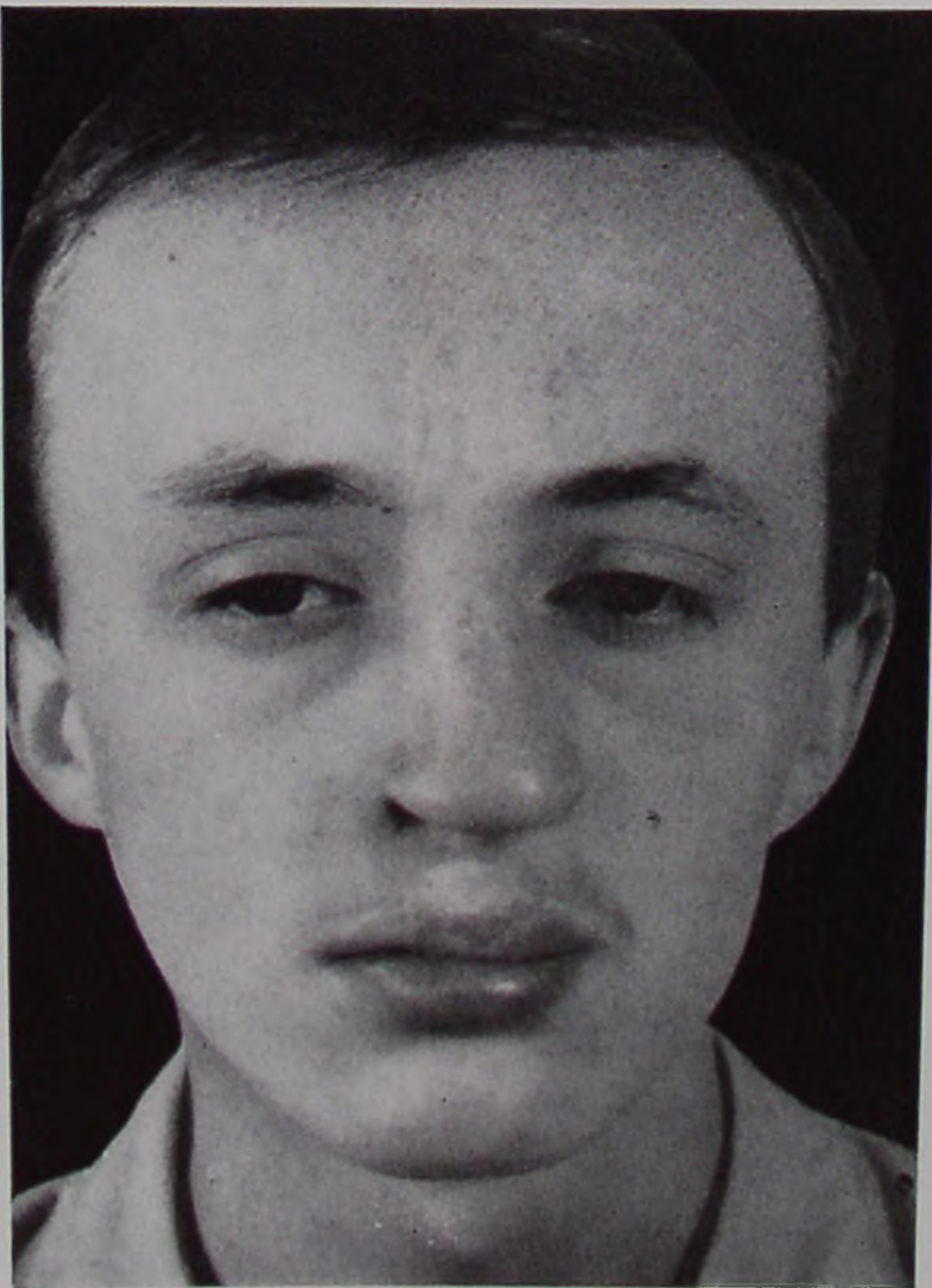
часть лоскута оставлена у верхней губы, в то время как остальная часть подшита к переднему краю отверстия в небе. — 9. Больной после заживления ран на небе и губе. — 10, 11. Маль-

чик в возрасте 8 лет. Отверстие в небе закрылось. — 12. Больной в возрасте 22 лет, после окончательного оформления губы и носа.

(11)



(12)



(13)



РЕДКИЕ ВРОЖДЕННЫЕ УРОДСТВА, БЛИЗКИЕ ПО СВОЕМУ ХАРАКТЕРУ К РАСЩЕЛИНАМ НЕБА

К этой группе врожденных уродств мы причисляем аномалии, поражающие середину лица, губы, нос и окружающие ткани и органы. Степень уродства варьирует в каждом отдельном случае, причем можно наблюдать самые различные комбинации аномалий. Так, например, приходится видеть сочетание расщелины губы на нетипичном месте с расщелиной неба типичного или совершенно атипичного характера. Некоторые из этих аномалий можно выделять в отдельные группы, где каждое из уродств обладает свойственными для всей группы качествами, выраженными, однако, в различной степени.

Сюда относятся ГЛИОМЫ, оставшиеся после носо-лобных грыж в подкожных областях лба или корня носа, далее случаи, где на носовой перегородке выявляются кистозные образования, ДЕРМОИДЫ, иногда расположенные на спинке носа свищи, из которых вырастают кисточки волос. Их каналы находятся между пластинками удвоенной носовой перегородки и переходят в образования, расположенные в области задней границы хрящевой части носовой перегородки. В этих образованиях имеются сальные железы и волосы. Их оболочки бывают связаны с твердой мозговой оболочкой при помощи соединительного тяжа, проходящего в области слепого отверстия основания черепа (р и с. 141, 142).

БОКОВЫЕ РАСЩЕЛИНЫ, которые называют поперечными расщелинами (*macrostoma*), бывают одно- или двусторонними и отличаются определенным своеобразием, в особенности в тех случаях, если не сочетаются с другими аномалиями. При этих расщелинах щека разделена щелью, идущей от угла рта на различное в латеральном направлении расстояние. Разделенным оказывается и мышечный угол, в котором к круговой мышце рта присоединяются некоторые вспомогательные мышцы. Данная аномалия часто сочетается с расстройством развития органов, возникающих из хряща Мекеля, т. е. ушной раковины, среднего и внутреннего уха и нижней челюсти. Эти изменения сочетаются с различно выраженной гипоплазией той же половины лица, на которой имеется боковая расщелина, с дефектами вертикальной ветви нижней челюсти, угла или горизонтального ее отдела (р и с. 144, 145).

КОСЫЕ РАСЩЕЛИНЫ разделяют верхнюю губу не в типичном месте, а латеральнее края филтрума, окаймляют крыло носа или просто его пересекают наискось вверх в виде жолобка, трещины или дефекта кожи. Расщелины доходят до внутренней трети нижнего века, образуя здесь различ-

ную по глубине и ширине колобому. Нередко приходится одновременно наблюдать и колобому верхнего века и радужной оболочки (р и с. 147—149).

Далее встречаются случаи неполных неправильных расщелин мягких тканей и черепа, расположенных вокруг головы и лица, и разделяющих часть окружности головы; иногда борозда распространяется и на мозг. На губе при этом приходится наблюдать расщелины неправильной формы и смещения отдельных частей, на крыле носа — дефекты и деформации. В этих случаях приходится сталкиваться с цельными длинными амниотическими тяжами или их остатками, вросшими в края трещины. На конечностях, кистях и пальцах, приходится наблюдать циркулярные перетяжки или даже ампутации различных по величине частей. Дети с такого рода уродствами в большинстве случаев рождаются мертвыми или вскоре после рождения умирают.

Сюда, наконец, следует отнести группы особых аномалий, так называемых СИНДРОМОВ, при которых тяжелые пороки развития встречаются на нескольких органах лица и других частях тела с определенной закономерностью. Некоторые из этих аномалий или осложнения, сопровождающие их, требуют пластической операции.

DYSMORFIA FRONTONASALIS CONGENITA. При этом виде уродства имеются дефекты лобной кости, над которыми подкожно образуются глиомы в форме весьма заметных валообразных возвышений, выступающих из боковых отделов корня носа по направлению ко лбу и распространяющихся далее кверху, пересекая границу волосистой части головы. Граница волосяного покрова имеет неравномерно пилообразную форму с отдельными, далеко выступающими в область лба, зубцами. На крыльях носа бывают типичные колобомы.

«ЛИЦО СВИСТУНА» (WHISTLING FACE). Под этим названием понимают аномалию лица, сочетающуюся с общим атрофическим полимиозитом и значительным поражением мимических мышц, главным образом щечной мышцы. Средние участки лица очень тонки, словно образованы только за счет кожи и слизистой оболочки, губы выпячены вперед, на конечностях выявляется атрофия различной степени, несимметричное укорочение, на пальцах рук — камптодактилия (р и с. 154).

Другим таким синдромом является СИНДРОМ ФРАНЦЕСКЕТИ (Franceschetti), который характеризуется гипоплазией скуловых частей в сочетании с атрофией и деформацией ушных раковин, среднего уха, наличием перепончатых складок кожи и расщелиной неба.

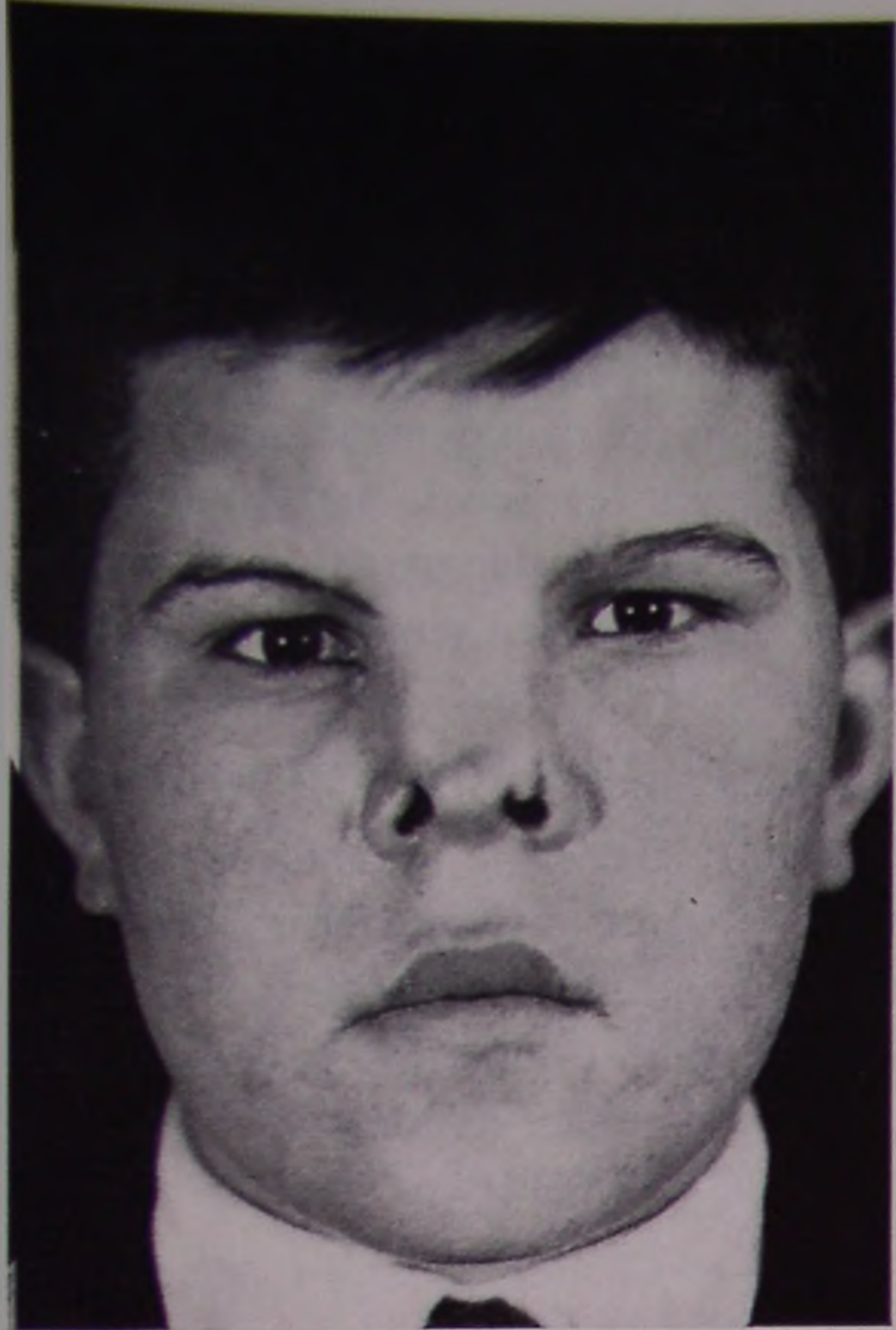
При БОЛЕЗНИ БОННЕВИ-УЛЬРИХА (Bonnevie-Ulrich) наблюдаются эпикантусы, деформация ушных раковин и pterygium colli.

БОЛЕЗНЬ КЛИППЕЛ-ФЕЙЛА (Clippel-Feil) тоже характеризуется наличием pterygium colli, иногда расщелинами, деформациями ушных раковин; при этом синдроме требуется пластическая операция.

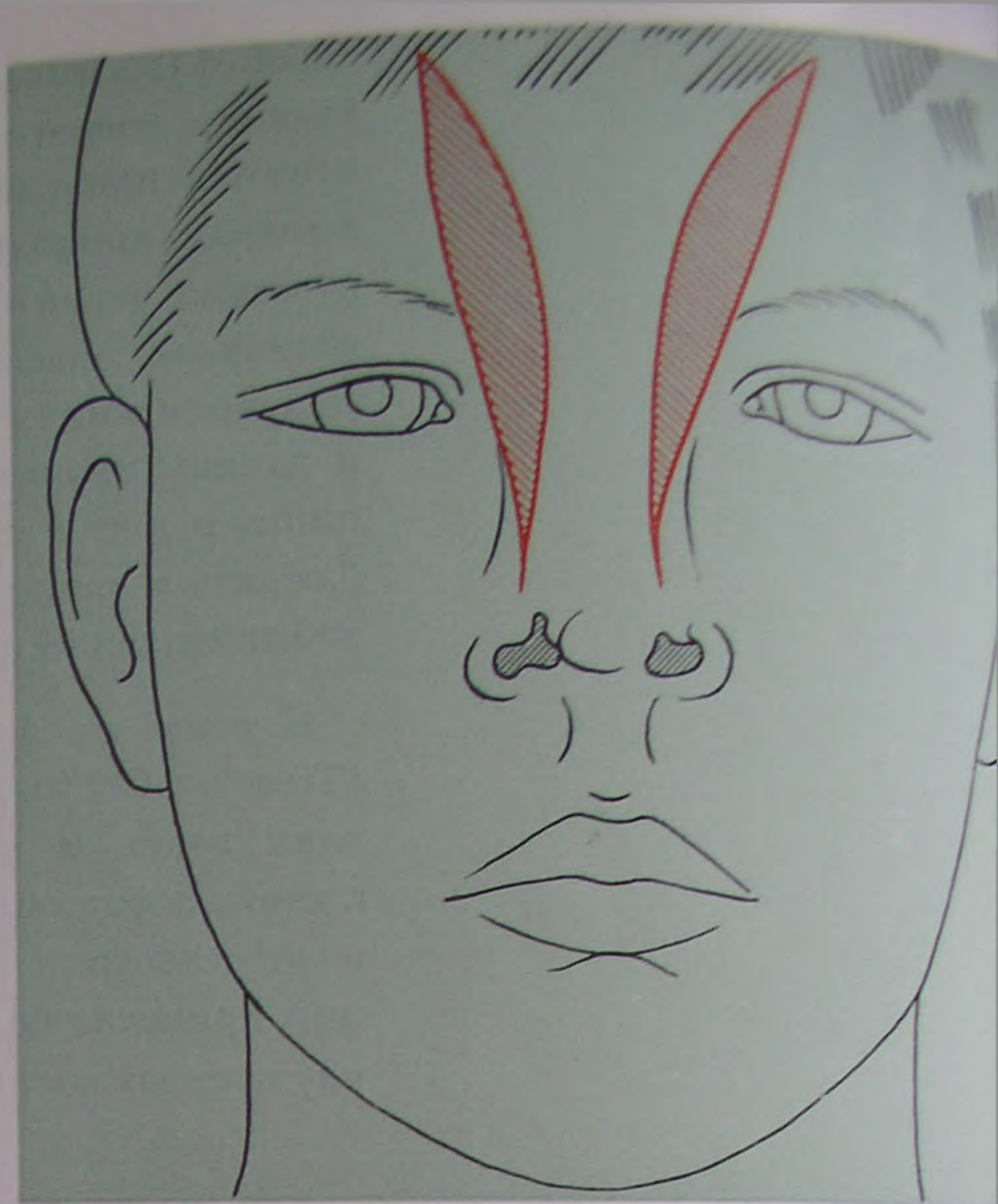
Известны еще некоторые синдромы, при которых наблюдаются на лице значительные аномалии. Так, например, при БОЛЕЗНИ АПЕРТА (Apert),

акроцефалосиндактилии, довольно часто наблюдаются расщелины неба, требующие оперативного вмешательства даже в том случае, если у ребенка имеются признаки дебильности, так как наличие расщелин у таких детей, которых приходится помещать в специальные медучреждения, сопряжено с весьма значительными затруднениями в смысле питания больных детей; возникают опасные ситуации, с которыми медицинский персонал в таких медучреждениях с трудом справляется. Восстановление неба преследует в данном случае главным образом цель воспрепятствовать проникновению пищи в нос и облегчить уход за такими детьми. Приходится, однако, наблюдать и такие случаи, когда интеллект ребенка бывает нормальным; тогда восстановление неба становится делом большой важности.

К этим же аномалиям относится и БОЛЕЗНЬ ТРИЧЕРА-КОЛЛИНСА (Treacher-Collins) (*dysostosis mandibulofacialis*). Болезнь в некоторых случаях ведет к резко выраженной деформирующей гипоплазии скуловых костей, деформации ушных раковин или образованию перепончатых складок кожи в области шеи. Операции с целью устранения этих тяжелых деформаций приносят больному значительное психическое облегчение и способствуют улучшению состояния этих больных (рис. 152, 153).



(1)



(2)

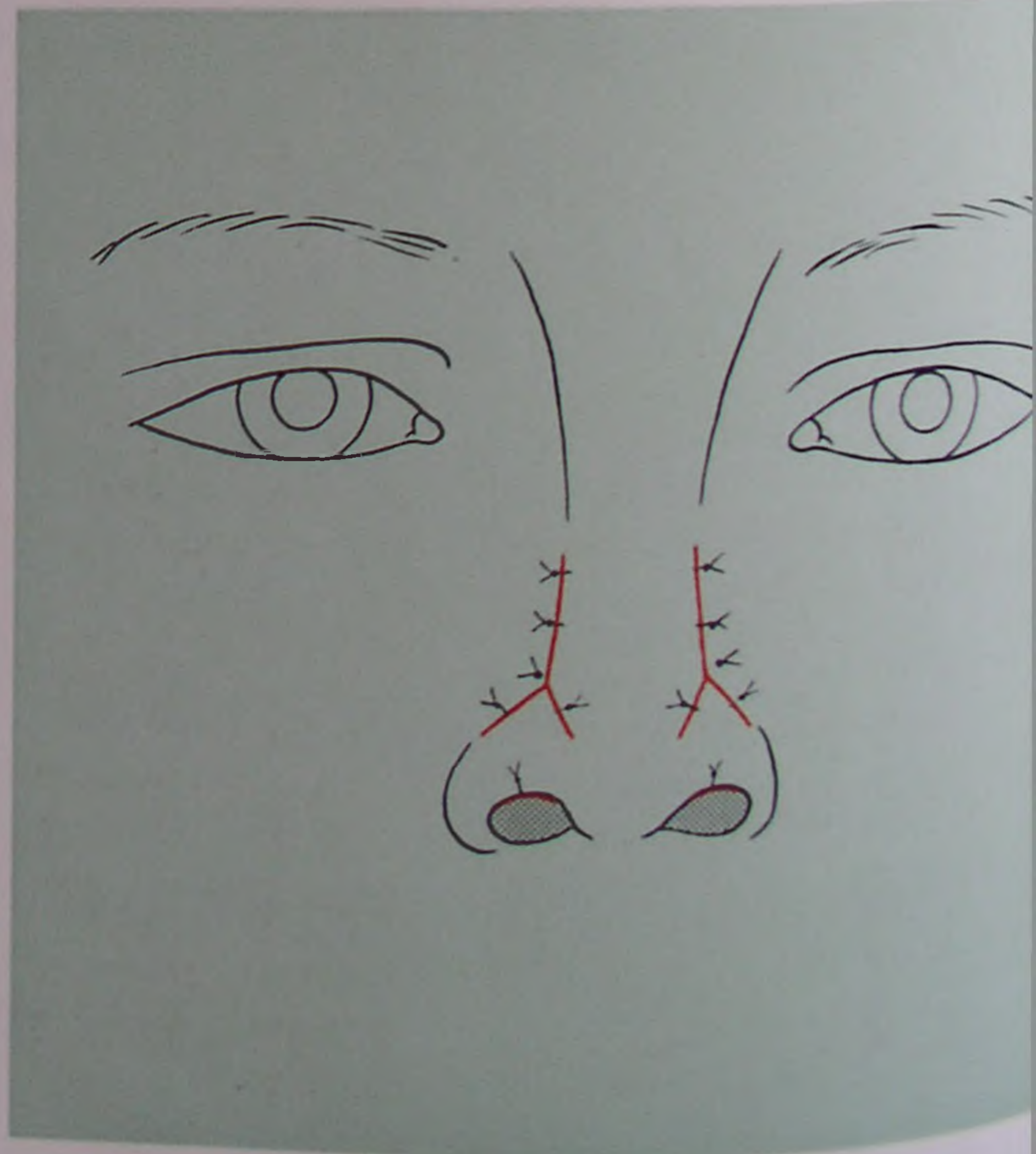
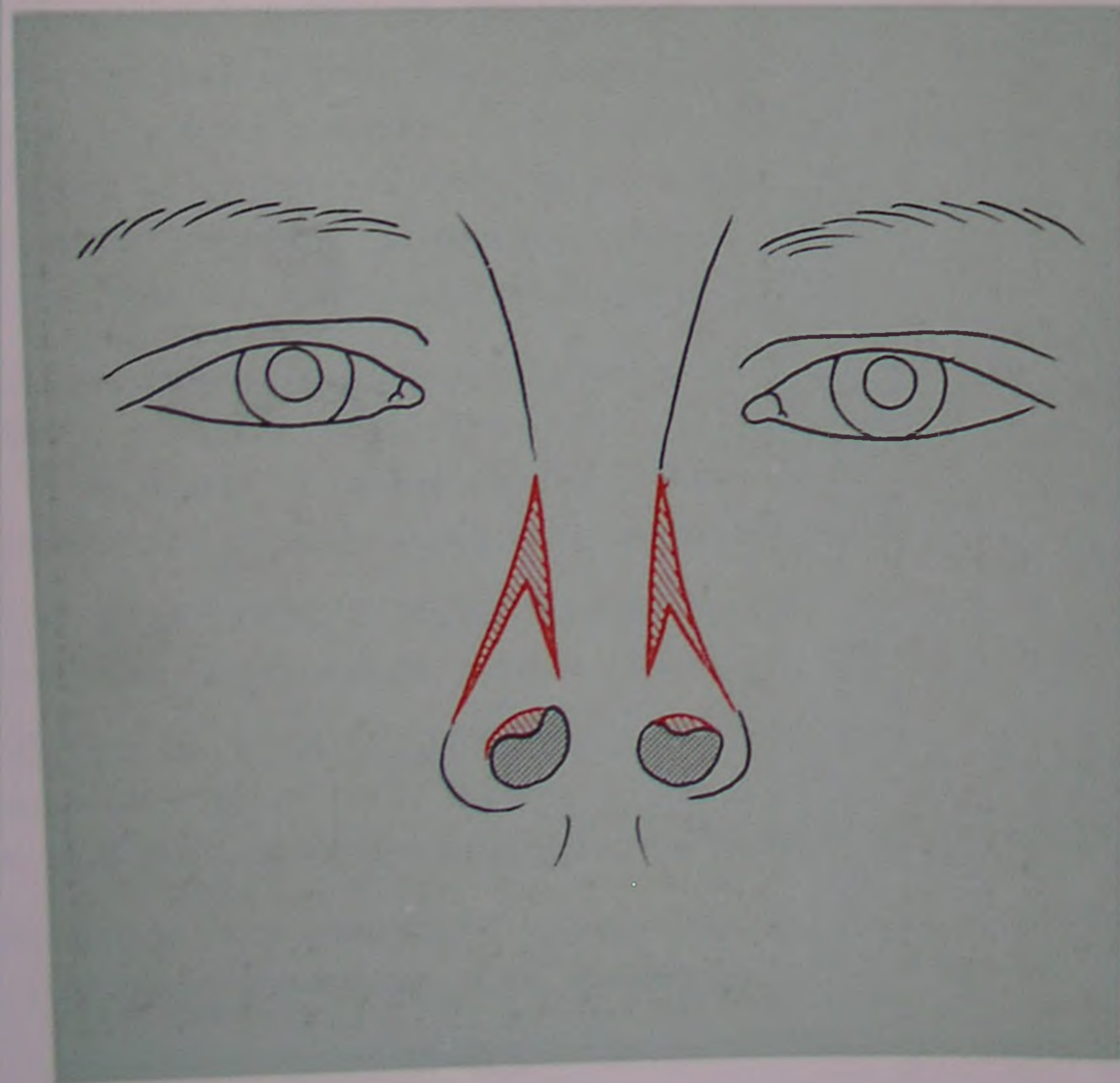
Р И С. 141.

Лобная глиома, образовавшаяся после мозговой грыжи; колобома крыльев носа. Больной О. Б., 20 лет, история болезни № 4722. 1. Нос очень широкий, в особенности в области корня.

(3)

Чрезмерная ширина обусловлена избыточной кожей и слоем подкожной клетчатки. Из этой области исходят стороны кверху и в латеральном направлении кожные имеющие вид вала, пересекающие брови и лоб и на- щиеся к волосистой части головы, граница которой имеет образные очертания. На обеих крыльях носа, у передне-

(4)



имеются разные по величине и по форме колобомы. — 2. Схема оперативного удаления кожных складок со лба. Произведено иссечение веретенообразных кожных лент и большого количества ткани особой структуры, которую при гистологическом исследовании охарактеризовали как глиоматозную. — 3, 4. Операция по поводу колобомы: сближение кожных треугольных лоскутков и шов в виде перевернутой буквы «У». — 5. Больной в возрасте 22 лет, после ряда небольших оперативных вмешательств.



РИС. 142.

Лобная глиома, образовавшаяся после мозговой грыжи. Больная С. К., 16 лет, история болезни № 19 666. 1. Аномалия того же типа, что и на рис. 141. Корень носа не столь широк; на лбу,

кроме двух боковых складок, имеется еще одна средняя. Колобомы крыльев носа несимметричны, неправильных очертаний, на левой стороне недостает всей передней половины крыла носа. Операция произведена в несколько этапов, как у больного на рис. 141. — 2, 3. Больная в возрасте 20 лет, спустя год после последней операции.





1)



(2)



(3)

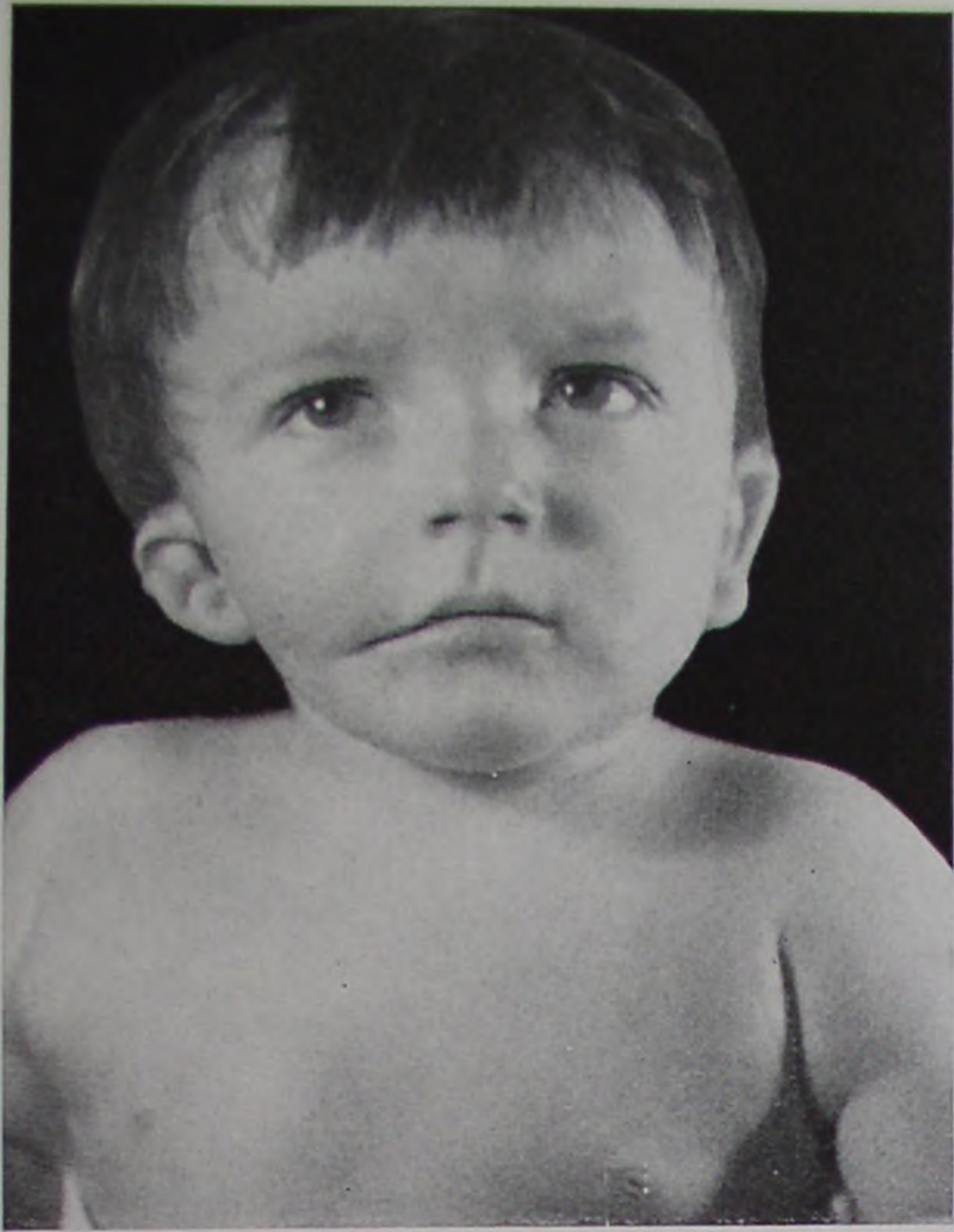
Р И С. 143.

Атипичное уродство: гиперостоз, эпикантусы, смещение книзу внутренних углов глаз, расхождение носовых костей. Больная

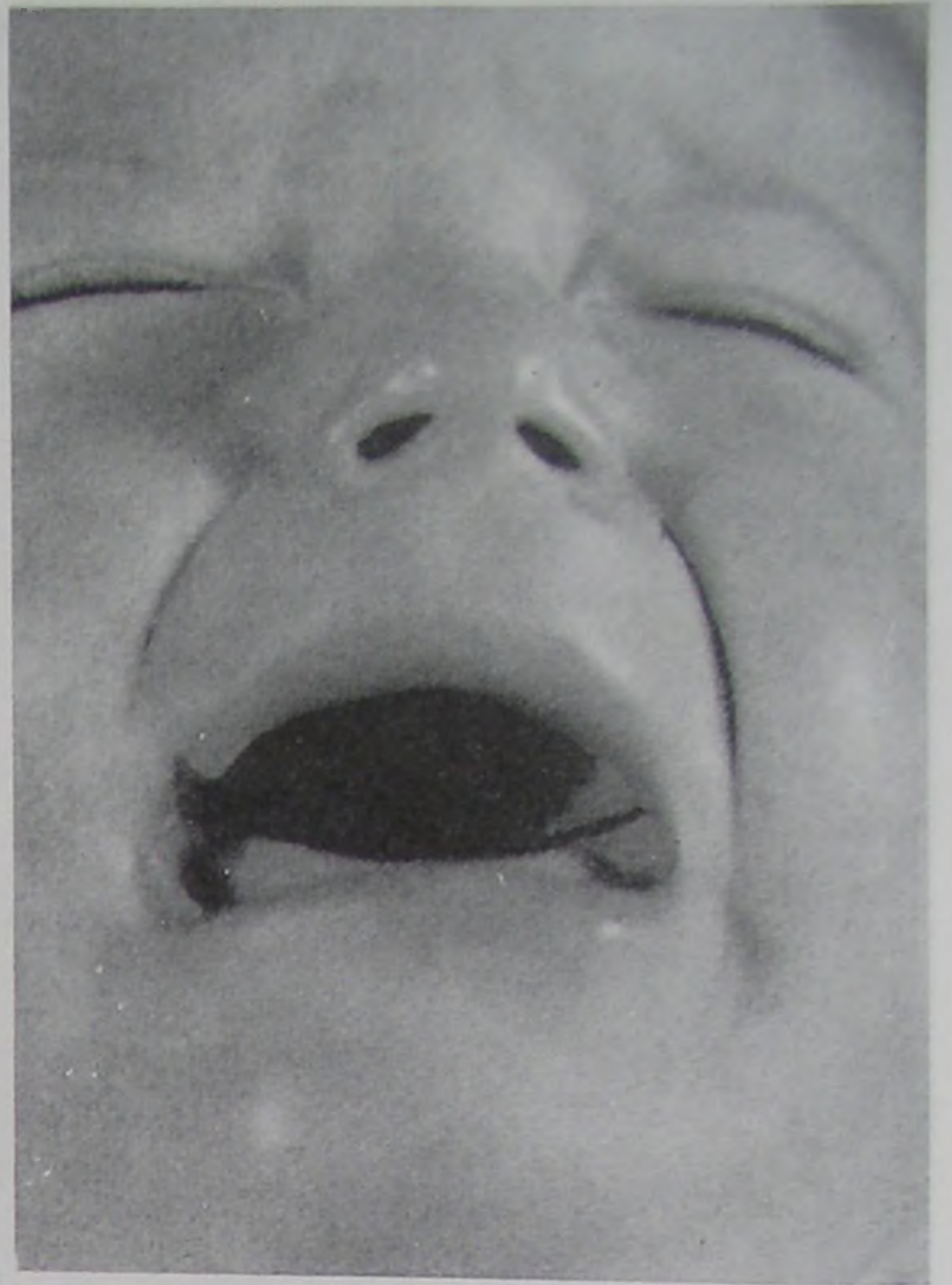


(4)

П. Р., 32 лет, история болезни № 20 713. 1. Спинка носа в области корня смещена в левую сторону, с правой стороны с боковой поверхности носа поднимается на лоб костный вал. — 2. На правом крыле носа полукруглая колобома. Крыльчатый хрящ и хрящ алчичка носа с правой стороны расположены в одной из высоких складок, направляющейся к внутреннему углу глаза. Бровь разнита очень слабо и расположена несимметрично. На надпереносье произведена перестановка лоскутов треугольной формы, сделаны разрезы на боковых поверхностях носа, идущие к крыльям, кожа отсепарована от скелета. Удален долотом костный гребень, перекидывающийся с правой стороны в виде моста над вдавлением, расположенным ниже надпереносья, продолжена левая боковая поверхность носа и осуществлена связь с лобной костью. Устранена деформация носа и произведена его фиксация по средней линии надкостничными швами. На эпикантусах произведено перемещение встречных треугольных лоскутов. В дальнейшем потребовалось произвести еще несколько оперативных вмешательств в связи с тем, что на некоторых местах носового скелета образовались, во-первых — экзостозы, во-вторых, вдавления. В углубление на надпереносье произведена пересадка кортюма с жиром, на боковые поверхности носа пересажены тонкие пластинки хряща. — 3, 4. Больная в возрасте 43 лет, спустя 6 лет после последней операции.



(1)



(2)

С. 144.

осторонняя поперечная расщелина. Больной И. Л., 1 года, рия болезни № 21 009. 1, 2. Щель проходит в косом направлении кзади и вниз и дугообразно выпуклостью книзу заворачивает по направлению к ушной раковине. Длина щели равна примерно 2 см, ширина при открытом рте — 1,5 см. Продольная правая ушной раковины примерно на $\frac{1}{3}$ короче продольной левой ушной раковины; правая ушная раковина больше выпячена, противозавиток сдавлен и образует две довольно

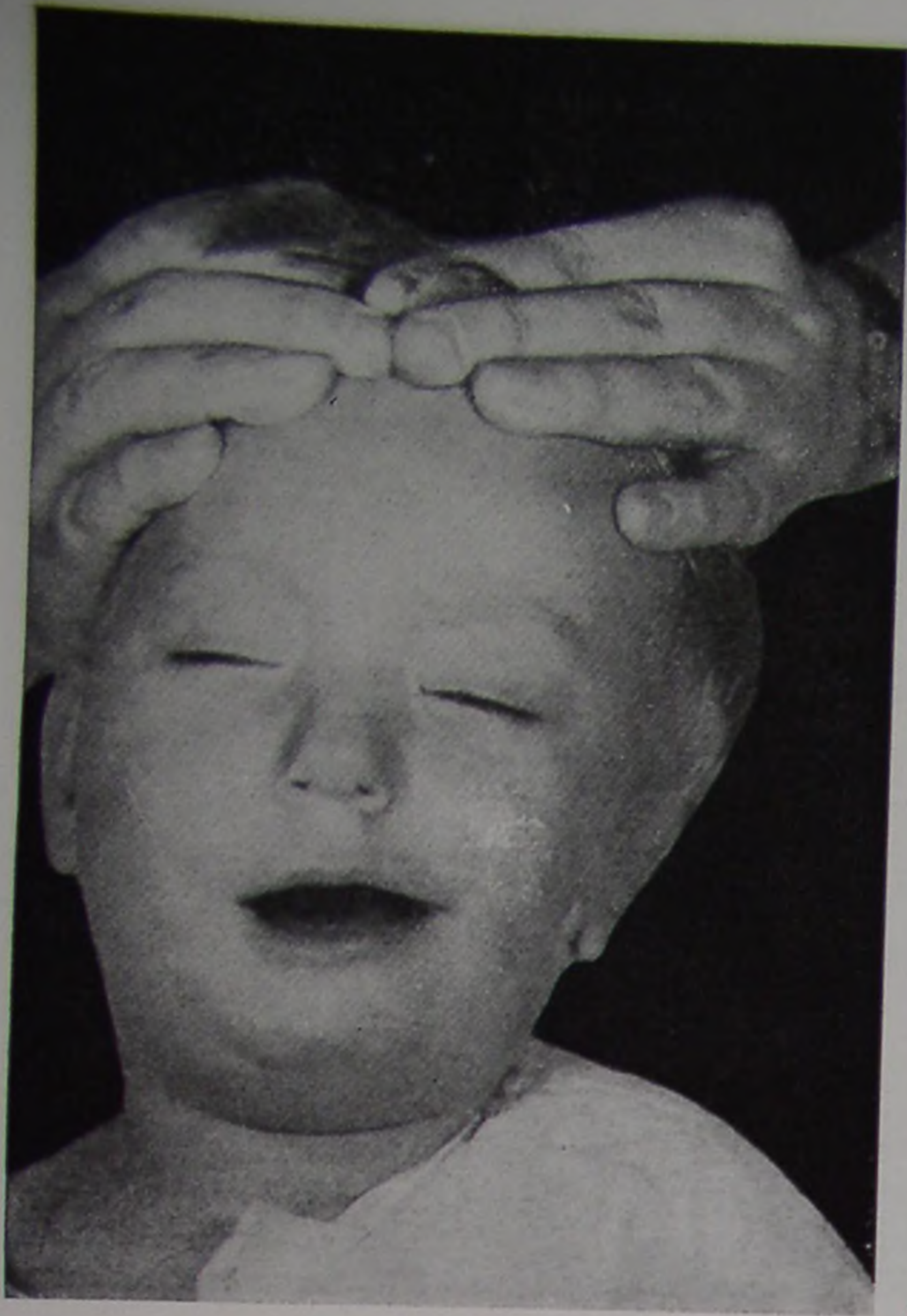
крупных, поперечно расположенных складки. В сентябре 1950 года была произведена операция в области угла рта, при которой его положение было изменено путем перестановки встречных треугольных лоскутов. — 3, 4. Больной в возрасте 13 лет. Ротовая щель симметрична. Легкая степень гемиатрофии лица. Больной явился в клинику в целях пластического восстановления ушной раковины.



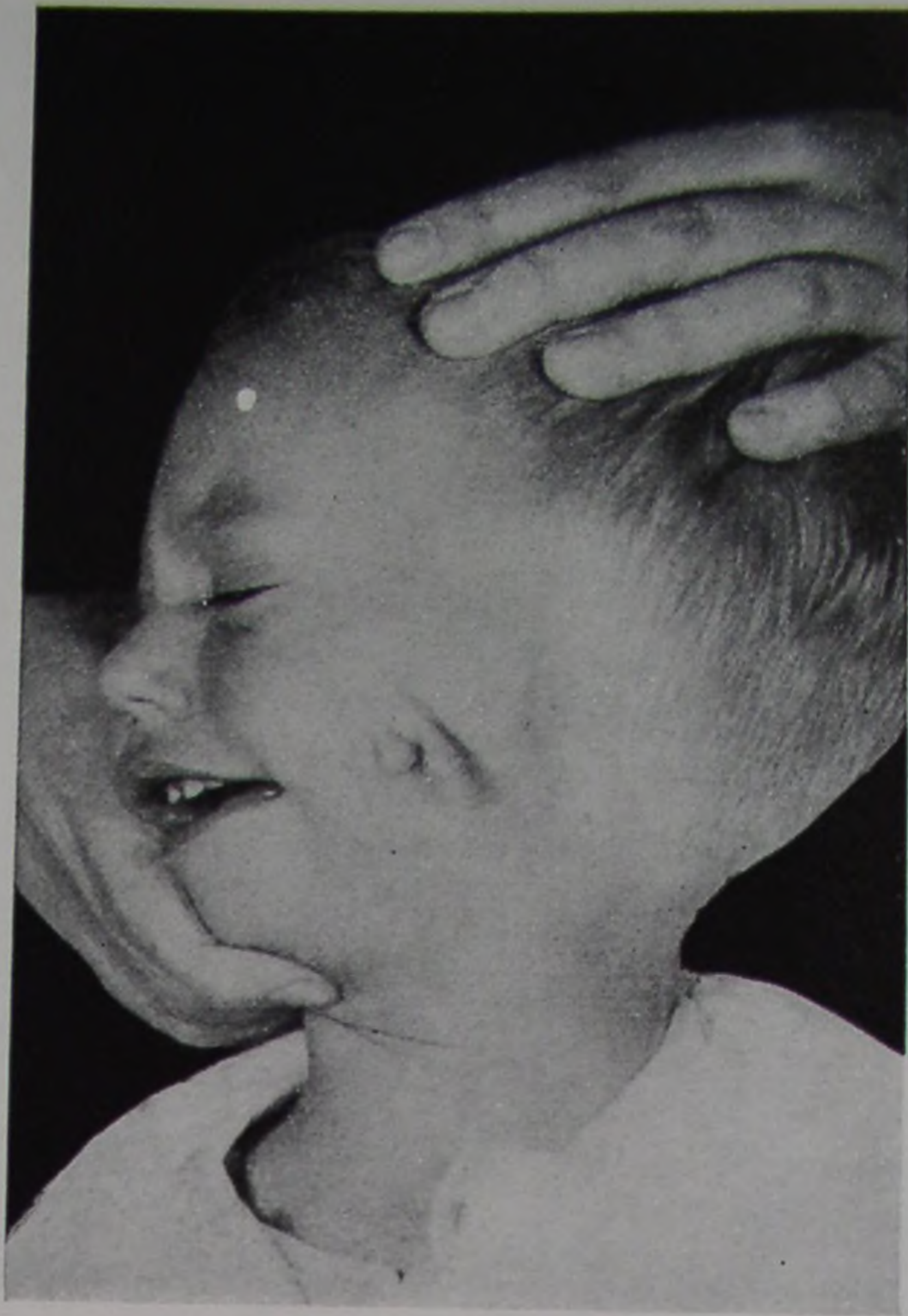
(3)



(4)



(1)



(2)



(3)

Р И С. 145.

Левосторонняя поперечная расщелина и сильно вы-
миатрофия лица. Больная З. Н., 1 года, исто-
№ 11 114. 1, 2. Атрезия наружного слухового прох-
ушной раковины и смещение рудиментарной раков-
по направлению к углу рта. В возрасте года больная
операции: была произведена пластическая операция
угла рта. На втором году жизни у больной со-
удалены фиброматозные образования, а рудимент уш-
ны смещен в виде лоскута на нижней питающей ножке
3. Больная в возрасте 4 лет. В возрасте 5 лет бо-
произведена пересадка кориума с жиром; трансплантат
с живота и перенесен в карман, созданный перед
ушной раковины. В 10-летнем возрасте эта перес-



(4)



5)



(6)

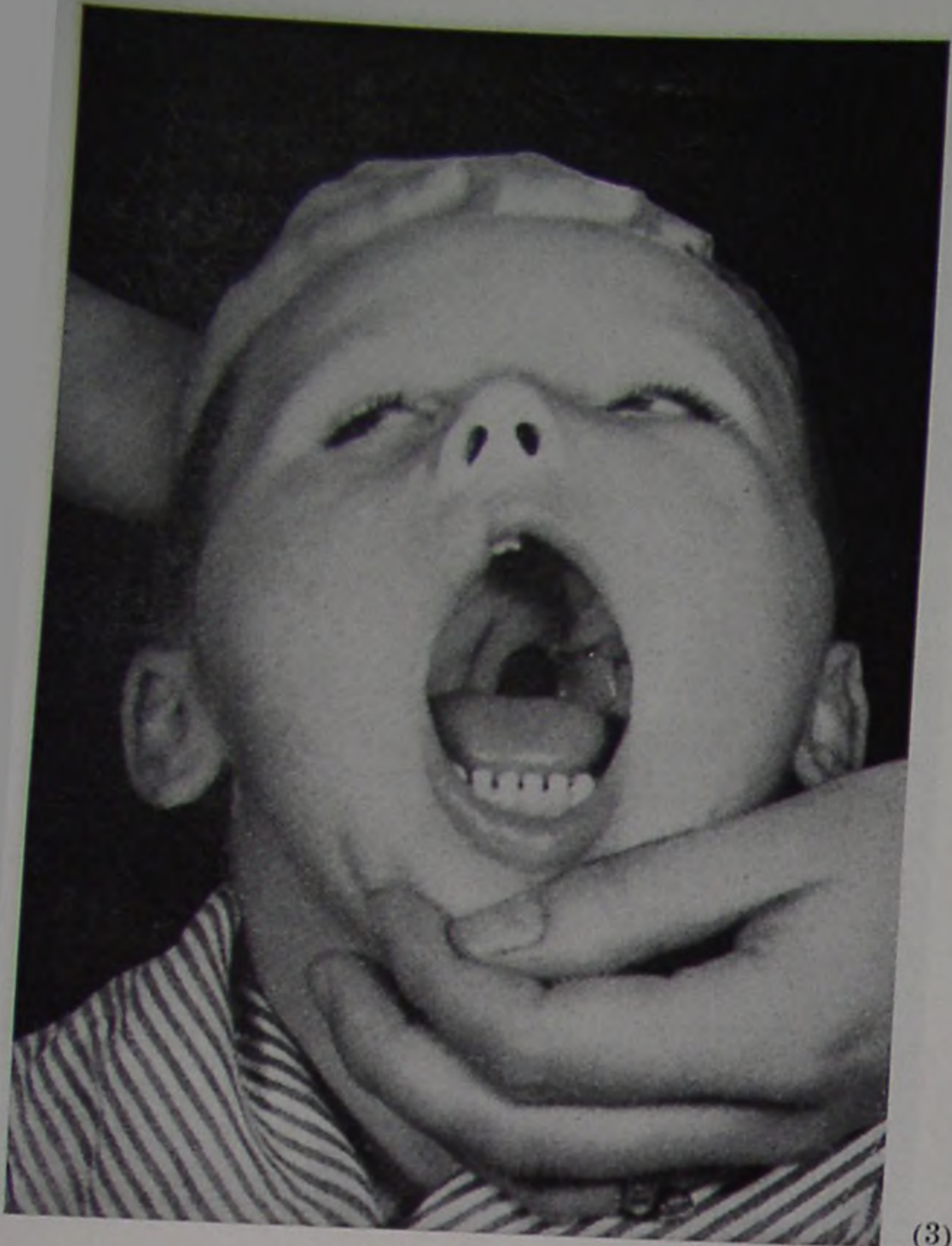
повторена. — 4, 5, 6. В возрасте 19 лет больной пересажен размельченный хрящ в область подбородка. В дальнейшем необходимо будет произвести еще операцию по устранению ортодонтической аномалии.



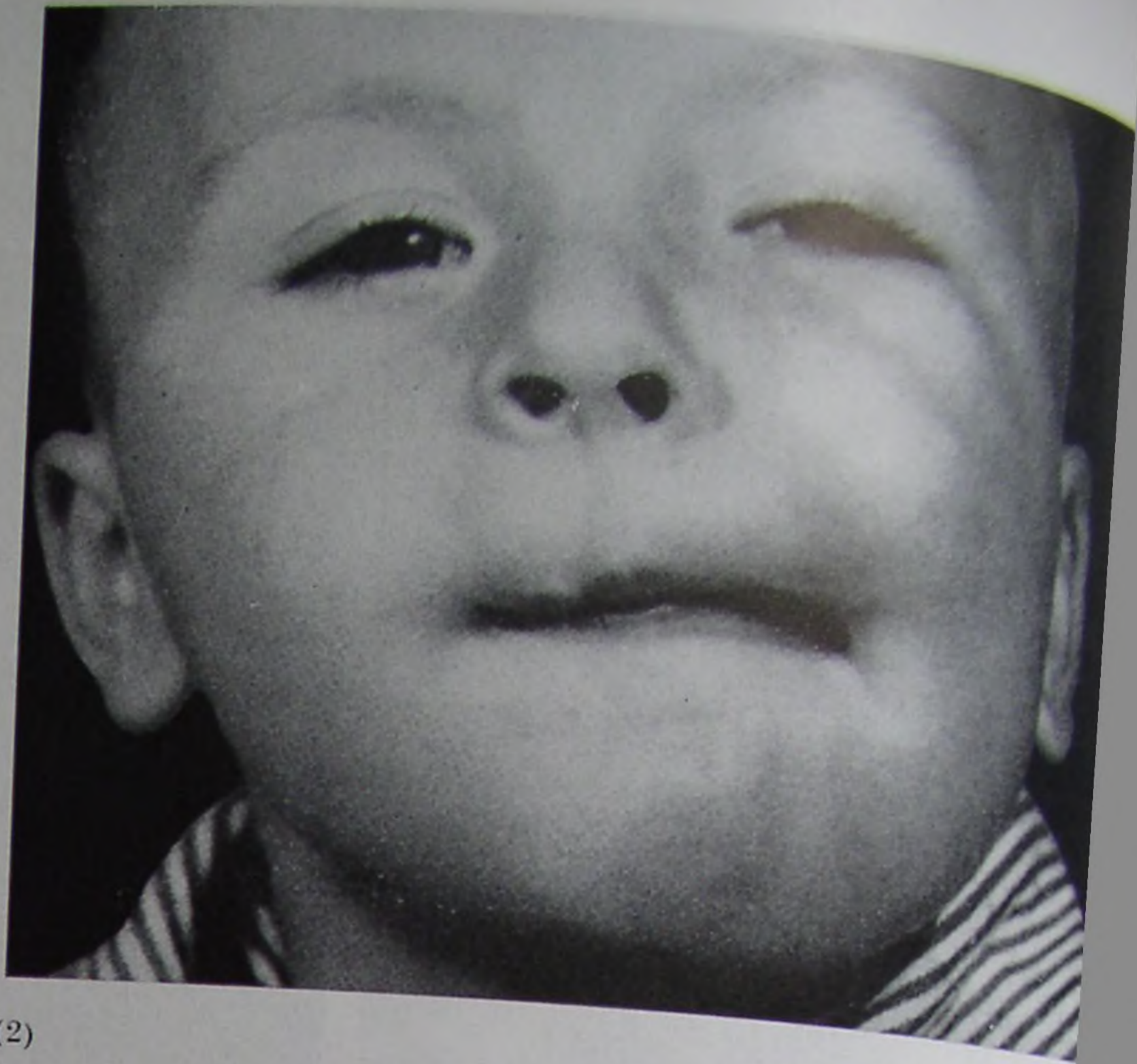
(1)

Р И С. 146.

Эпигнатус левой верхней челюсти, аномальная расщелина неба, левостороннее *macrostoma*, намек на правостороннюю легкую косую расщелину с небольшой колобомой нижнего века. Больной Ф. Г., 3 лет, история болезни № 45 768. 1. Хорошо выраженная припухлость правой щеки обусловлена опухолью величиной со



(3)



(2)



(4)

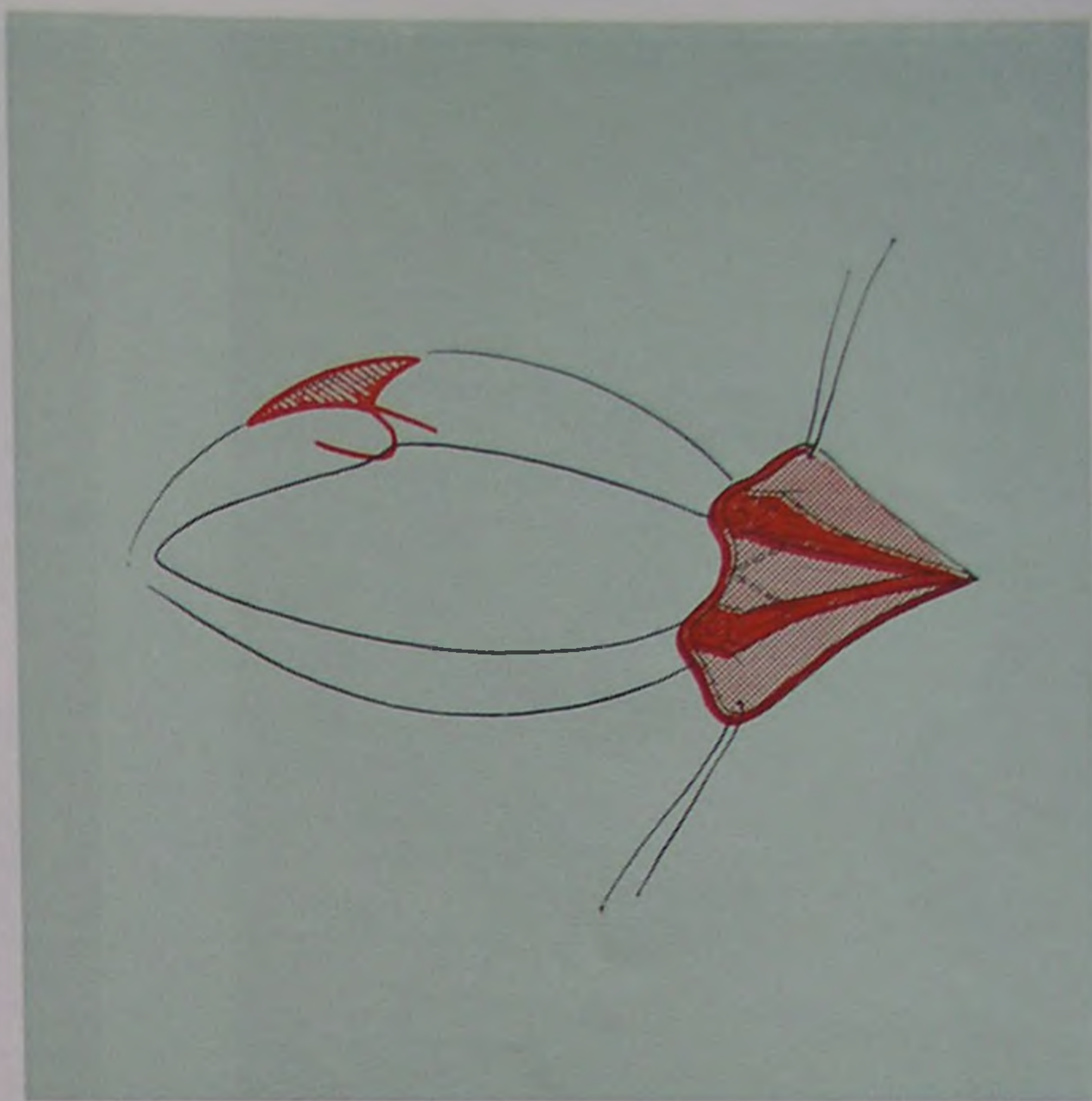
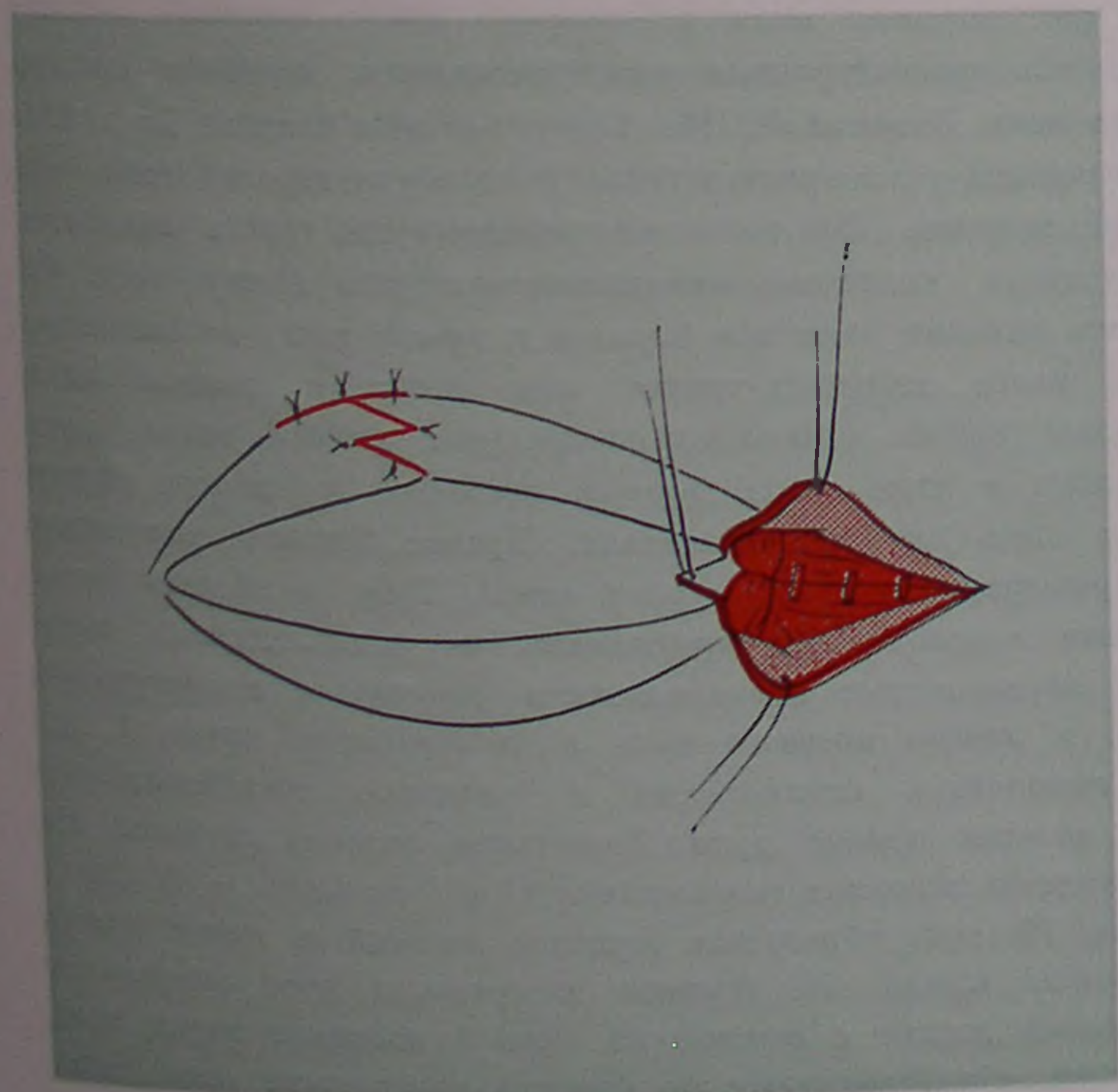
сливу, расположенной на наружной поверхности верхней челюсти. Верхний полюс опухоли прочно спаян со скуловой костью. Рентгенограмма выявила в опухоли наличие зубных зачатков. В нижнем краю опухоли видны зубы, пораженные кариесом и расположенные ниже зубов альвеолярной дуги. — 2. На верхней губе правого края носовой перегородки проходит мелкая бороздка, имеющая S-образную форму, пересекающая границу кожи и красной каймы и перетягивающая в область красной каймы треугольный лоскут кожи. Бороздка переходит на слизистую поверхность губы и доходит до свода между губой и альвеолярным отростком. У правого угла рта начинается более широкая бороздка, идущая вдоль крыла носа к внутренней четверти нижнего века, имеется неполная колобома. Кожа по ходу этой полоски окрашена в более темный цвет. — 3. Расщелина неба, расположенная вне средней линии; расщелина смещена в левую сторону. Язычковые дужки и язычно-глоточная дужки справа развиты вполне нормально, слева, однако, полностью отсутствуют. От вершины расщелины неба отходит валообразное возвышение, расположенное поперек альвеолярной дуги и направляющееся к месту расположения опухоли. От этого возвышения по направлению к глотке свисает длинный, развивающийся канатик. — 4. Опухоль с помощью долота удалена с верхней челюсти. — 5. Удаленная кость опухоли с двумя хорошо развитыми коренными зубами и пятью зубными зачатками неправильной формы. Тканевой канатик с



(5)

сающий в глотку, был перевязан у своего основания и отсечен. Левый угол рта рассечен. — 6. Схема операции на губе. После рассечения кожи угла рта стало видно, что мышечный слой полностью разошелся. Отсепаровывают оба узла и мышечный слой под верхним и нижним краями кожи, после чего точно шивают обе части узла и края щечной мышцы. — 7, 8. Треугольный лоскут,

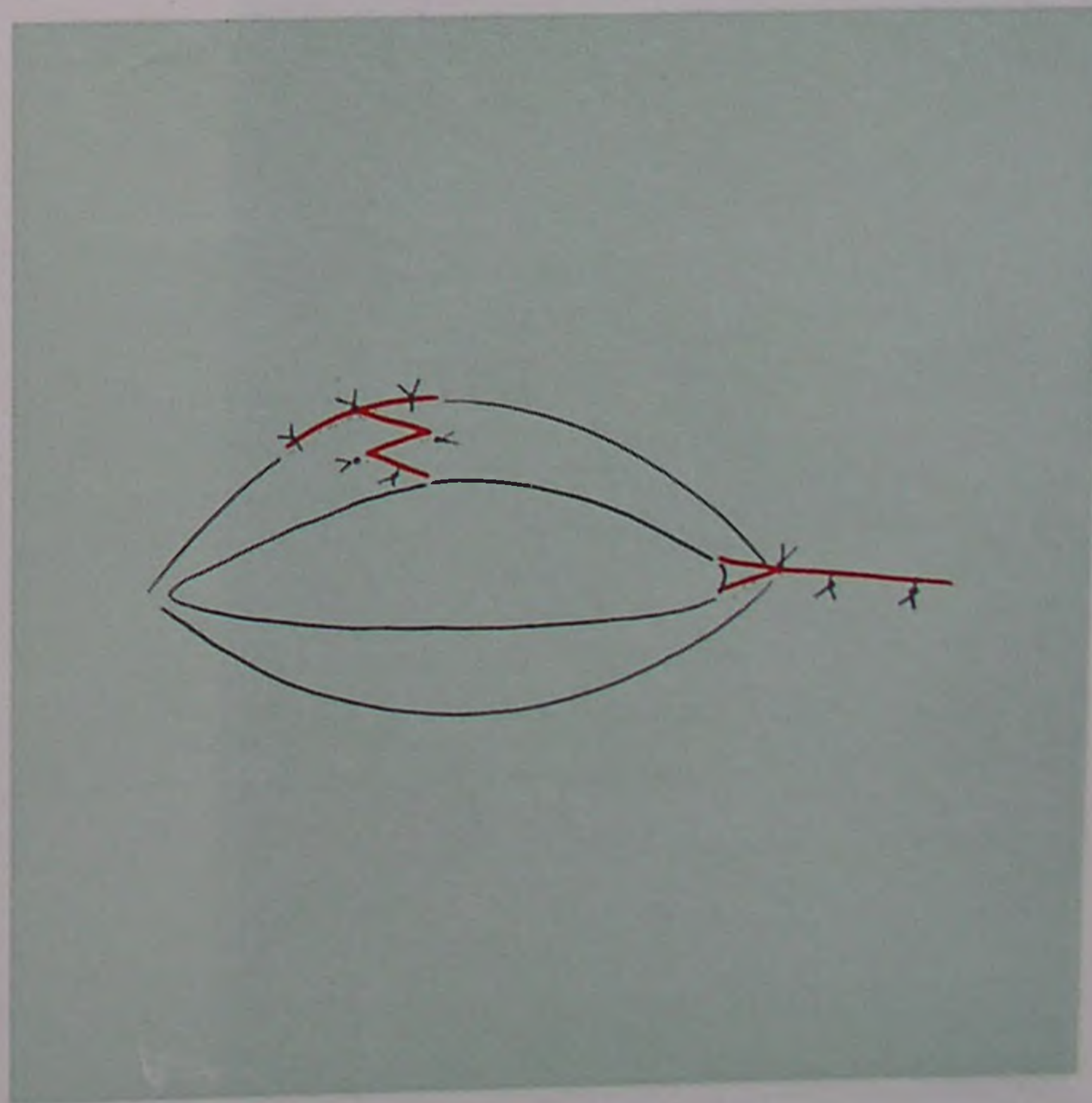
(7)

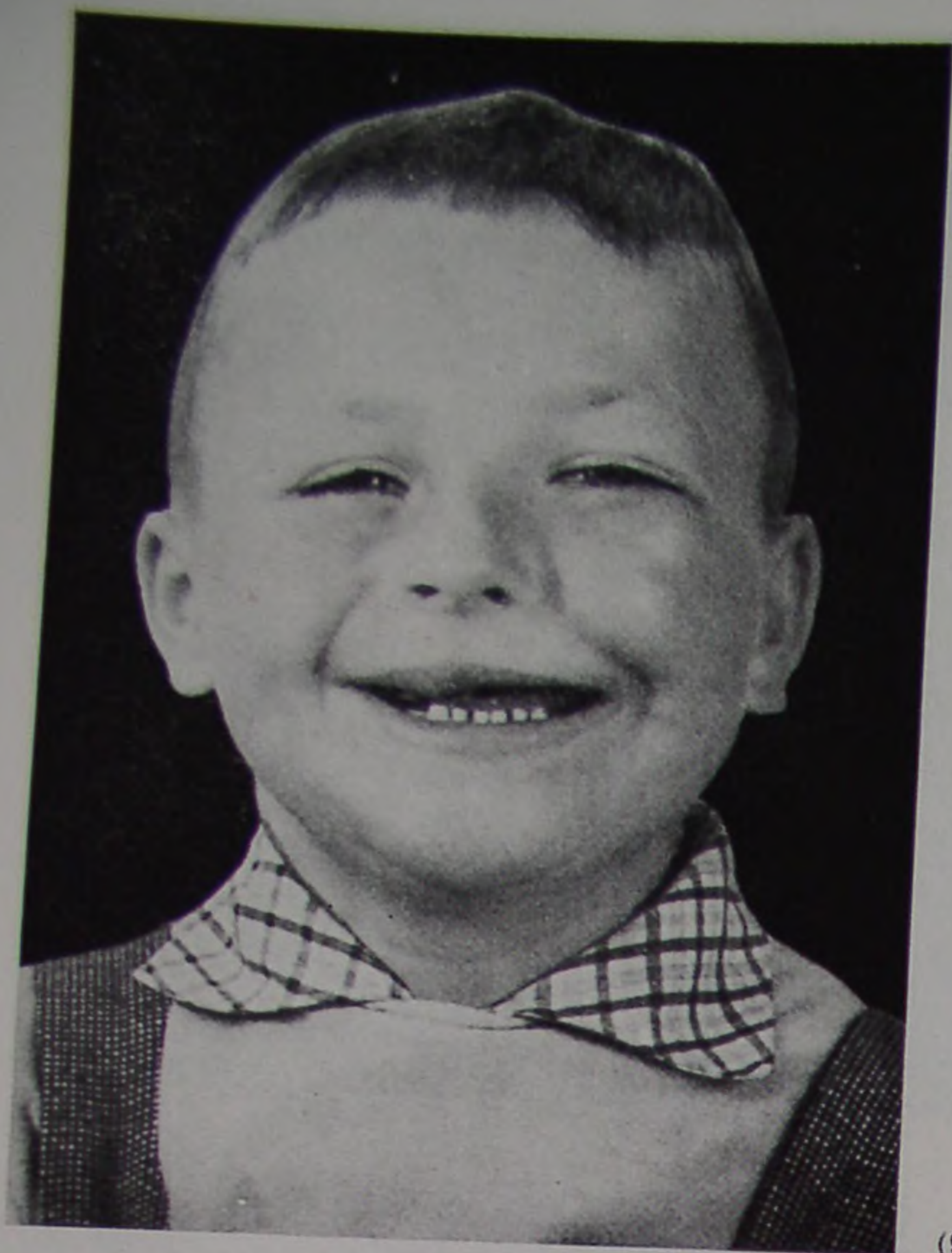


(6)

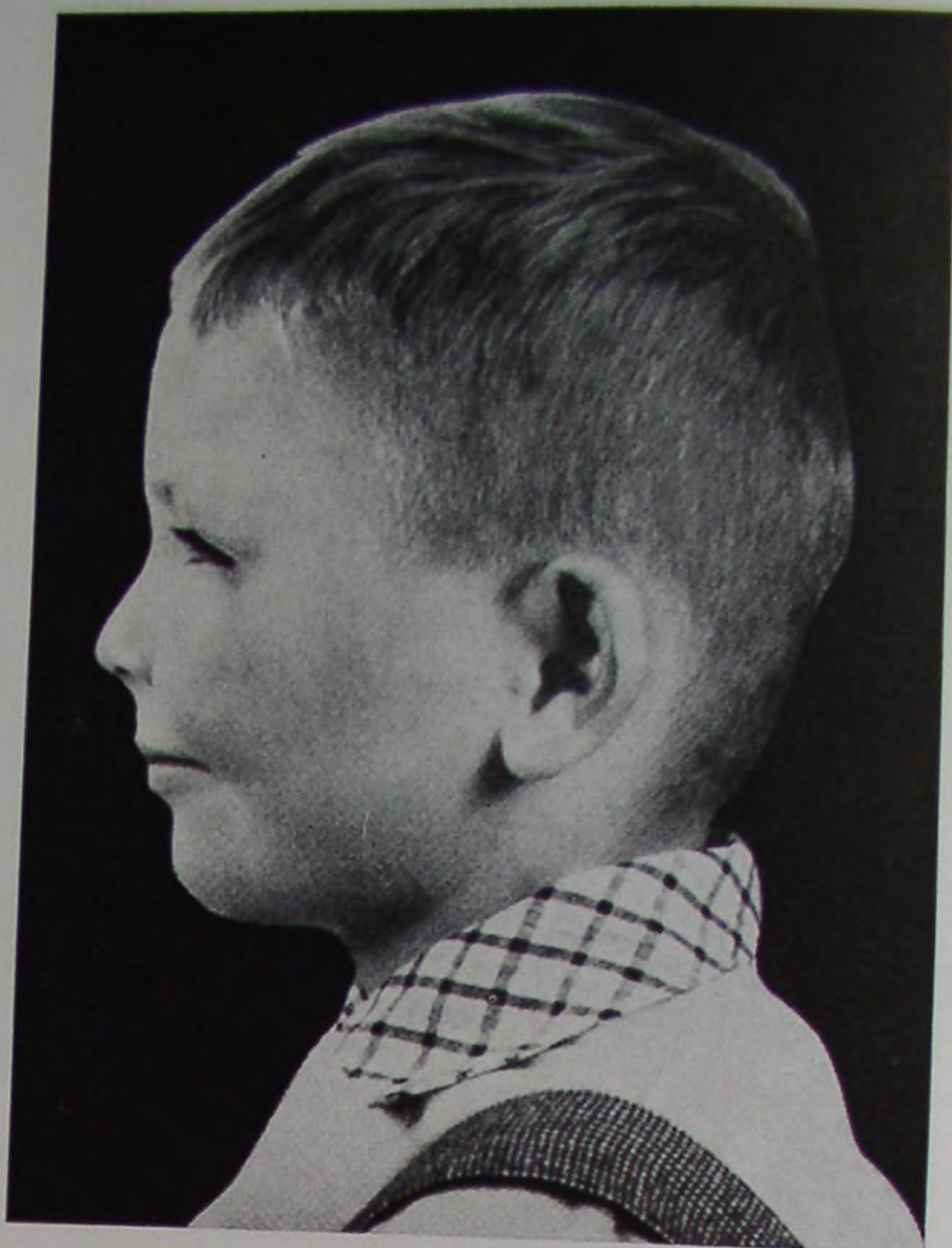
выкроенный из щечной слизистой, повернут и помещен между краями кожи. На верхней губе иссечены треугольный кожный лоскут, внедрившийся в красную кайму губы, втянутая бороздка красной каймы и полоска, расположенная вдоль верхнего края наружной части красной каймы; одновременно произведено перемещение небольших встречных треугольных лоскутов. — 9, 10. Большой

(8)



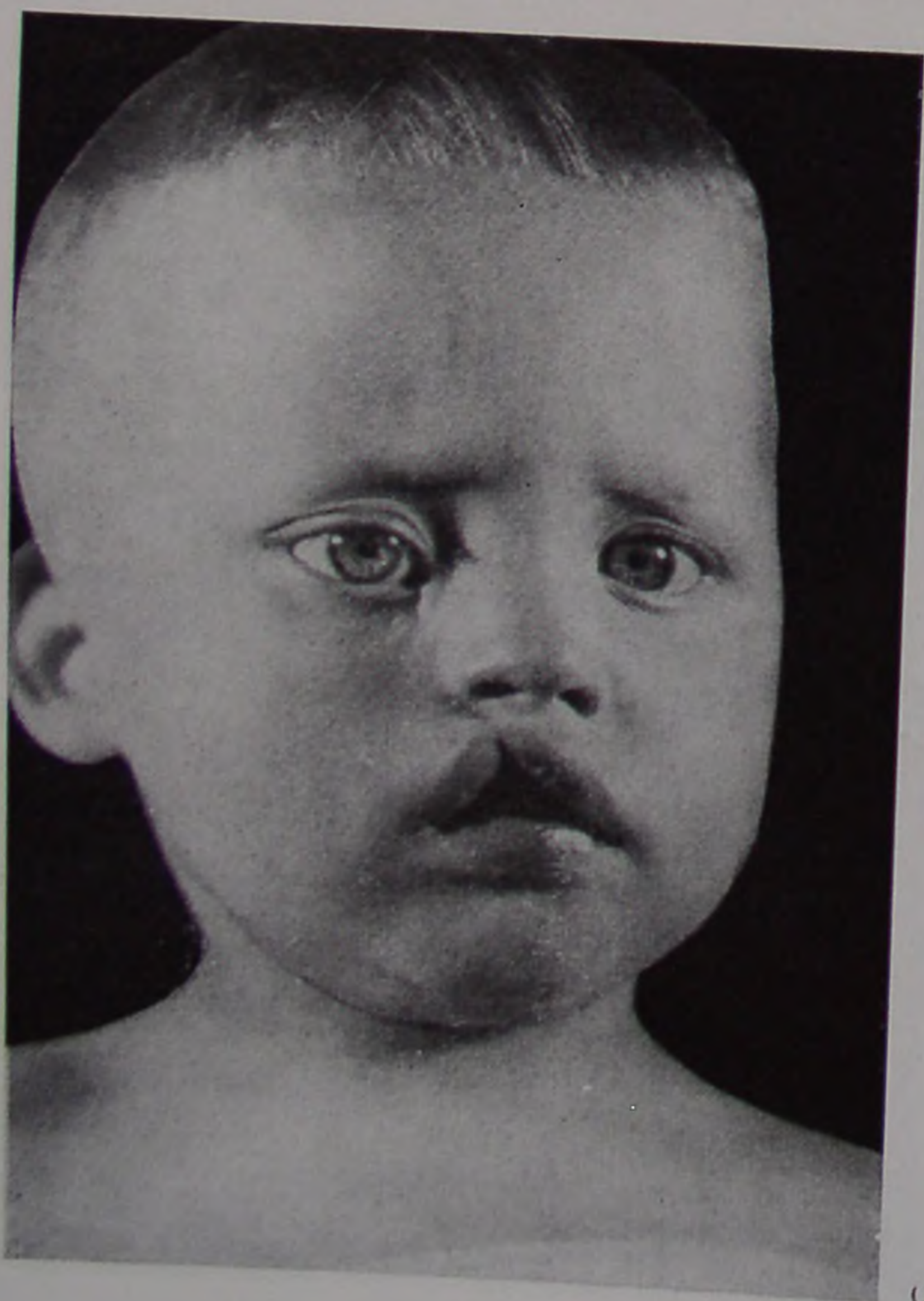


(9)



(10)

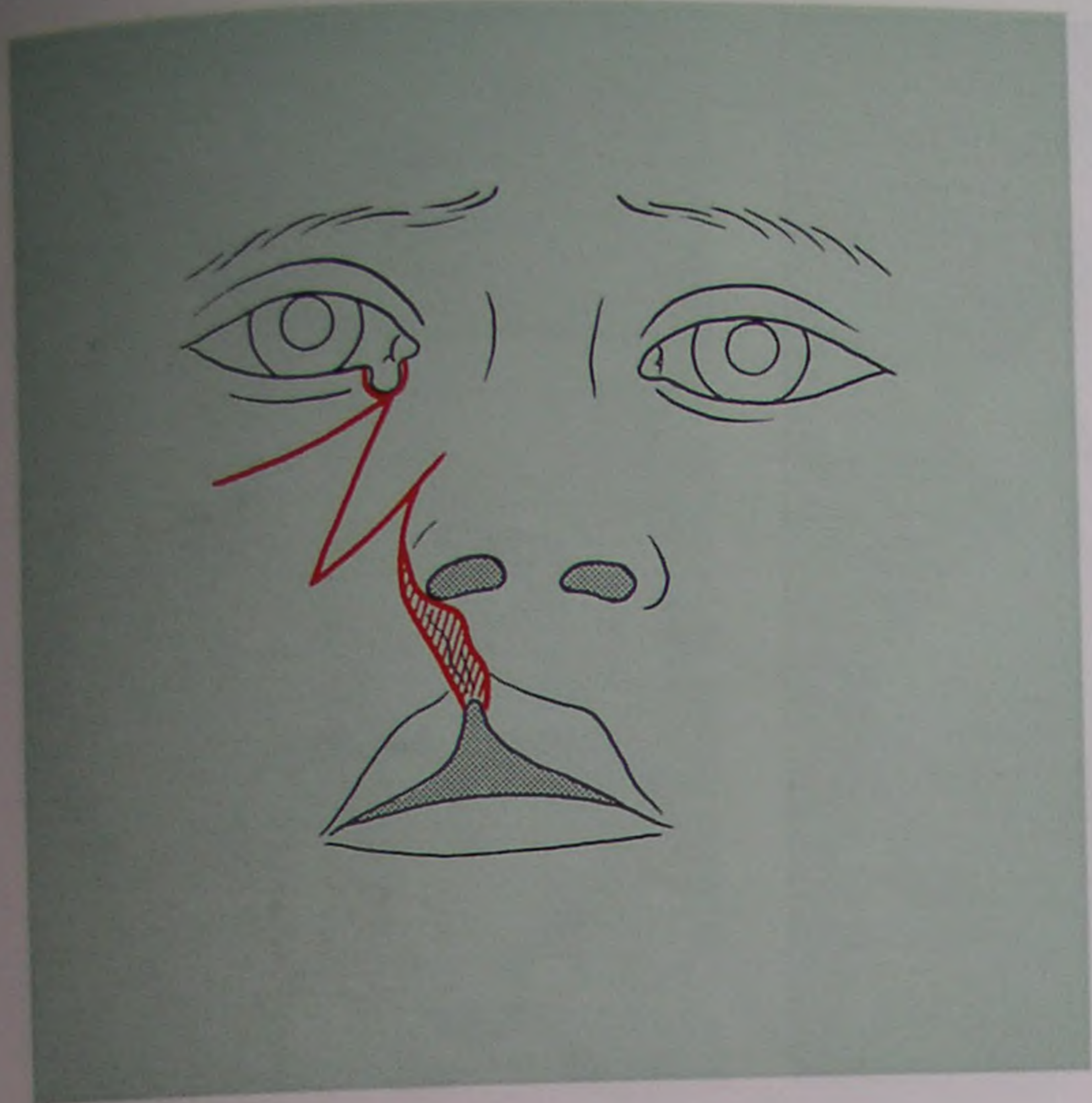
почти через 3 года
рации. Персистир
заметная припухл
скуловой области,
ная гиперплазией
седних с опухол



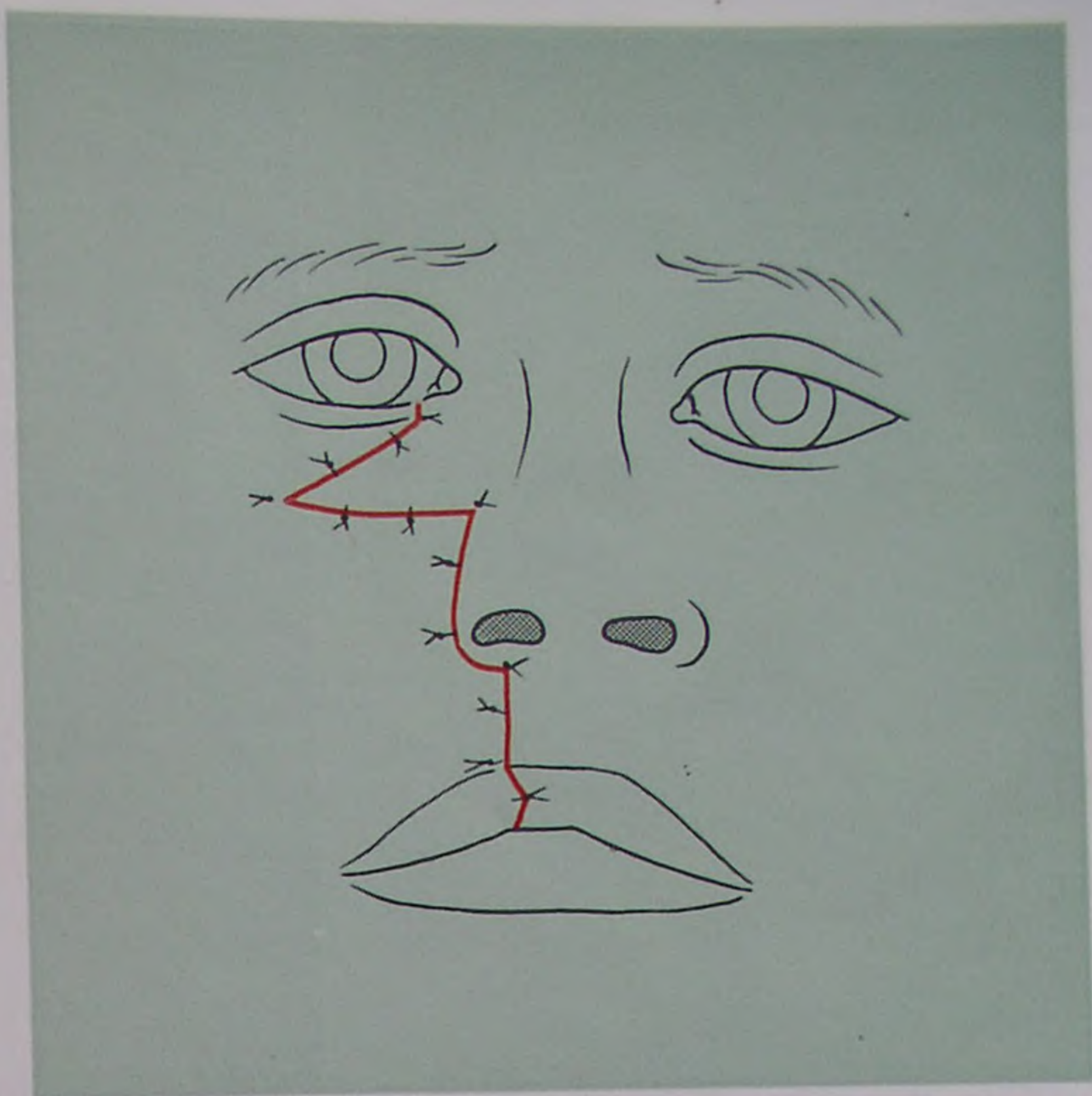
(1)

Р И С. 147.

Аномальная правосторонняя косая расщелина, колобома нижнего века. Больной И. М., 3 лет, история болезни 1. Внутренний угол правого глаза расположен гораздо с левой стороны. Прямо у внутреннего угла глаза остроконечная колобома, захватывающая всю длину колобомы отходит заметная борозда к крылу носа, она его, и далее направляющаяся под углом к границе и красной каймы несколько латеральнее высшей точки «Купидона»; в этом месте борозда врежется в красную образуя здесь глубокое вдавление. Правая боковая половина носа примерно на 1 см короче левой. Губа в области вдавления крышеобразно приподнята, на рентгенограммах определяются определенные неправильности рисунка и конфигурации правого и левого носового хода и околоносовых пазух. На правой руке выявляется синдактилия и частичное обезображивание III—V пальцев правой руки. Рудименты пальцев сращивания на ногах имеется неполная синдактилия II и I пальцев. — разрезом. На губе образуется бороздка по всей ее длине до носового крыла. На боковой поверхности носа выступает треугольный лоскут с ножкой на правой половине носа. В вырезку, образовавшуюся на боковой поверхности носа

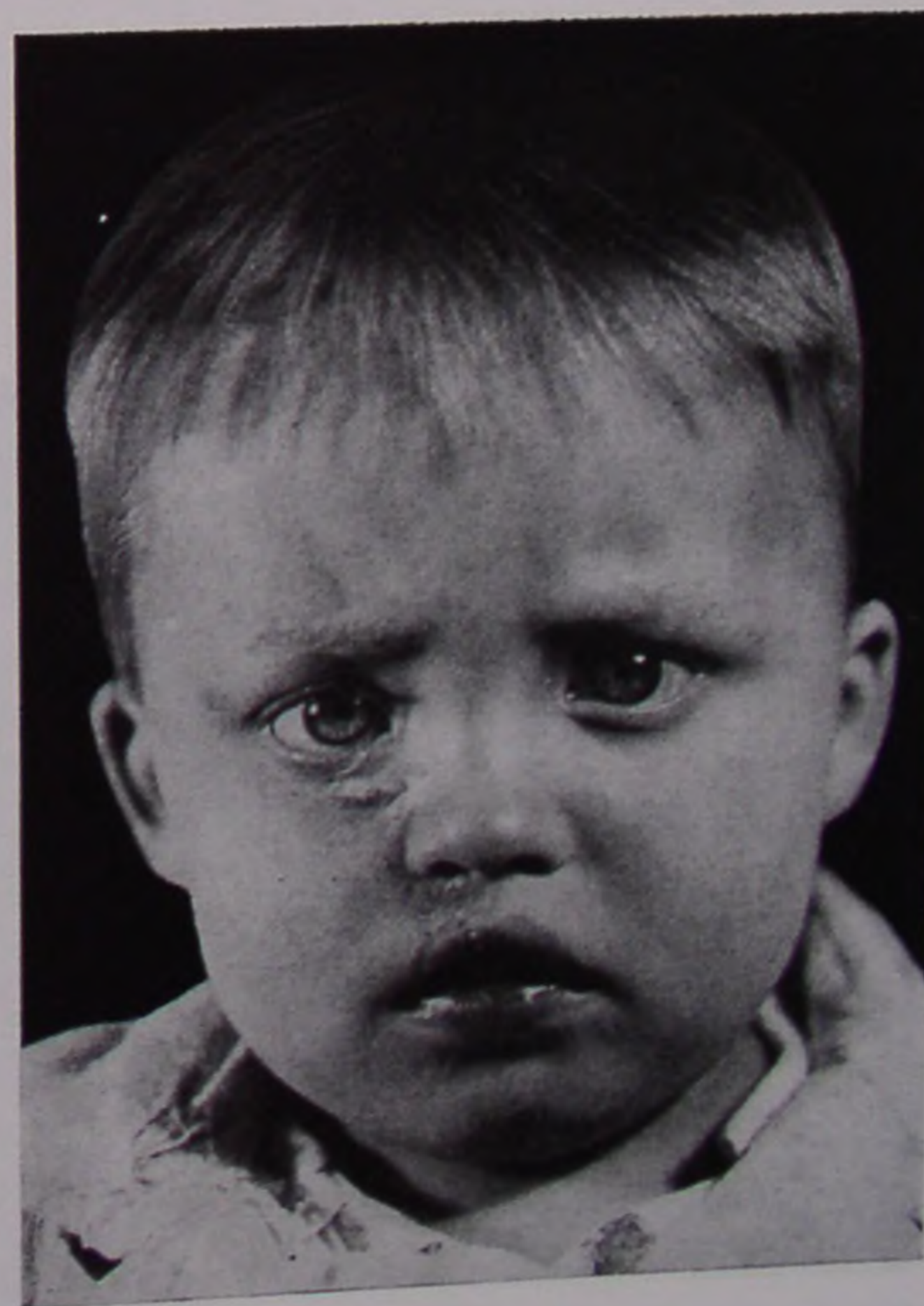


(2)

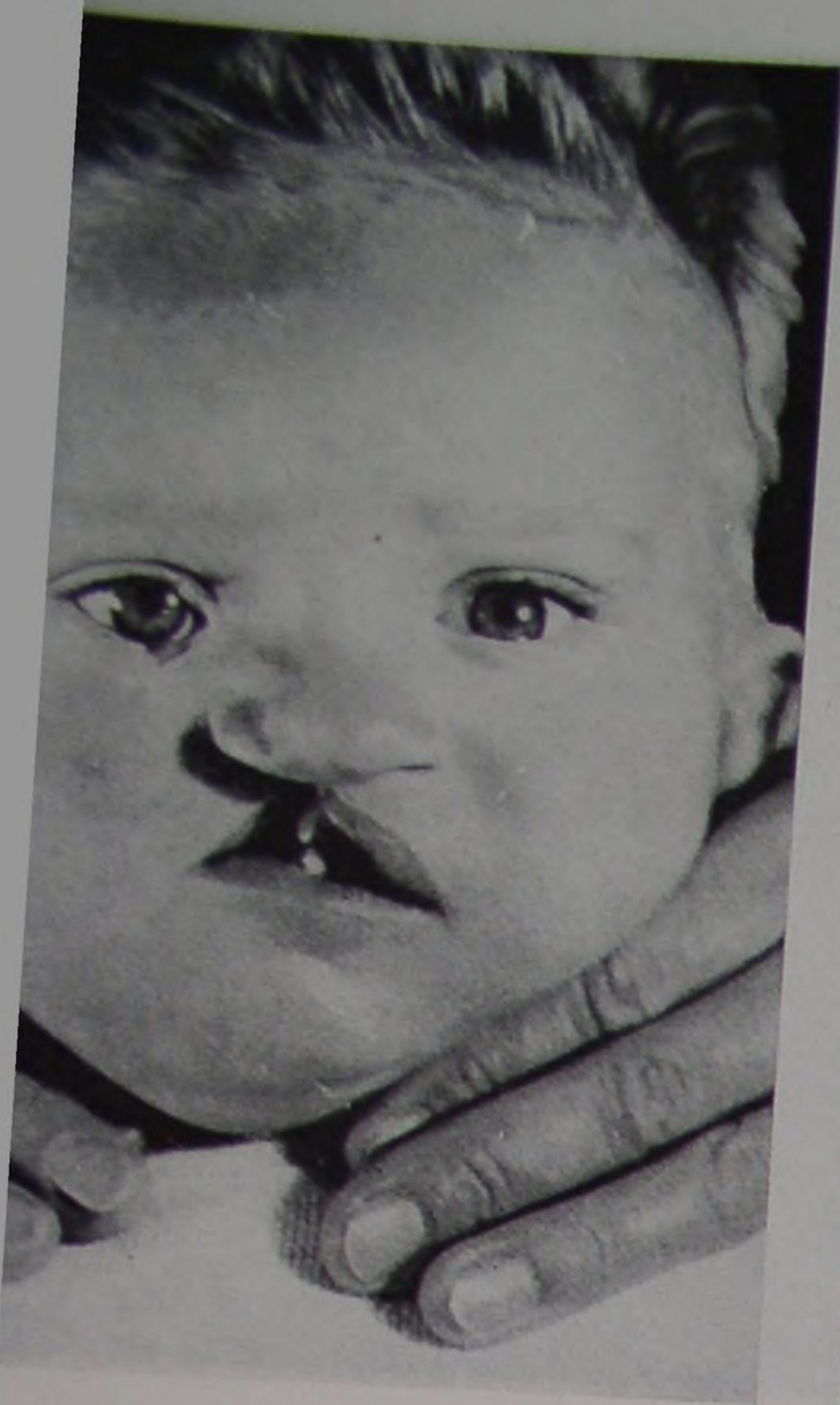


(3)

смещена широко мобилизованная кожа щеки. В области коллобомы срезают края вывороченной конъюнктивы и вворачивают их кнутри. Излишек ткани отрезают, а края сшивают. На дефект перемещают кожу наружной части века. — 3. Схема наложения шва. — 4. Больной после излечения. Губа хорошо восстановлена, угол правого глаза находится на нормальном уровне. Однако поверхность кожи из-за пересадки целого ряда отдельных лоскутов бугриста и потребует дальнейшей коррекции.



(4)



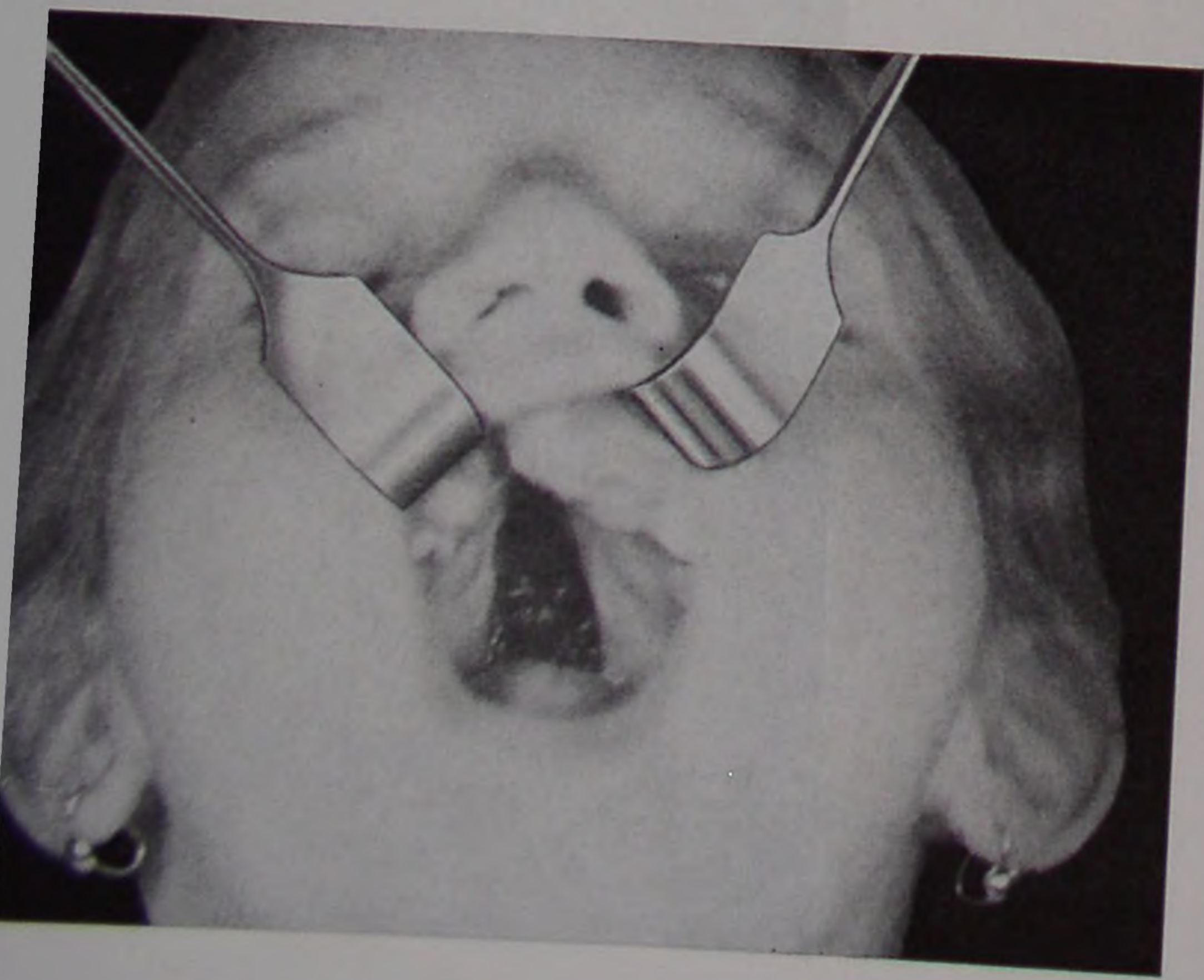
(2)



(3)

Р И С. 148.

Атипичная правосторонняя расщелина. Больная О. М., 1 года, история болезни № 21 266. 1. Колобома верхнего и нижнего века правой стороны, правое крыло носа сильно подтянуто вверх по направлению к глазу. Расщелина губы начинается в типичном месте и направляется наискось кверху и латерально. Нижний край крыла носа как бы окаймлен разрезом. В этом месте расщелина переходит в кожное вдавление, направляющееся к колубоме нижнего века. Щель в небе широка, как при односторонних общих расщелинах. Все размеры правой половины верхней губы уменьшены, а сама губа утончена. — 2. Ребенок страдает двусторонним вывихом бедра. Циркулярная странгуляция в нижней трети голени обеих нижних конечностей. На пальцах ног выявляются следы перетяжки и обнаруживаются мягкие спайки. На верхних конечностях пальцы имеют неправильную форму, укорочены, некоторые из них частично ампутированы; между этими пальцами имеются плавательные перепонки. — 3. Состояние непосредственно после операции. Губу удалось довольно хорошо восстановить. Колубому века хирург пытался закрыть путем простой мобилизации и смещения краев раны, в результате чего на нижнем веке персистирует глубокое вдавление, которое было исправлено при следующем этапе оперативного лечения. На руках, пальцах и странгуляционных перетяжках на голених были произведены восстановительные операции. — 4. Больная в 6-летнем возрасте. Альвеолярная дуга хорошо развита. Произведена



разия на небе. — 5. 6.
 ная в 12-летнем воз-
 те. На рисунке видно,
 больная нуждается как
 восстановительной опера-
 на губе и носу, так,
 способности, и в коррек-
 правого нижнего века.



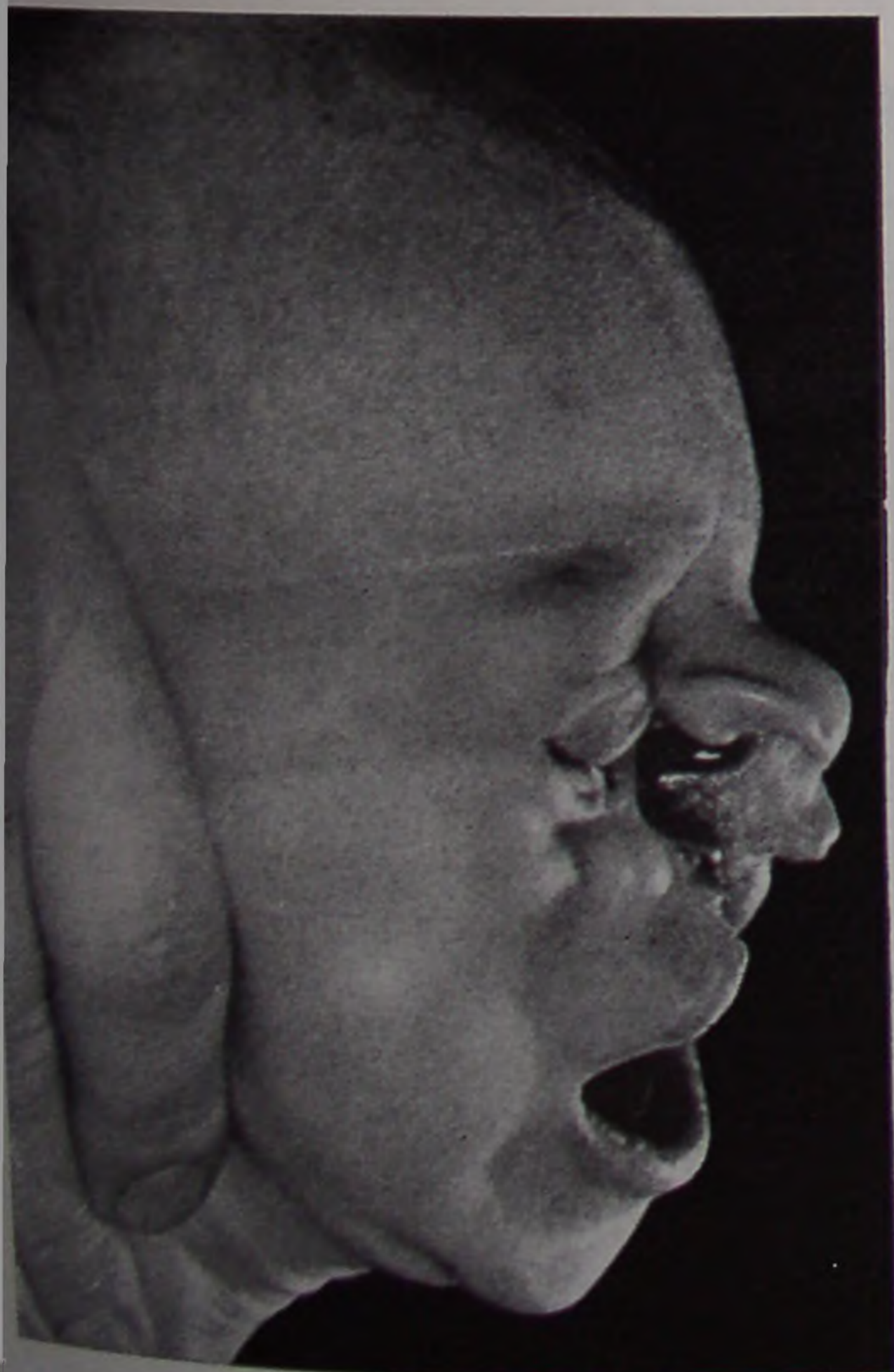
(5)



(6)

Р И С. 149.

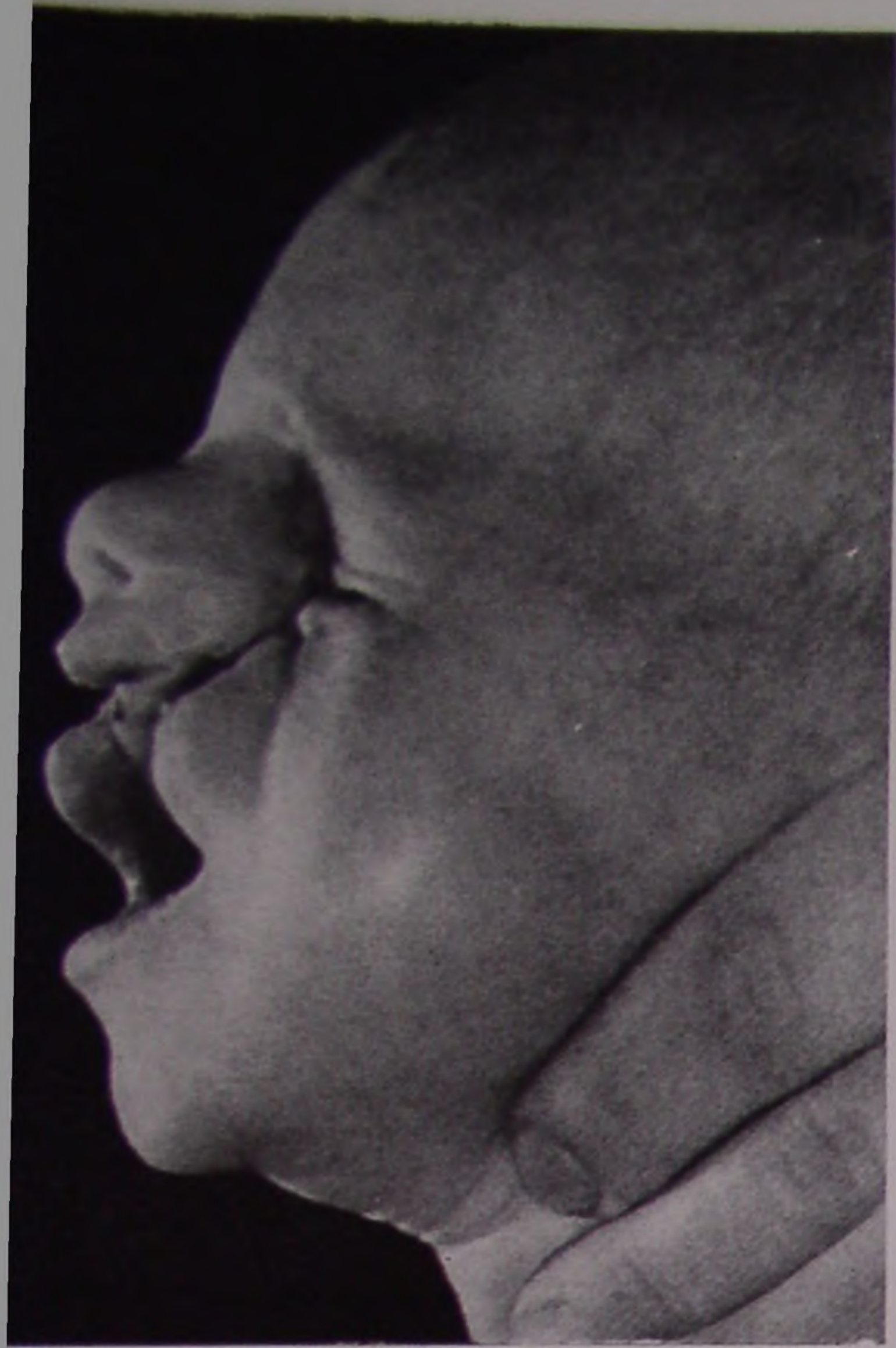
Очень тяжелая форма аномальной двусторонней косой расщелины. Больной И. П., 7 месяцев, история болезни № 38 346. 1, 2. Сильнее поражена правая сторона, при этом, однако, передний полюс челюсти и относительно небольшая межчелюстная кость соединены толстым фиброзным мостиком. Расщелина губы распространяется на всю щеку до краев нижнего века, у которого отсутствует почти вся внутренняя половина. От слизистой оболочки правого носового хода расщелину отделяет узкая полоска кожи. Крыло носа расположено на уровне внутреннего угла правого глаза. — 3. С левой стороны расщелина расположена более латерально, не доходит до ноздри, направляясь наискось кверху в область щеки к углублению, расположенному



(1)



(2)



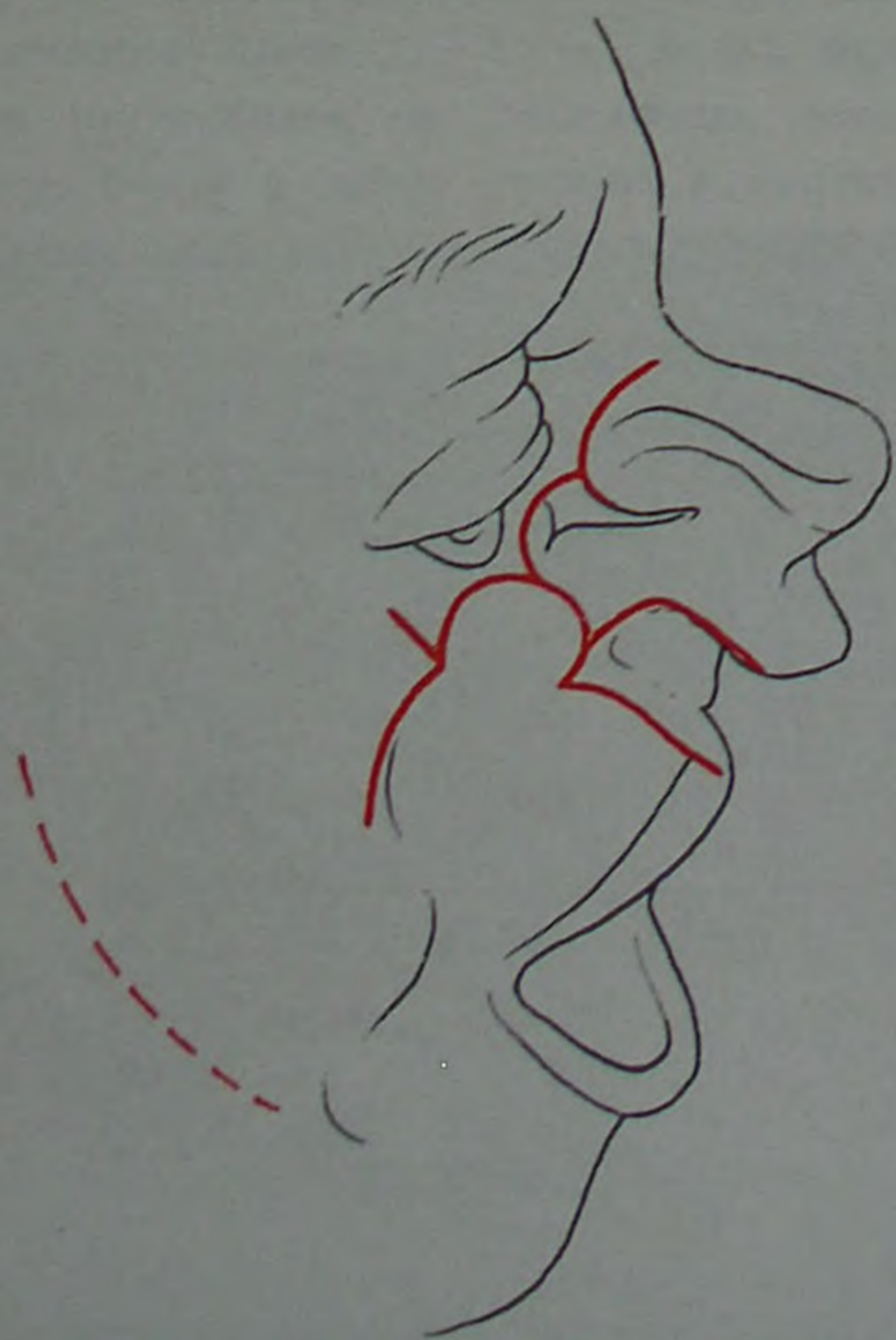
(3)



(4)

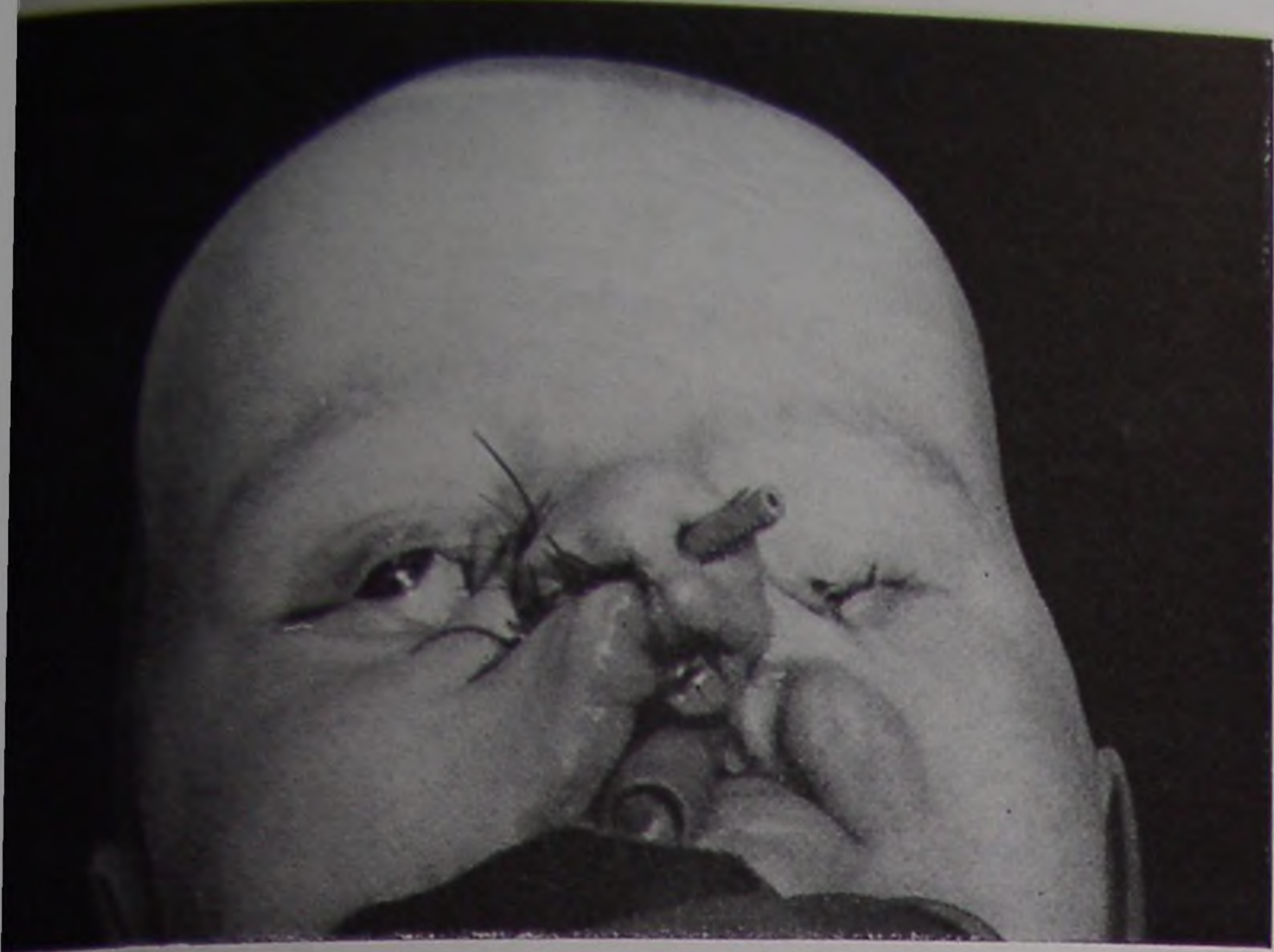
под нижним краем глазницы. К этому месту спускается у щелевидная колобома нижнего века с вывернутой конъюнктивой. Щель узка, веки впалые, полость конъюнктивального мешка уменьшена и в ней находится рудиментарное глазное яблоко величиной с горошину. — 4. С правой стороны рассекают кожу по границе губы и производят ее отсепаровку далеко в латеральном направлении. Это дает возможность произвести значительное смещение губы кнутри и пришить ее в этом положении к десне. 5. Схема разрезов, производимых в целях мобилизации правого крыла носа и кожи щеки. Кожа щеки смещена в медиальном направлении, где доходит до боковой поверхности носа. Губы и правая сторона филътрума отпрепарованы и сшиты.

5)



(6)





(7)



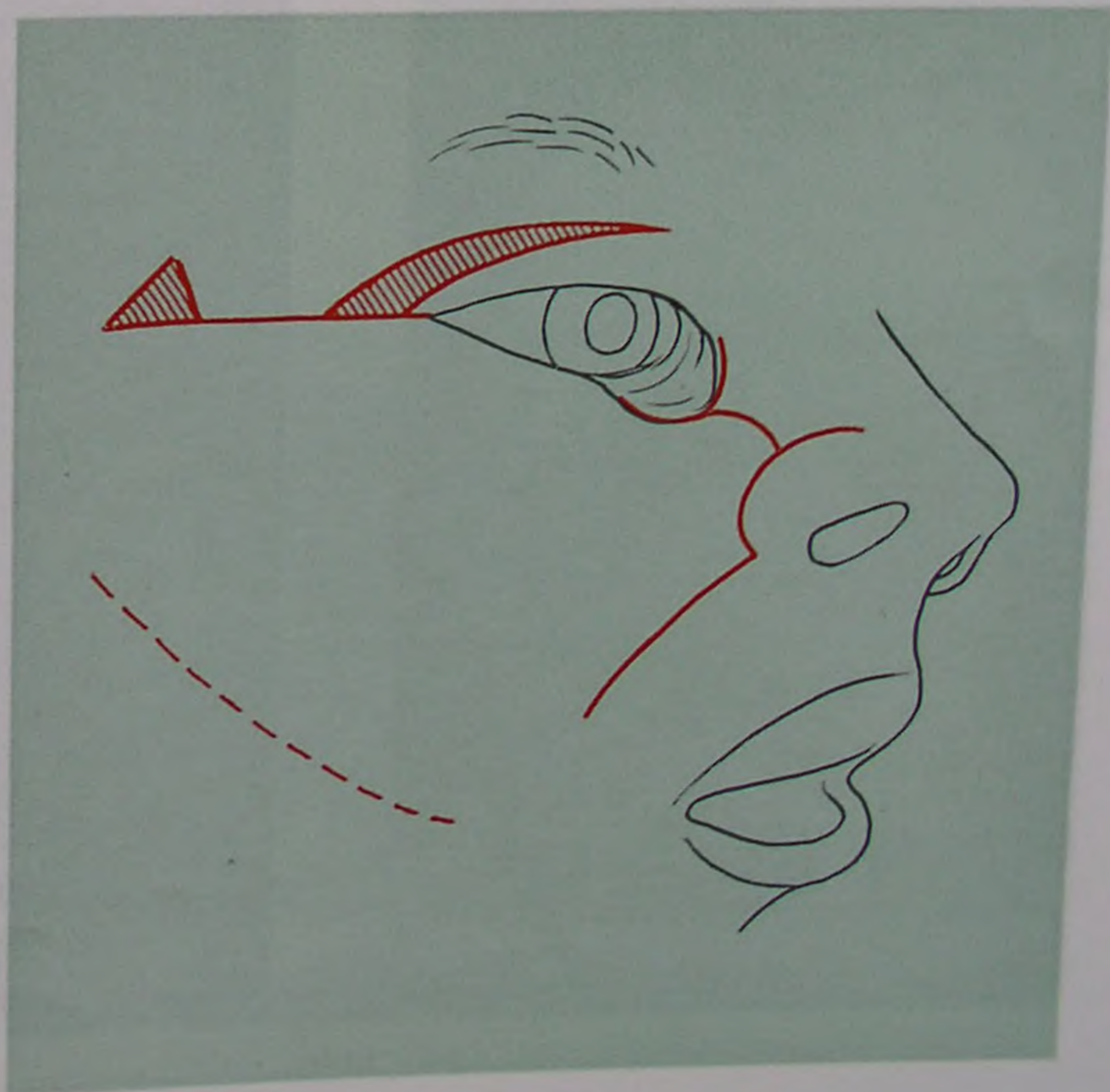
(8)

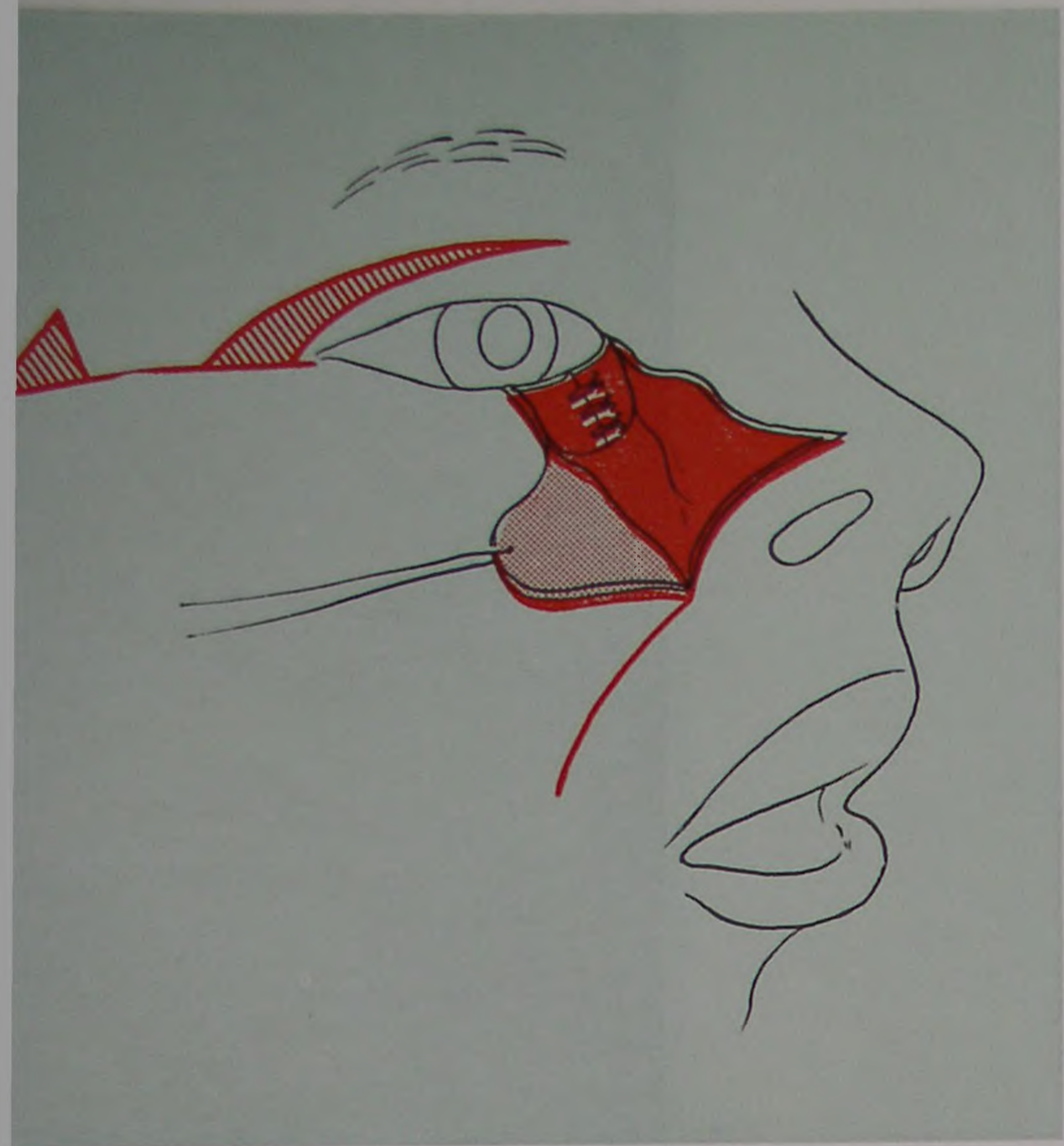
ожения трех рядов швов. — 6. Ситуация к концу операции. 7. Губу фиксируют вспомогательным швом, проведенным через носовую перегородку и захватывающим ее мышечный слой; узел завязывают на дренажной трубке в левом носовом ходе. Заживление протекало без осложнений. По прошествии нескольких недель произведена операция по поводу расщелины, или точнее ободы левой щеки. В ходе операции была восстановлена связь мышечной мускулатуры губы и щеки. — 8, 9. Состояние после этих операций. На правом глазу остается дефект внутренней слезной ямки нижнего века с выворотом конъюнктивы, на левом глазу — колобома нижнего века. Правое крыло носа продолжает быть сильно приподнятым. — 10. При следующей операции ли-



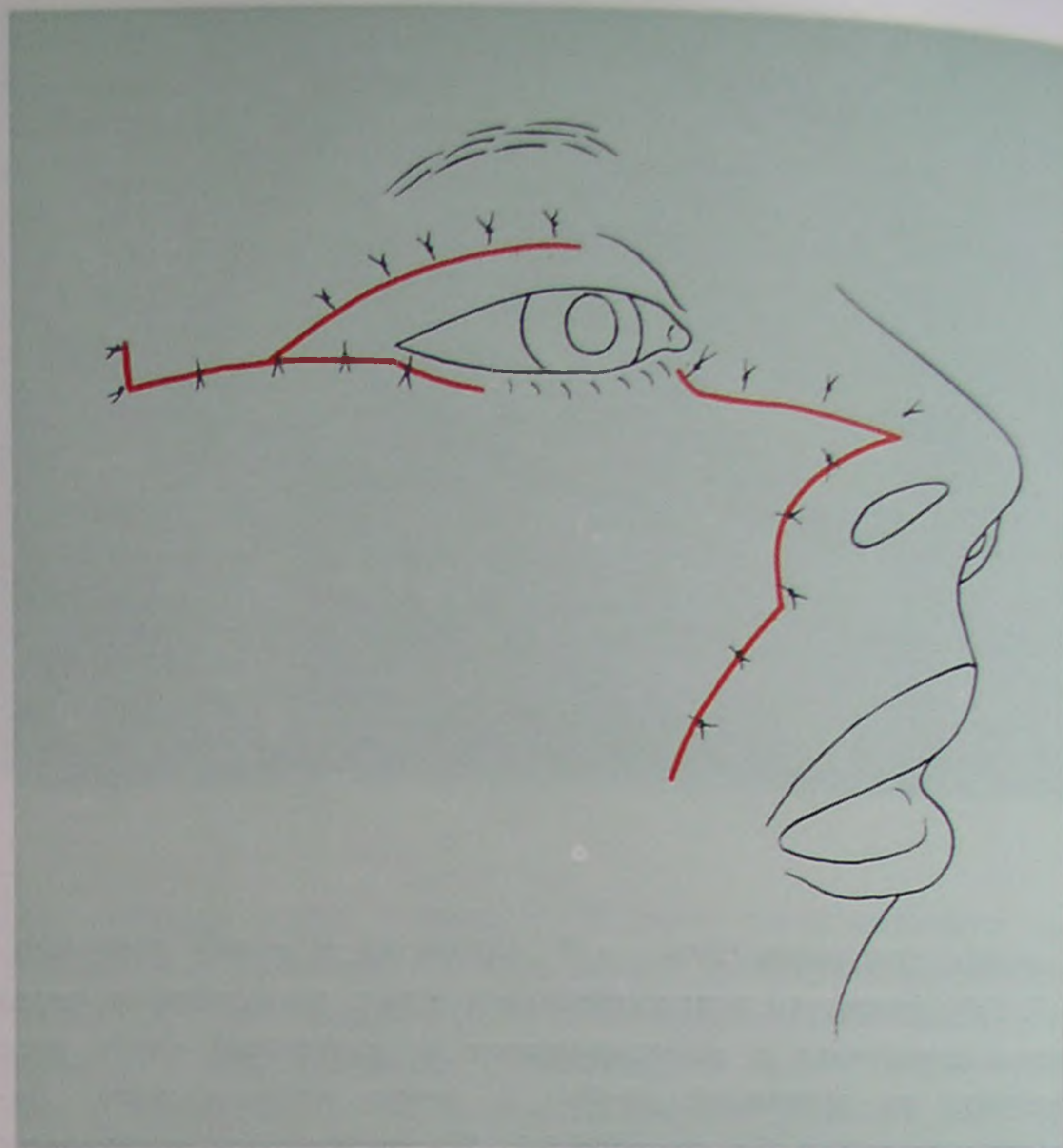
(9)

(10)





(11)

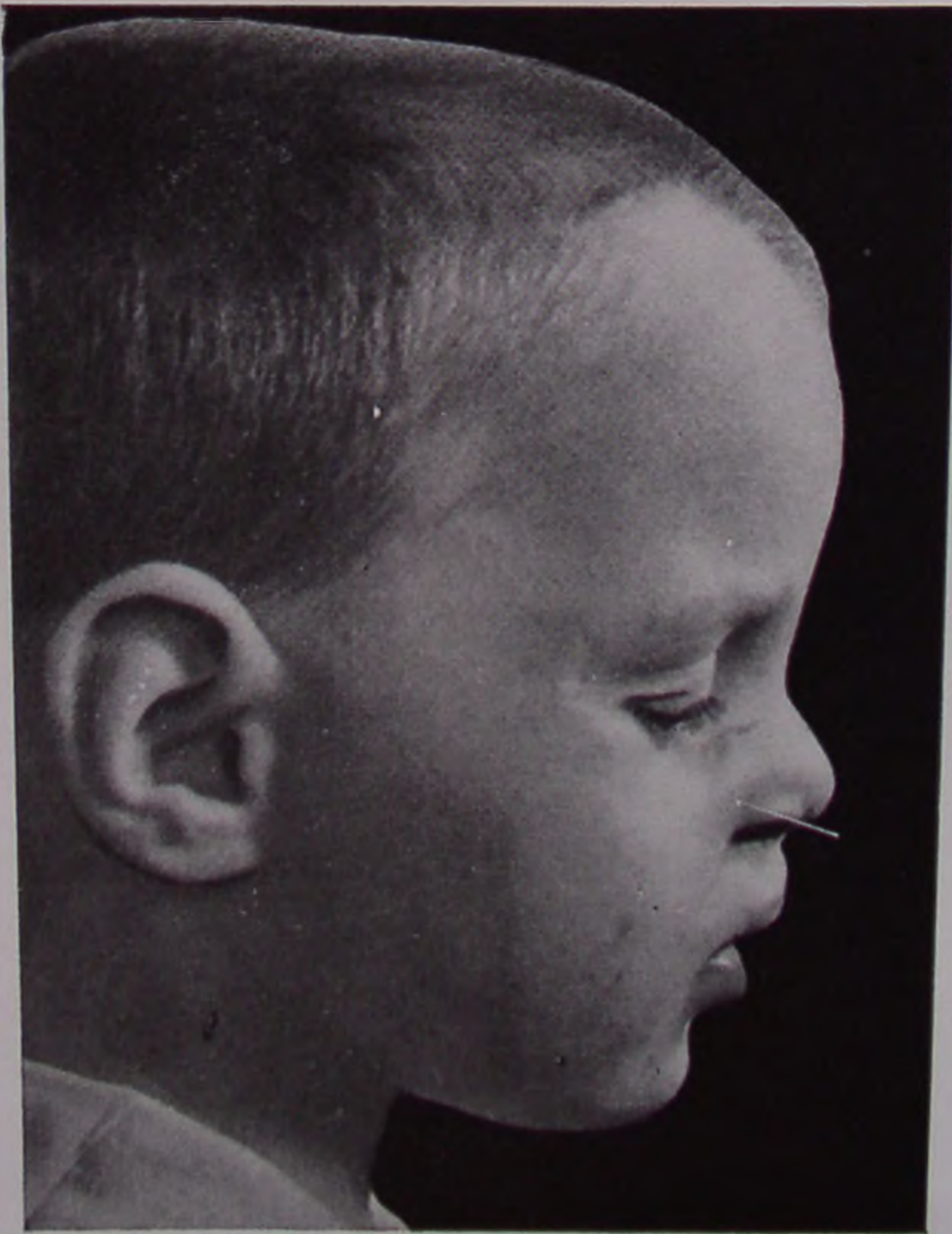


разреза проходила от наружного угла глаза в латеральном направлении в область виска. На рисунке обозначено вспомогательное клиновидное иссечение, производимое в целях смещения рудимента века, иссечение кожного вала на верхнем веке, углубле-

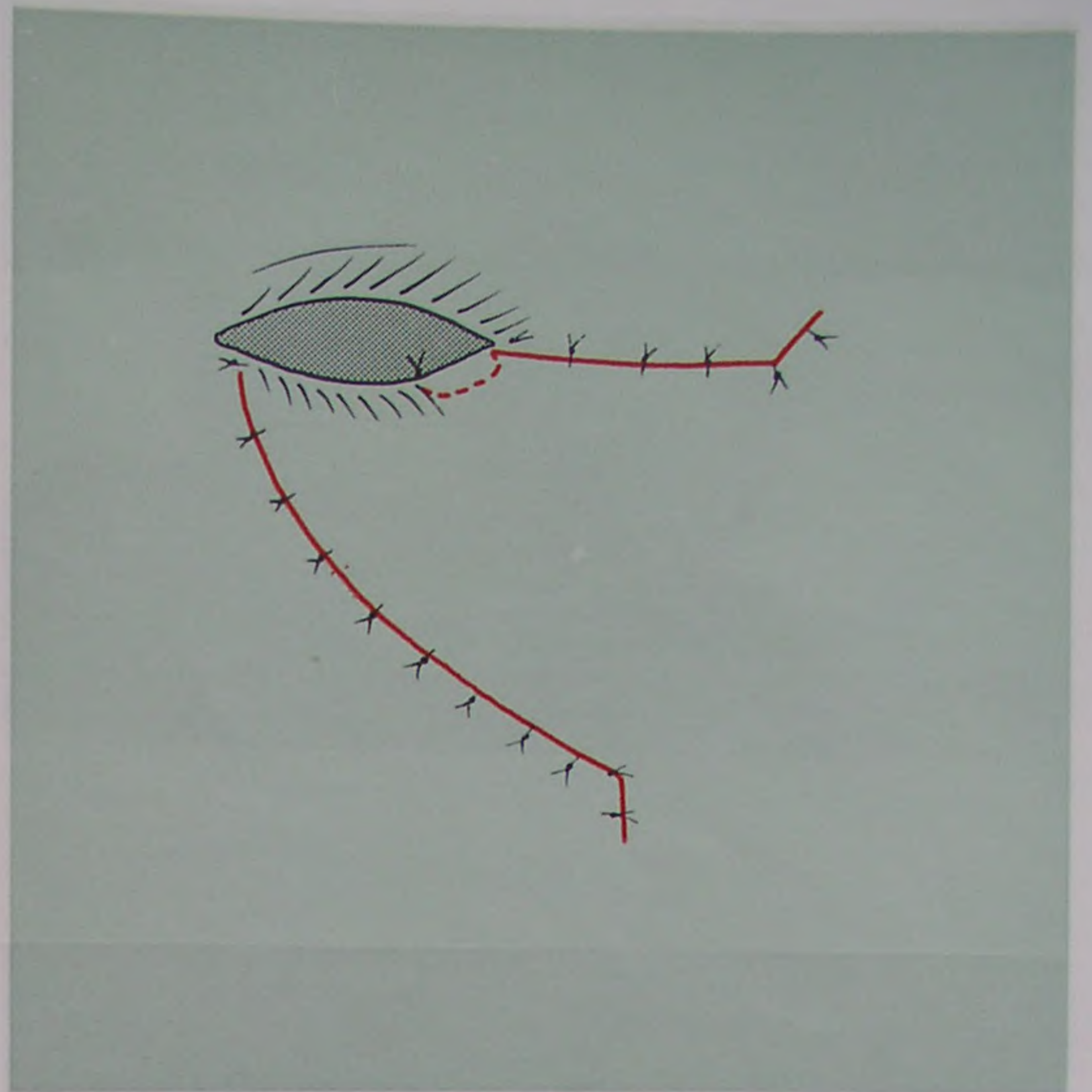
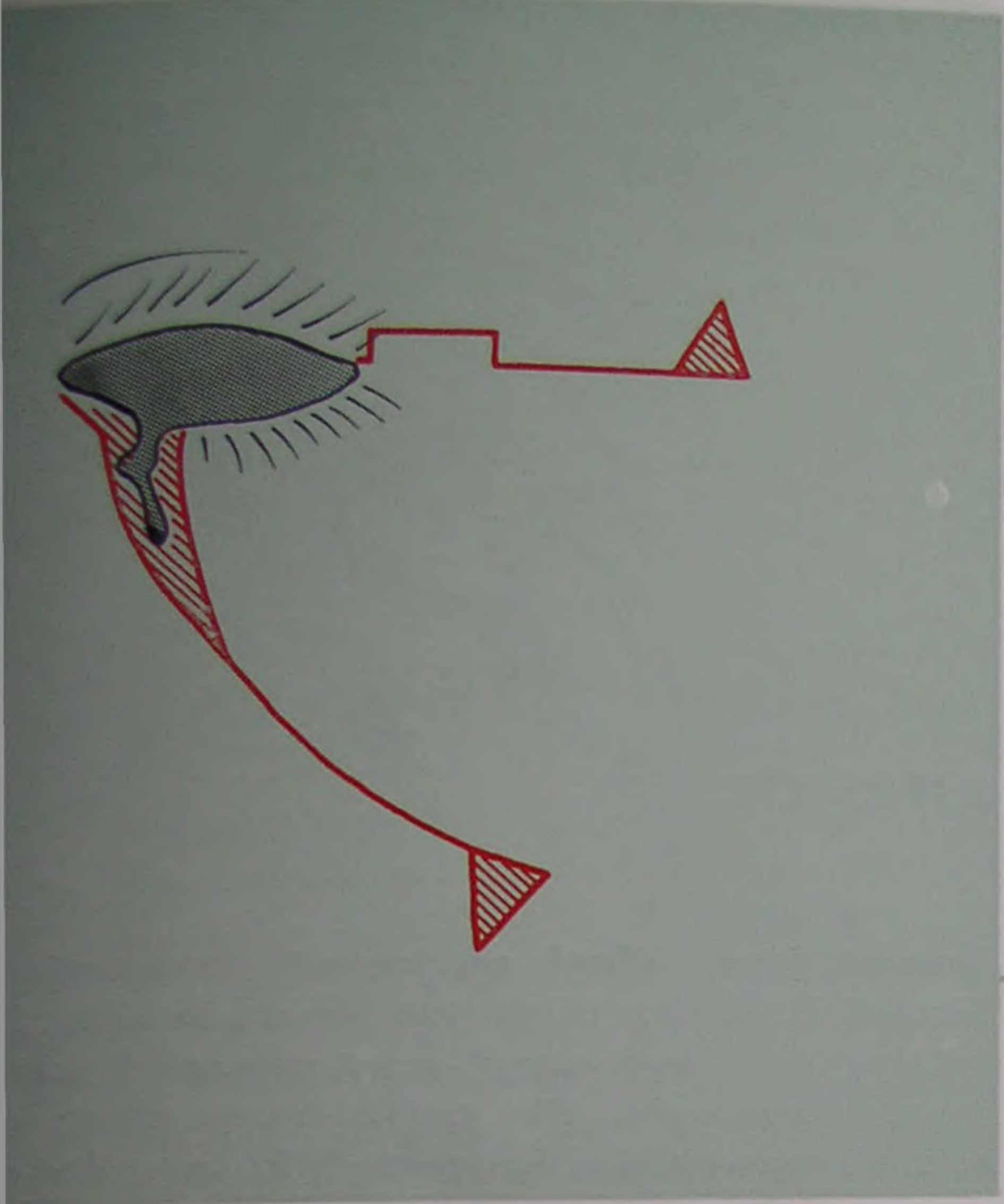
ние надреза на боковой поверхности носа, производимое с целью снижения основания крыла носа. — 11. Вывернутая конъюнктива рассечена окаймляющим разрезом и опрокинута внутрь. Рудимент века смещен в медиальном направлении, мобилизованная ко-



(13)



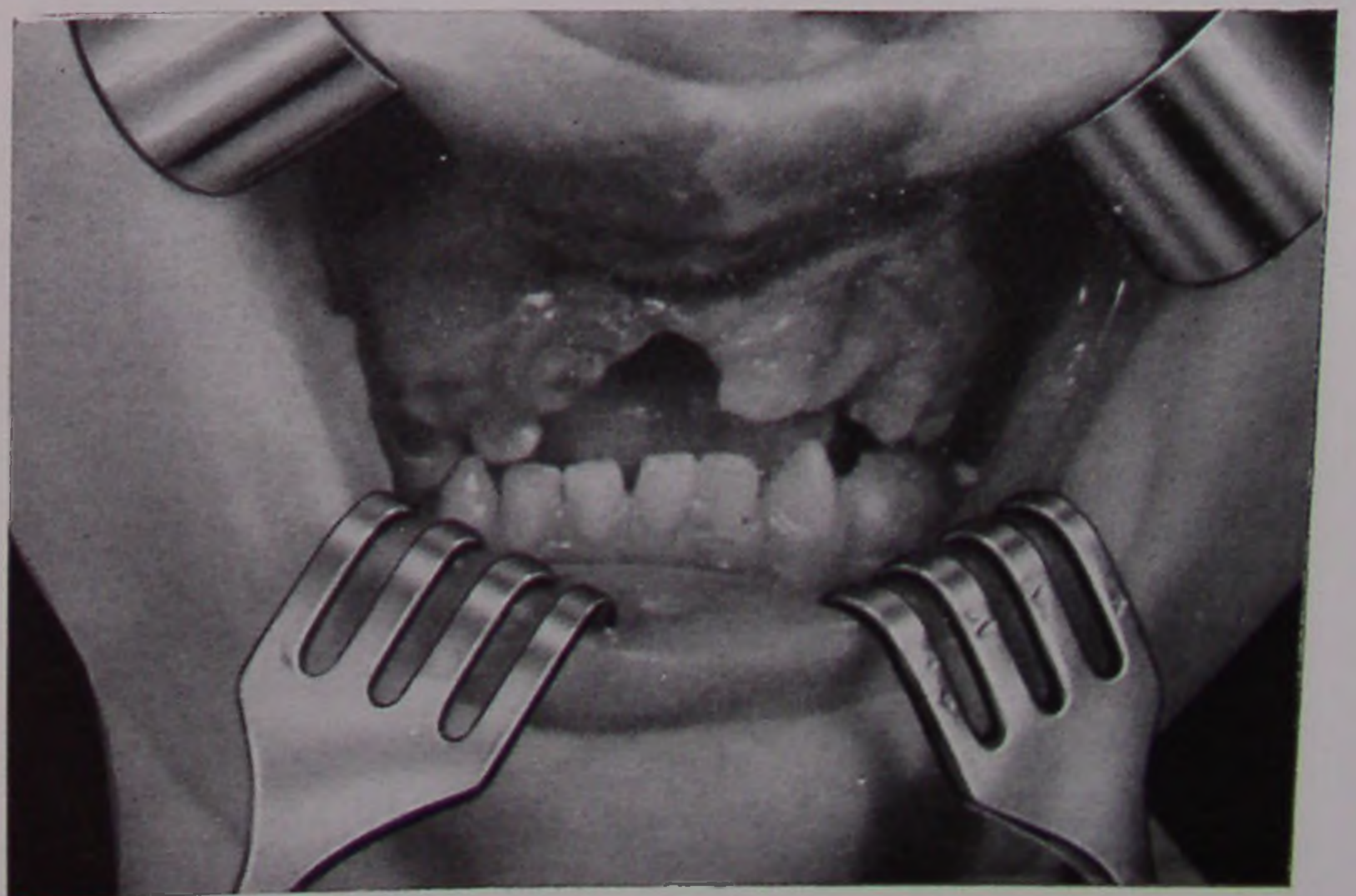
(14)

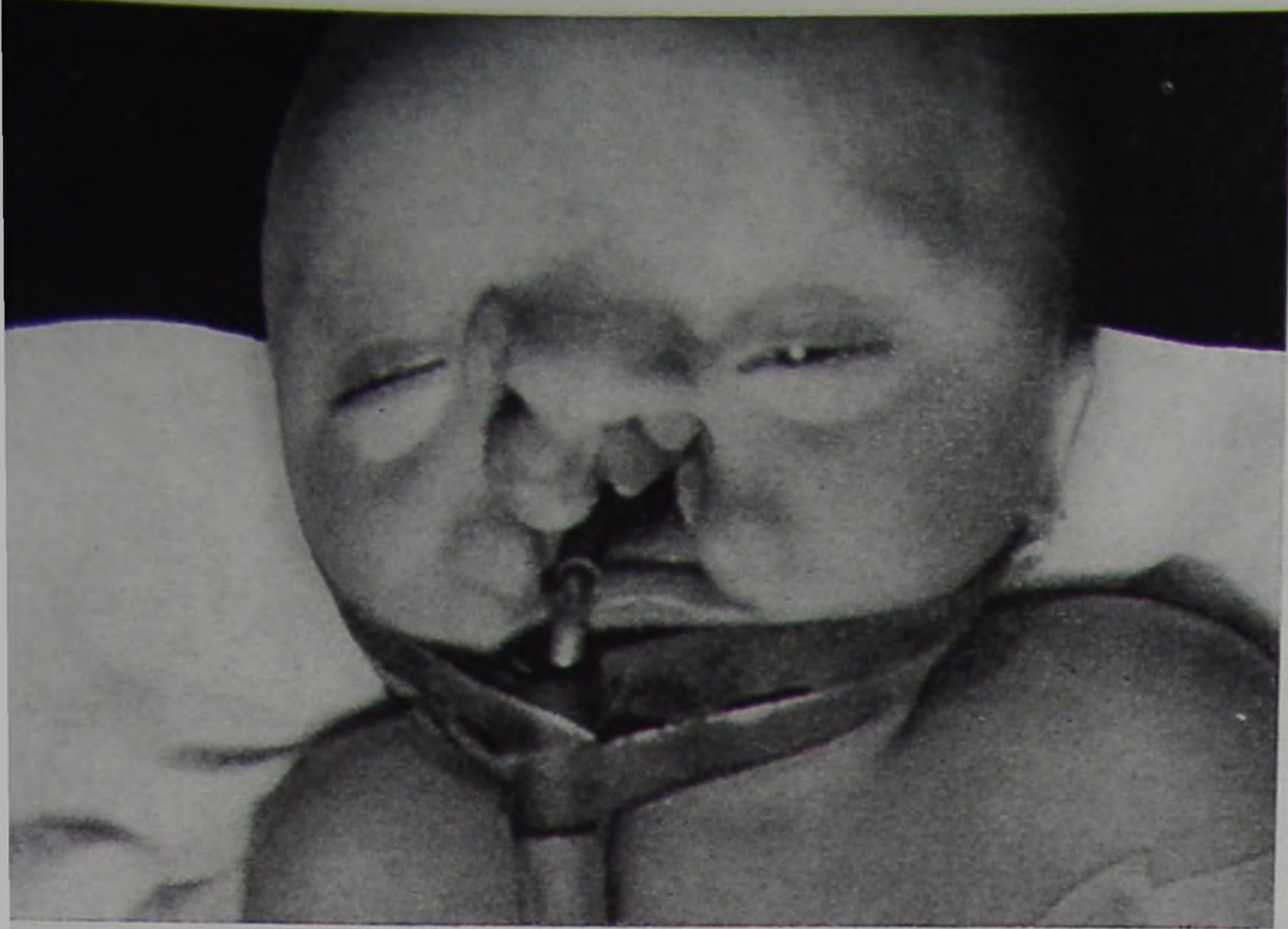


(16)

щеки перемещена в дефект на боковой поверхности носа. — 12. Состояние после окончания операции. — 13, 14. Состояние после излечения. Нижнее веко восстановлено, крыло носа заняло лучшее положение. — 15, 16. Схема операции в целях коррекции левой глазницы по Имрэ. — 17. Соотношение альвеолярных дуг правильное. Мальчик находится под систематическим наблюдением ортодонта.

(17)

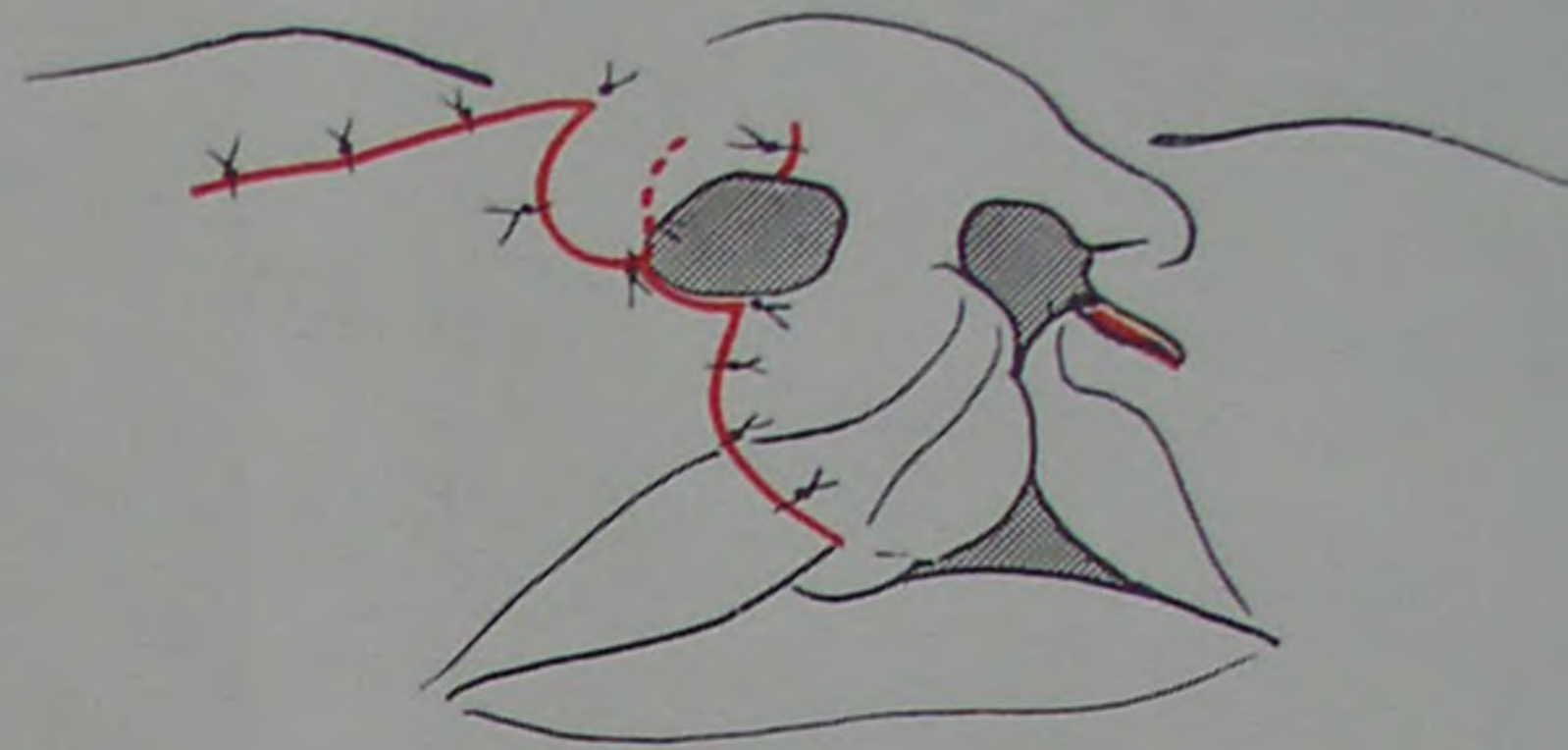




Р И С. 150.



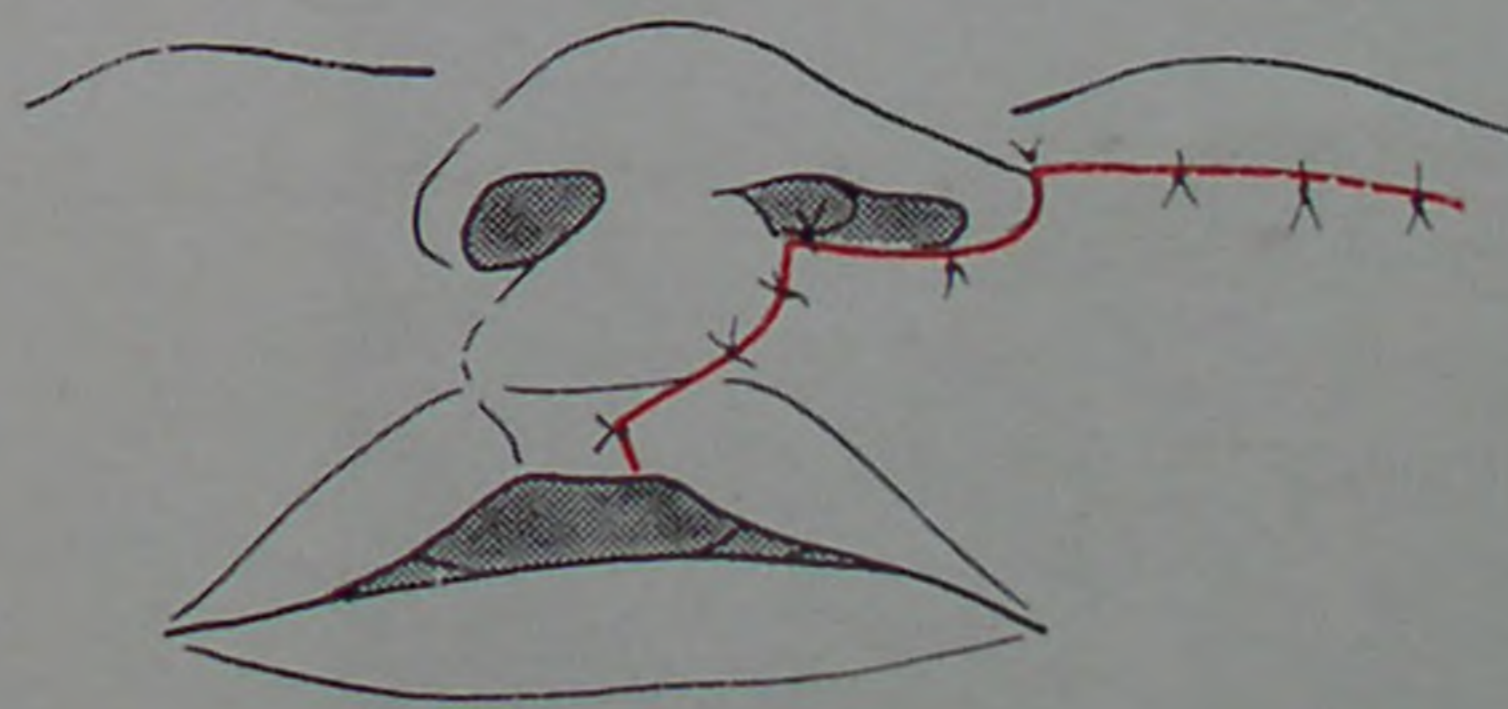
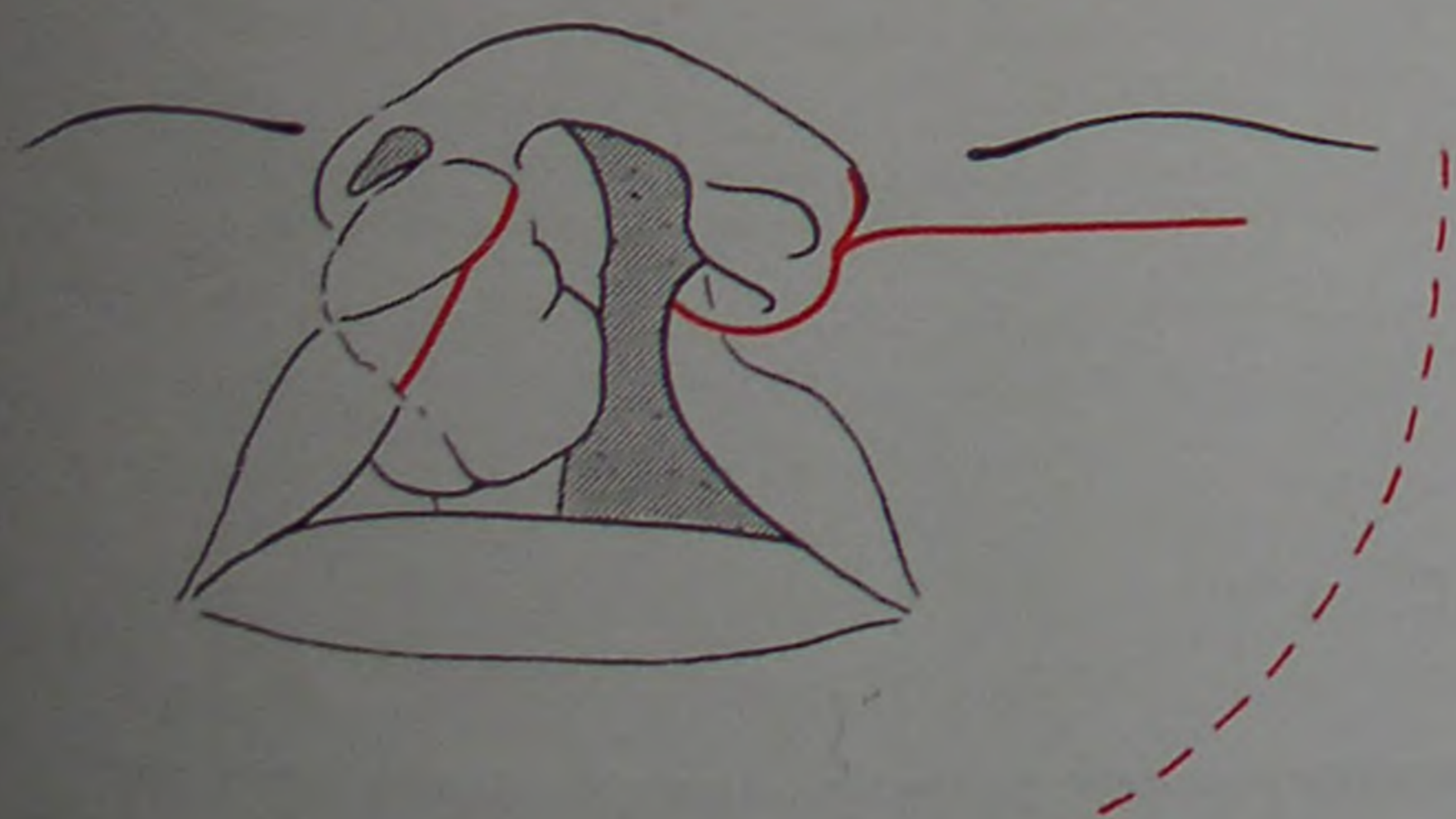
Тяжелая форма общей двусторонней аномальной расщелины губы и неба. Больной И. В., 1 года, история болезни No 32 893. 1, 2. Тяжелый микроцефалус, резко выраженный гипертелоризм. Форма расщелины губы и неба весьма неправильна. На правой стороне кверху поднимается щель в направлении к внутреннему углу глаза. Ноздря полностью разорвана. Крыло носа приподнято до уровня внутреннего угла глаза, межчелюстная кость повернута в правую сторону. 3. С левой стороны расщелина берет свое начало на губе и направляется почти в горизонтальном направлении кнаружи и заканчивается примерно на 1 см ниже внутреннего угла левого глаза. Левый глаз расположен ниже правого, в особенности стянут к внутреннему углу глаза. — 4. Схема разрезов, производимых при операции по поводу правой половины расщелины. С правой стороны рассечен край рудимента наружной части губы до уровня, на котором расположен край крыла носа. Из этого места ведется горизонтальный, слегка дугообразный разрез вдоль внутреннего края глазницы. Широко отсепаровывают кожу щеки. Крыло носа обрезают, рассекая во всю толщу его ткани. Это дало возможность значительно сместить крыло носа книзу. Край фильтрующей перегородки рассекают до основания носовой перегородки. После мобилизации носовой перегородки на губу накладывают швы. — 5. Крыло носа смещено книзу и пришито в этом новом положении, причём лоскут кожи щеки перемещен на боковую поверхность носа. 6. Операция по поводу левой половины расщелины. Прежде всего сшивают мягкое небо, края которого удалось сблизить почти



(5)

всем протяжении расщелины. Затем рассекают край рудимента левой части верхней губы. Разрез ведут вдоль краев щели ее вершины, затем по нижнему краю глазницы в латеральном

направлении. После широкой отсепаровки мягких тканей щеки производят разрез вдоль крыла носа и левого края филтрума. — 7. Мобилизованные части сдвигают, крыло носа смещают



(7)



(9)

(10)

и восстанавливают дно носового хода. — 8. Больной излечен. В 1960 году была произведена операция по устранению дефекта на правой стороне; при этом край меж-
ной кости был фиксирован к правому переднему полюсу путем перемещения встречных треугольных слизисто-над-
ных лоскутов. — 9, 10. Через год после последней операции

произведено хирургическое вмешательство на губе и носу. Психи-
ческое развитие мальчика протекало нормально. Больной научился
хорошо говорить, хотя передняя часть неба оставалась широко
открытой. Наблюдается значительный гипертелоризм с большим
излишком кожи на спинке носа и полное отсутствие бровей. Левый
глаз расположен значительно ниже правого.



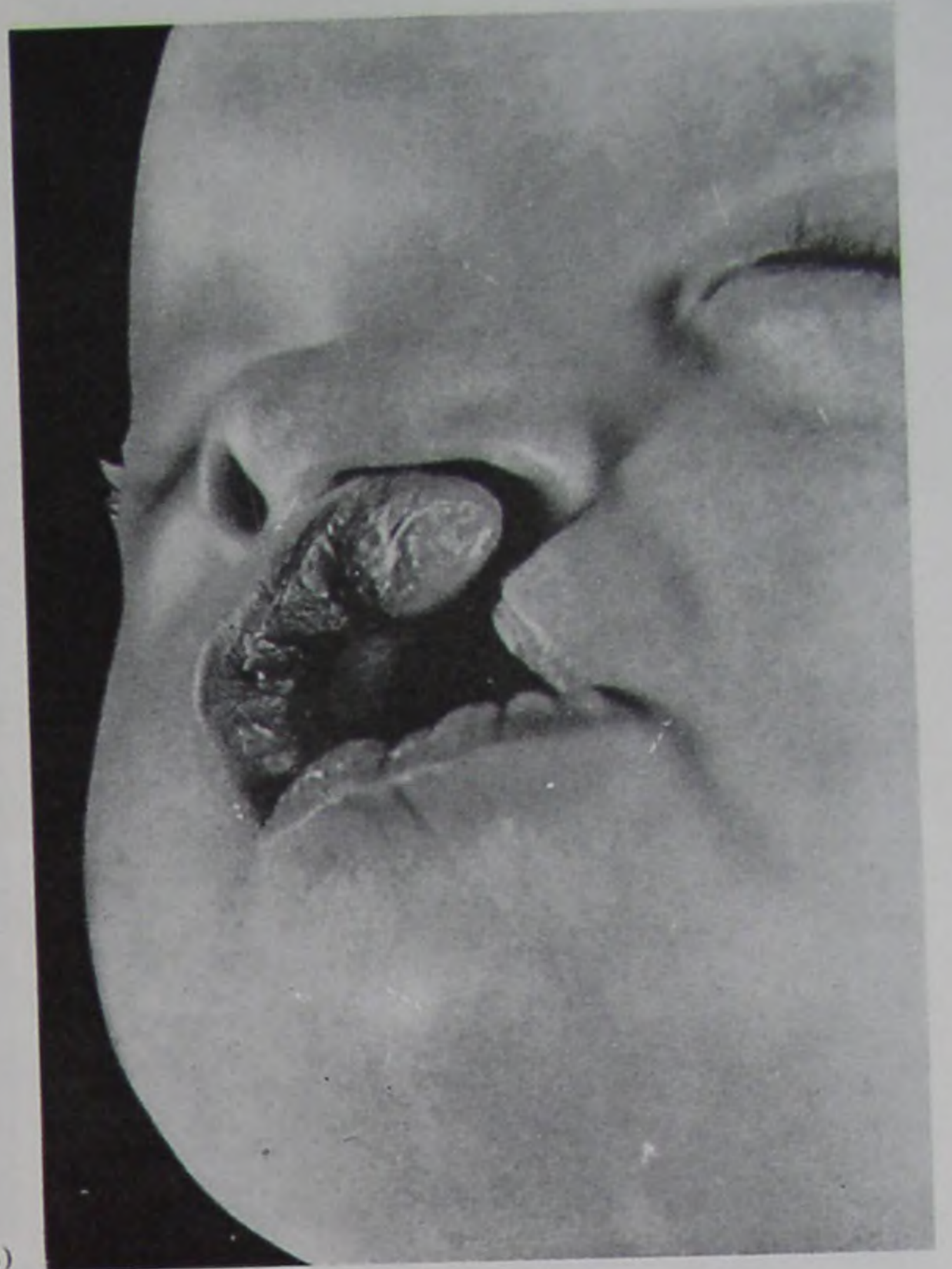
(1)

Р И С. 151.

Комплексный порок развития ариенцефалического типа с общей
расщелиной. Больная Г. А., 4½ месяцев, история болезни
№ 29 023. 1. Гипертелоризм, гидроцефалус. На рентгенограмме
отчетливо видны извилины мозга. Наблюдается легкий несим-
метричный экзофтальм и деформация несимметрично расположен-
ных ушных раковин. — 2. Резко выраженный гипертелоризм.
Косое расположение глаз, наружные углы глаз с правой стороны



(2)

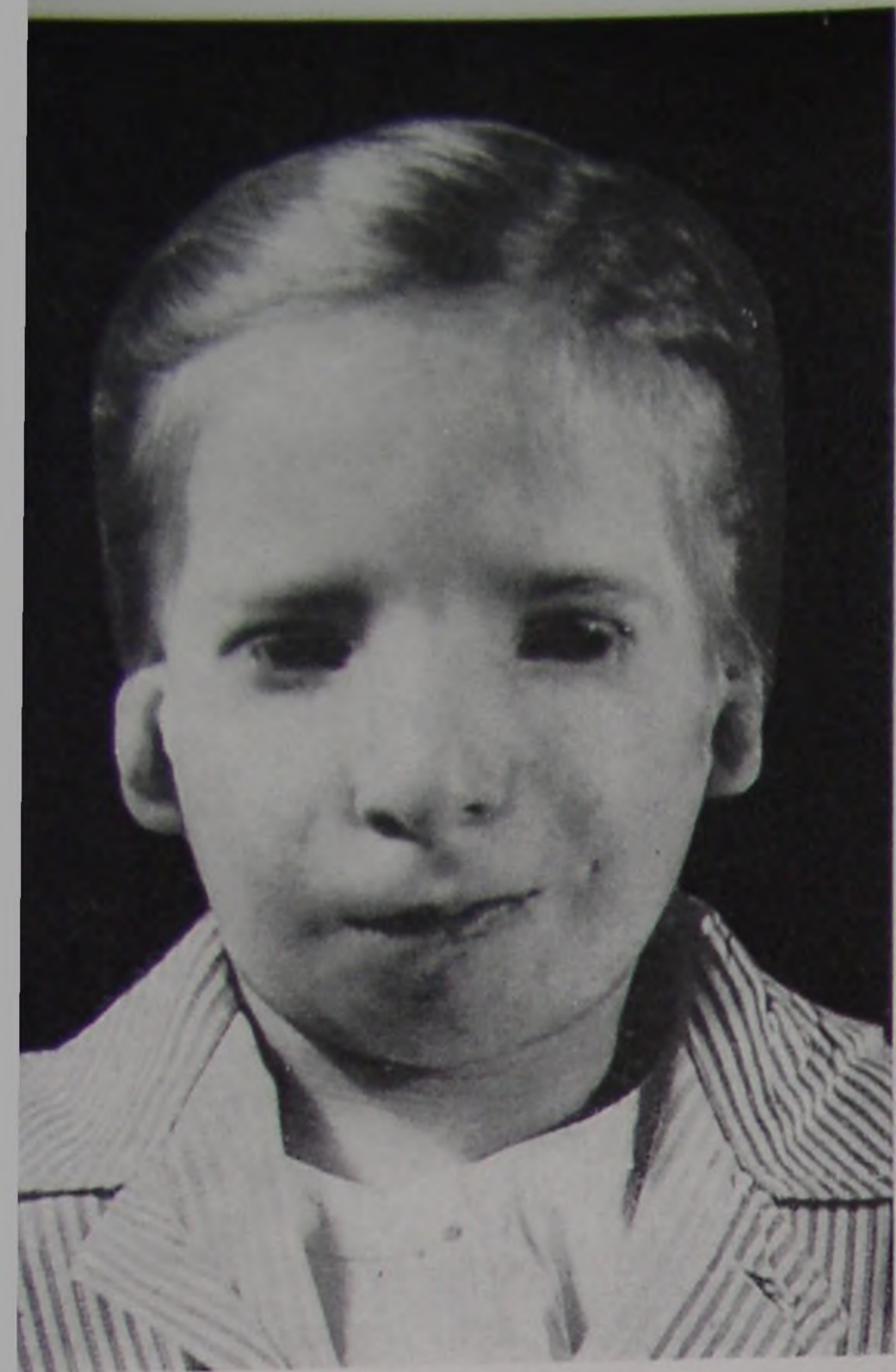


(3)

ены больше, чем с левой. Наличие левосторонней общей
 елины еще больше подчеркивает асимметрию. Нос и осно-
 : носовой перегородки сильно смещены в правую сторону,
 й угол рта смещен несколько латерально. — 3. Межчелюст-
 кость относительно велика; ее выступающий передний край
 и достигает крыла носа, которое вдавлено в лицо и смещено
 ежчелюстную кость. Носовая щель узка, выпукла. На нижней
 по средней линии отчетливо видна перетяжка красной кай-
 от которой отходит кверху вертикальная бороздка длиной
 ьерно 1 см. Операция на верхней губе сделана в возрасте
 есяцев, на небе — в возрасте 4½ лет. Была произведена
 оппозиция и фарингофиксация. У вершины расщелины на-
 ило расхождение шва, а образовавшийся дефект был еще год
 тя закрыт путем смещения слизисто-надкостничных лент.
 озрасте 6 лет была удлинена носовая перегородка, для чего
 ебовалось выкроить на губе треугольный лоскут. В первый
 год после операции девочка научилась вполне прилично го-
 ть. — 4. Больная в возрасте 7½ лет.



(4)



(1)



(2)

Р И С.

Мандибуло-фациальный дизостоз (болезнь Тричера-Коллинса, teacher-Collins). Больная И. Ш., 3 лет, история болезни № 8437. 1. Резко выраженная гипоплазия нижней челюсти, гипоплазия обеих ушных раковин и атрезия обоих наружных слухо-

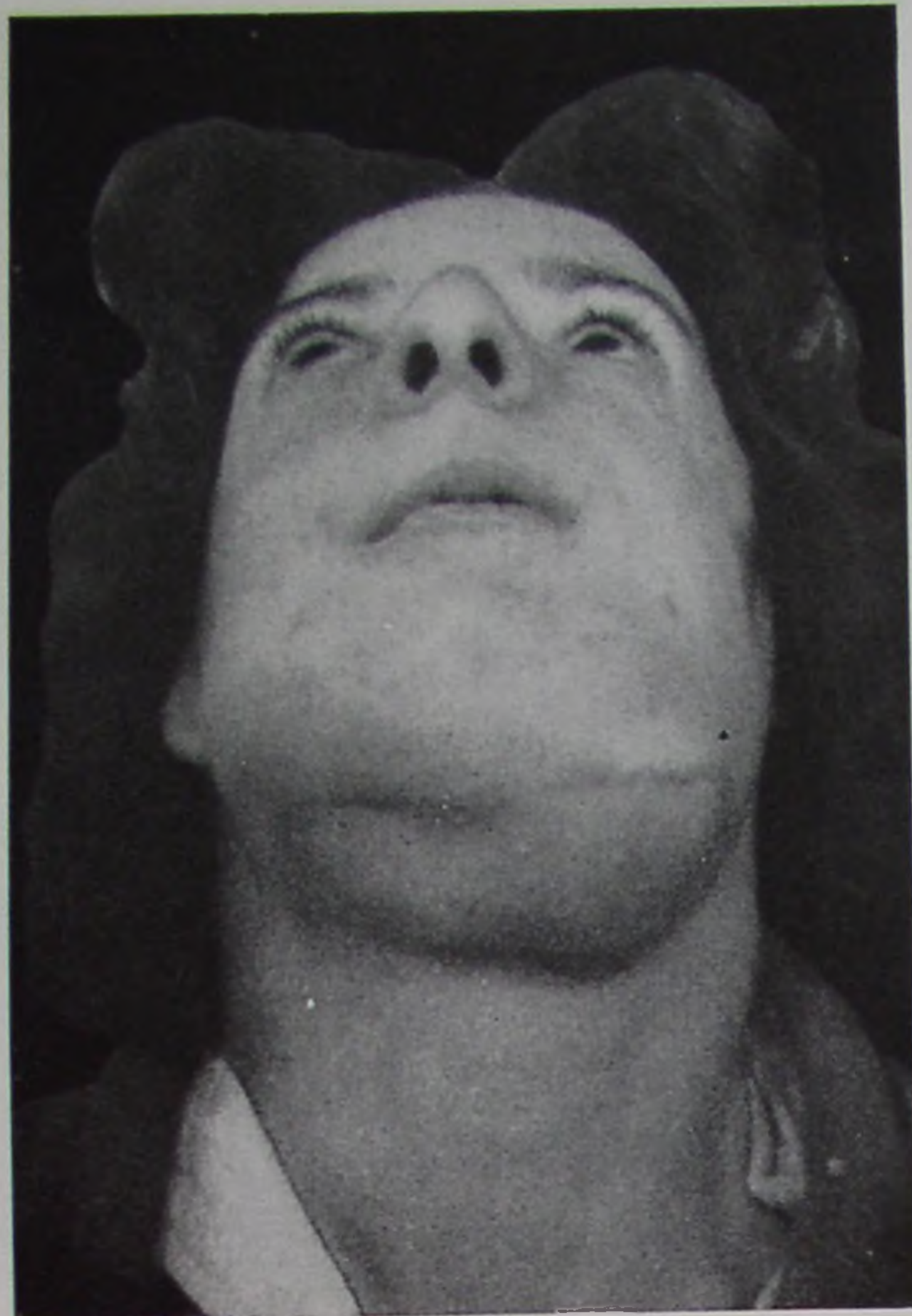
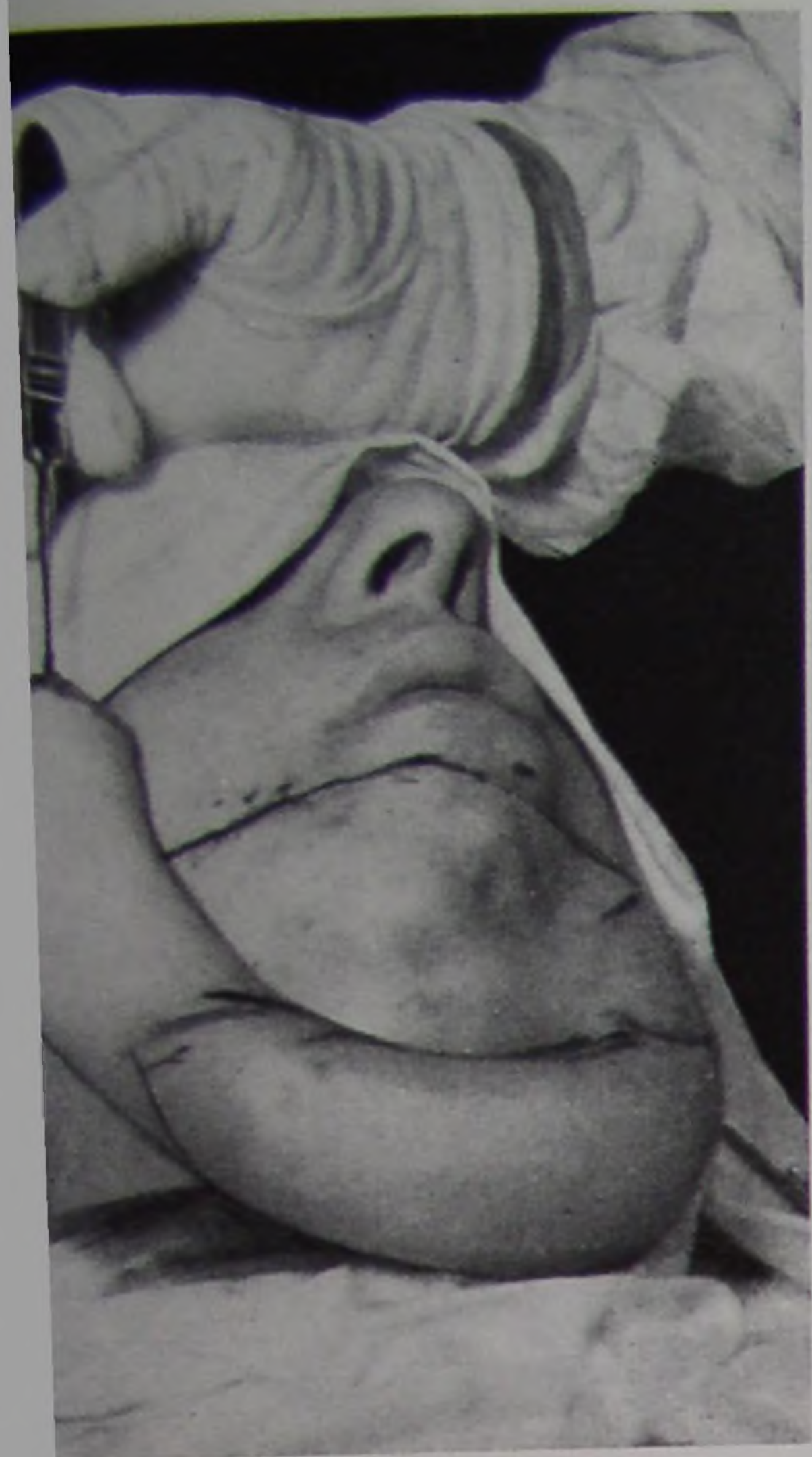
вых проходов. — 2. Подбородок значительно смещен вперед. Хирургическое лечение стали проводить с семилетнего возраста. Прежде всего были сформированы ушные раковины. — 3. Больная в возрасте 20 лет. Выявляются характерные изме-



(3)



(4)



(6)



(7)

ленные гипоплазией нижней челюсти. В левой подчревной подготовлен стебельчатый лоскут. Через правое пред- стебель перенесен на левую половину нижней челюсти. — окончательной пересадки среднюю часть стебля срезают овала, чтобы лоскут после подшивания дополнял кожный подбородка. Затем производят декортикацию перифери- части стебля (т. е. с него срезают эпителиальный слой). подбородка рассекают в поперечном направлении, края

рны расрепаровывают и с правой стороны создают подкожный карман, распространяющийся вдоль горизонтального края нижней челюсти до рудиментарной ушной раковины. В это ложе вводят лишенную эпителия часть лоскута. Среднюю часть лоскута, с которой не был срезан эпителиальный слой, подшивают к под- бородку. — 6, 7. Больная через год после операции. В дальней- шем можно ожидать некоторого уменьшения объема подбородка.



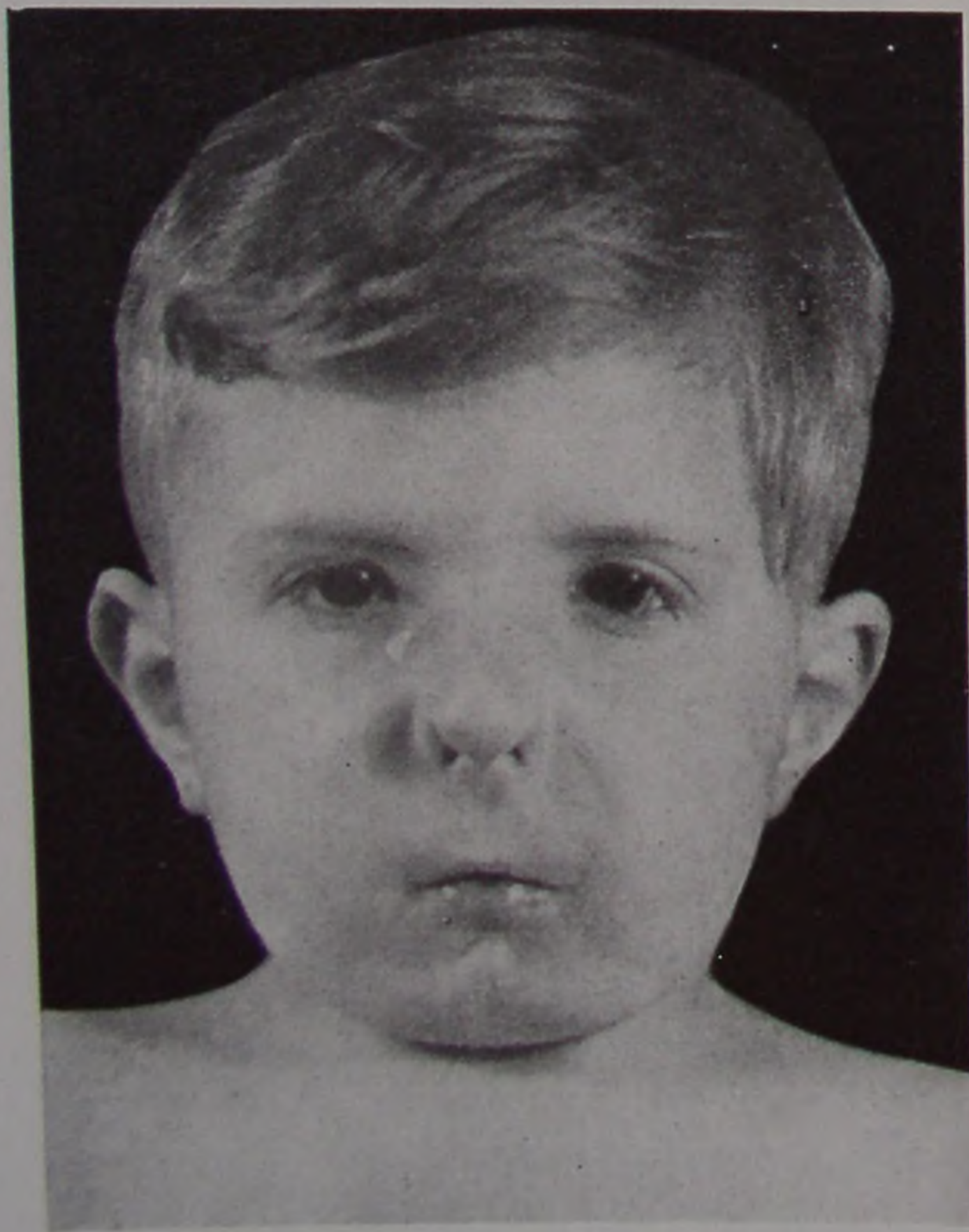
(1)



(2)

Мандибуло-фациальный дизостоз. Больная К., 20 лет, история болезни № 25 209. 1. Гипоплазия нижней челюсти у этой больной выражена еще более резко. Методика операции была в дан-

ном случае аналогична той, которая была описана в литературе. В область подбородка, однако, был кроме того, введен хрящ. — 2. Больная после излечения.



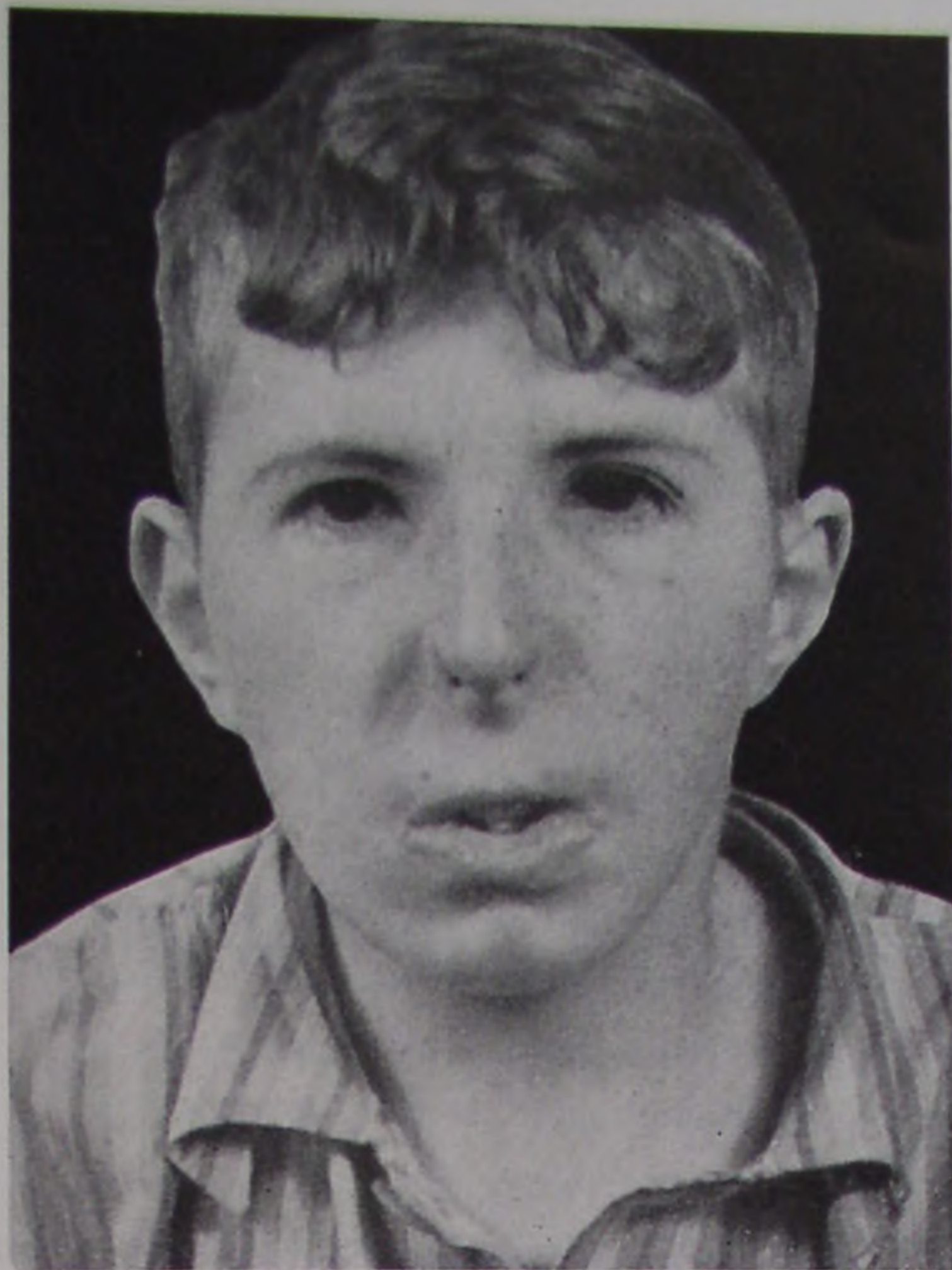
(1)

Р И С. 154.

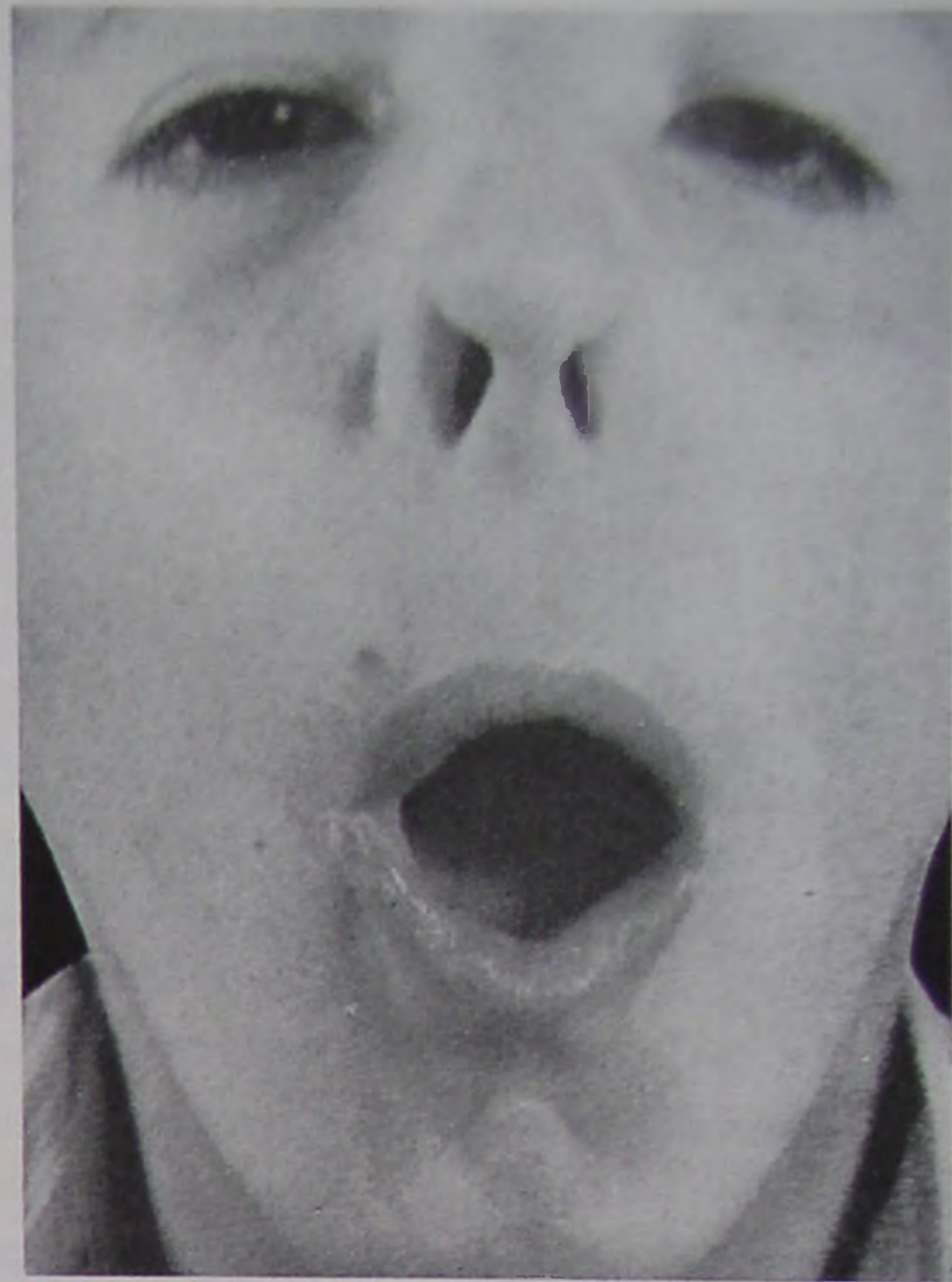
Признак «лицо свистуна» при поливалентном синдроме. И. Л., 4 лет, история болезни № 20 792. 1. Небольшая щель. Губы выпячены, как при свисте. Высокая губа, узкие



(2)

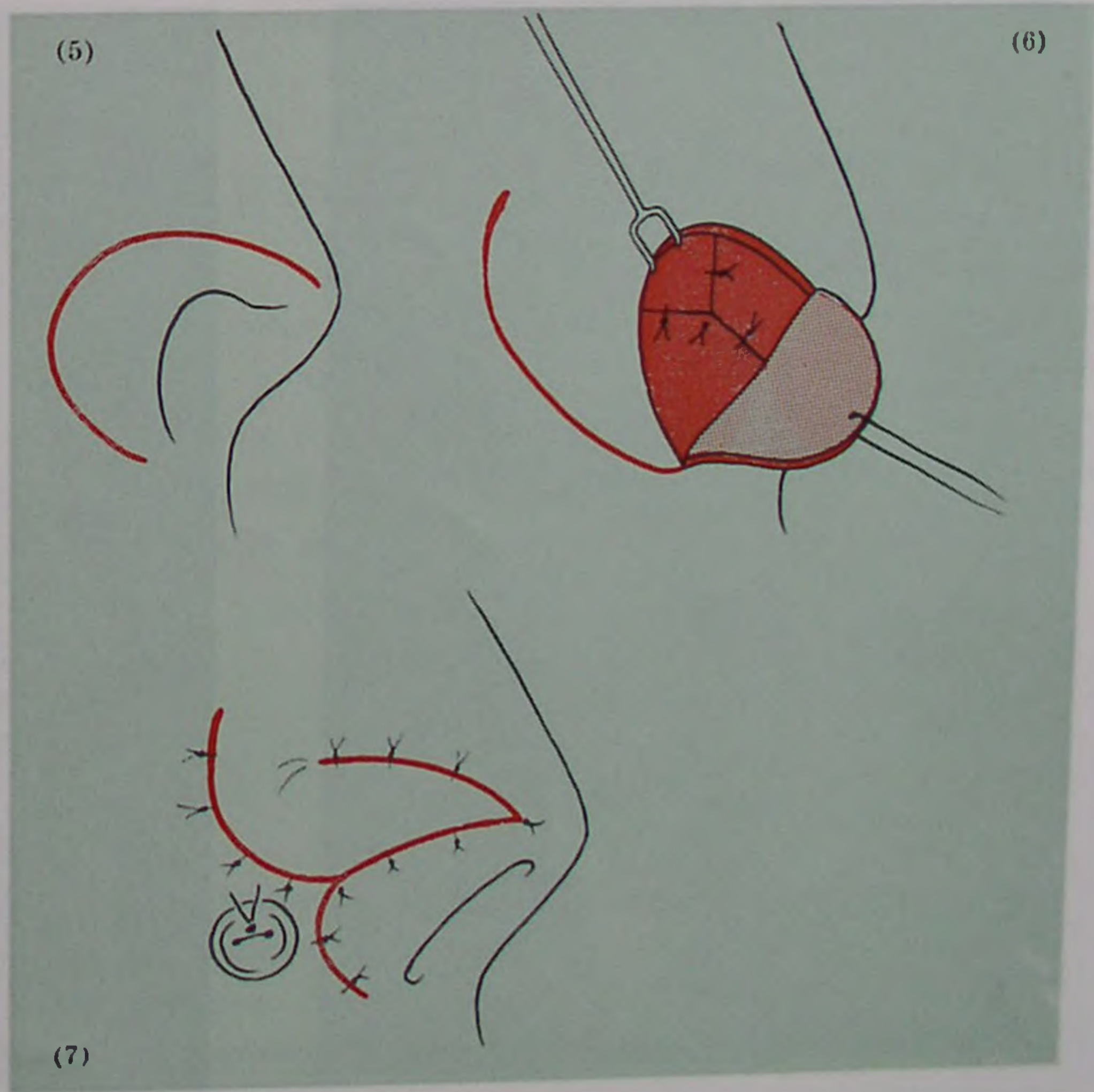


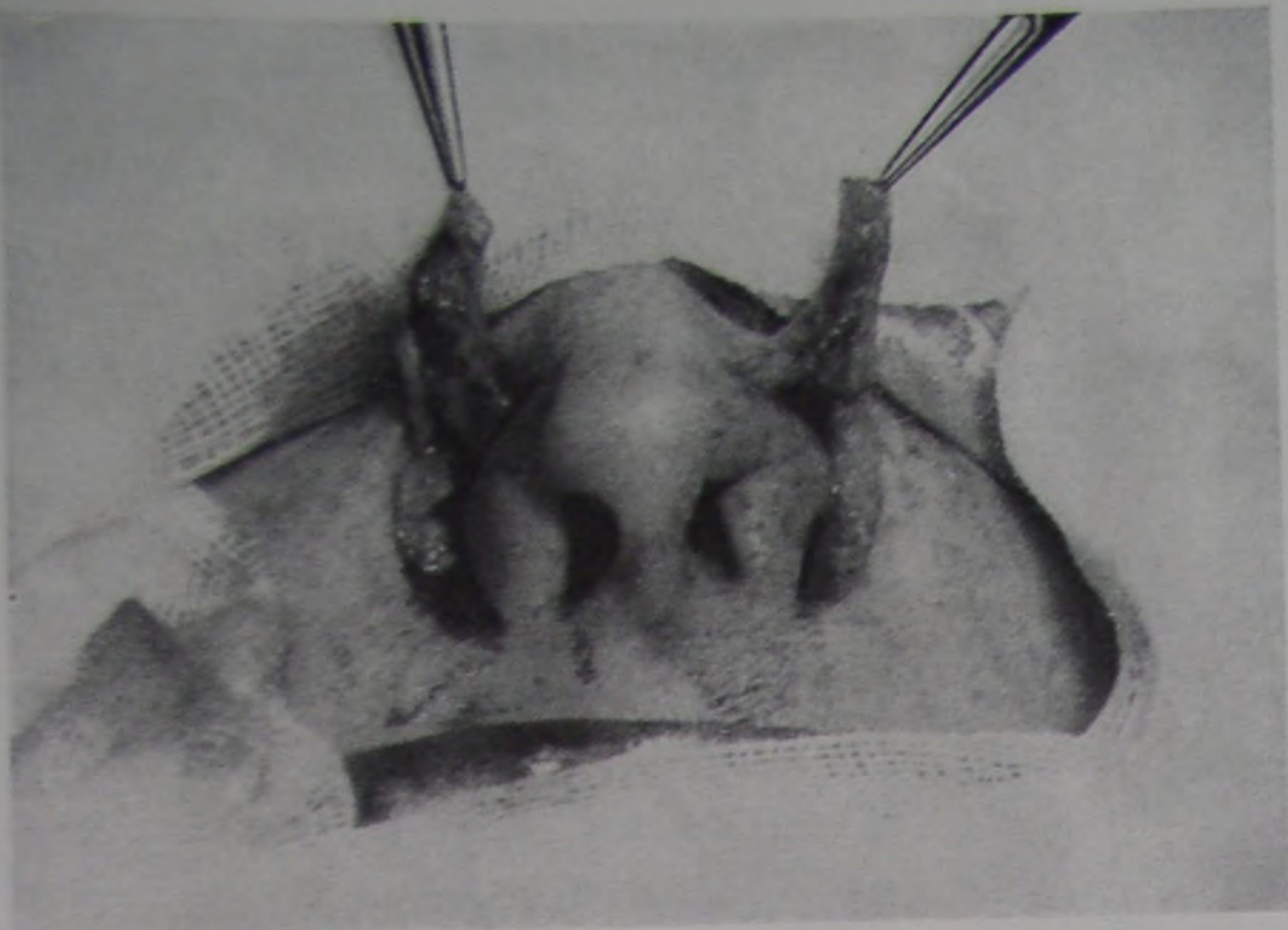
(3)



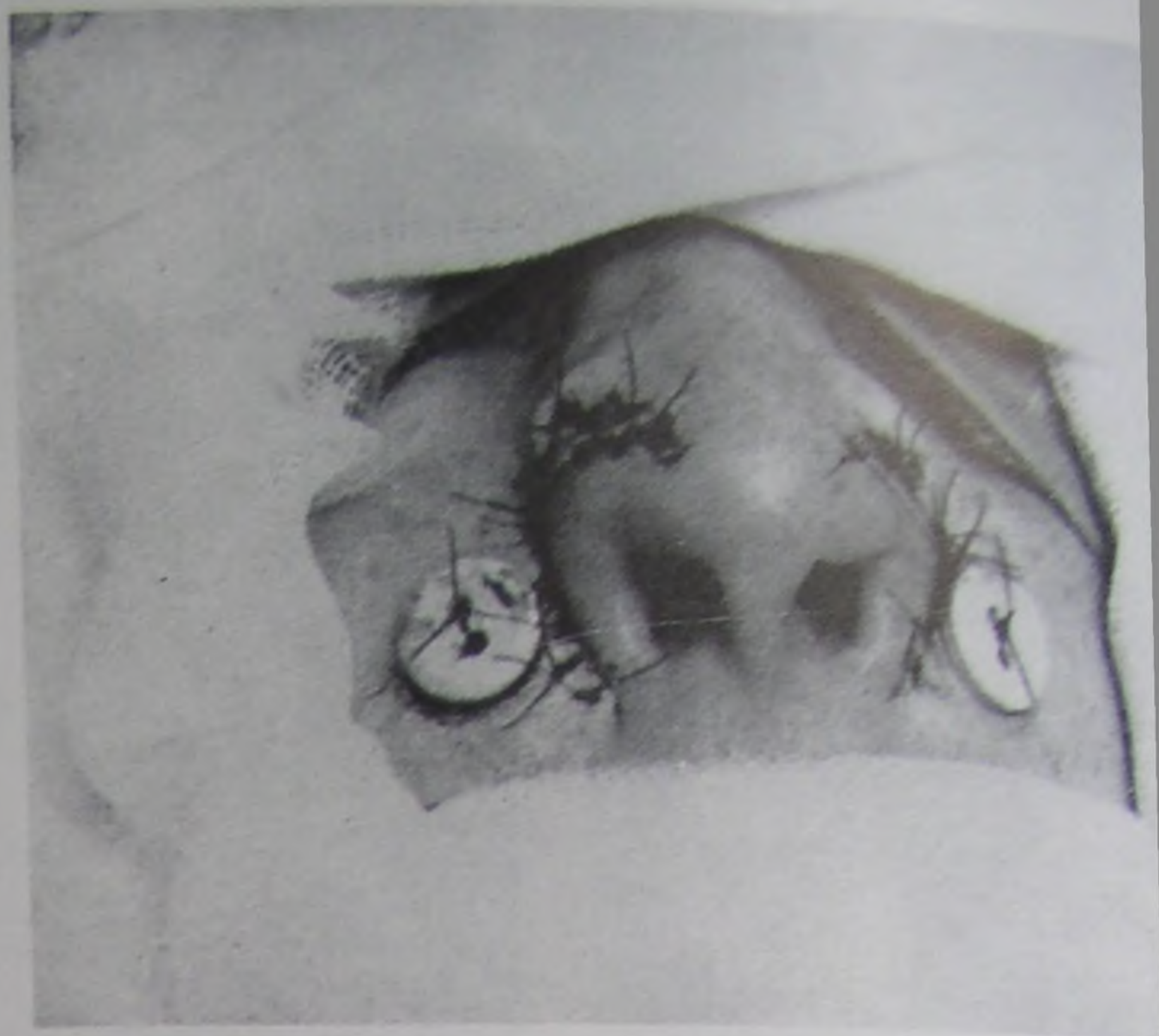
(4)

Колобомы крыльев носа с верхушкой в области границы передней и средней трети крыла носа. — 2. При выдувании воздуха щеки надуваются, как резиновый воздушный шар. У больного выявляются и другие аномалии: сходящееся левостороннее косоглазие, торчащие, слегка деформированные уши, двусторонний вывих бедра (после вправления), конская стопа, флексионно-абдукционная контрактура II—V пальцев на всех конечностях в сочетании с флексионными контрактурами всех больших пальцев, симметрическая гипоплазия нижних конечностей. В возрасте 6 лет произведена двусторонняя операция по поводу микростомы. При макроскопическом обследовании щечная мышца отсутствует; вместо нее обнаруживается рыхлая ткань, в которой при гистологическом исследовании выявляются остатки мышцы в различных стадиях дегенерации и распада. Сделана попытка заполнить дефект путем перемещения частей вспомогательных мышц губы. — 3, 4. Больной после операции. В возрасте 14 лет произведена операция по поводу колобомы крыльев носа. — 5. Кожа крыла носа окаймлена дугообразным разрезом, идущим от его основания в области щеки до верхушки. — 6. Кожа крыла носа отпарована книзу до самого края вместе с хрящами, кожу верхнего края мобилизуют кверху по боковой поверхности носа. В высшей точке колобомы слизистую оболочку носа разрезают в форме латинской буквы V, у обоих концов этого разреза производят дополнительные насечки. Край крыла носа оттягивают книзу, а дефект слизистой зашивают в форме буквы У. — 8. Для за-





(8)



(9)

полнения дефекта кожи, образовавшегося на боковых поперечных поверхностях носа в результате смещения его крыла книзу, с обеих сторон на а. angularis выкраивают по небольшому лоскуту с верхней ножкой. — 7, 9. Лоскуты перенесены на боковые поверхности носа. Кожу щеки фиксируют матрацными швами,

завязанными на пуговицах. — 10. 11. Больной после этого хирургического вмешательства на крыльях носа. В дальнейшем необходимо придать надлежащую форму угловому носовому перегородкой и губой, и устранить в углах рта.

(10)



(11)



При операциях на губах функциональные, эстетические и косметические аспекты одинаково важны. Большое число операций производится по поводу пороков развития, не нарушающих функции рта. По эстетическим соображениям свободная пересадка кожи для замещения дефекта производится только в тех случаях, когда нет возможности воспользоваться другим способом. Всегда надо стремиться использовать для замещения дефекта прилежащую кожу. Носогубные лоскуты выгодны уже по той причине, что вместе с ними может быть перенесена к дефекту и мышечная ткань. При восстановительных операциях реконструкция мышц является главной задачей. Восстановление красной каймы является важным требованием, которое часто тяжело выполнить как и точное восстановление хорошо вычерченной границы красной каймы и кожи. Рисунок «лука Купидона» является в настоящее время критерием оценки оперативных методов при лечении расщелины губы. Соотношение обеих губ тоже подвергается критической оценке. У детей и молодых лиц следует избегать швов, накладываемых в перпендикулярном к границе красной каймы и кожи направлении. Рубцы, возникающие после наложения таких швов, сокращаются и крышеобразно приподнимают границу красной каймы и кожи.

ВРОЖДЕННЫЕ ДЕФОРМАЦИИ

Что касается врожденных пороков развития, то в этой главе будут рассмотрены только макрохеилиом, редко наблюдаемые срединные расщелины верхней губы и расщелины углов рта, так как расщелины середины лица были рассмотрены в особом обширном разделе. Врожденные свищи нижней губы, ее расщелины и врожденные микростомы встречаются реже.

ТРАВМЫ ГУБЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ

При ранениях губ следует производить первичную пластическую обработку раны (рис. 159). Репарация может быть без опасений произведена в течение первых суток после травмы. У молодых лиц и при благоприятных обстоятельствах под защитой антибиотиков такую хирургическую обработку

раны можно произвести даже через 3—4 дня после травмы. Если обработка раны производится в более поздние сроки, или в случае неблагоприятных обстоятельств, необходимо отложить операцию, назначив больному антибиотики. Отложенная пластическая операция может быть произведена в течение первой недели после травмы.

При одновременном переломе челюсти необходимо прежде всего произвести репозицию и фиксацию отломков. Следует как можно лучше восстановить мышечный слой. Даже сильно разорванную мышцу можно нередко хорошо восстановить путем тщательного наложения кетгутовых швов (р и с. 160).

В первые послеоперационные дни питание больных осуществляют с помощью введенного через нос зонда. На протяжении заживления раны необходимо тщательно ухаживать за ротовой полостью больного. Восстановительные операции после ранений бывают сложны и трудны. Особенно сложны восстановительные операции, производимые в целях ликвидации последствий после ожогов губ, являющихся результатом электротравмы у маленьких детей, а также при ликвидации дефектов, вызванных потерей части губы при укусах животными (р и с. 161—170).

ОПУХОЛИ

При раке, даже в случае поражения верхней губы, не следует надеяться на то, что обычно встречающиеся здесь базалиомы являются доброкачественными опухолями. Не следует терять времени на облучение этих опухолей, а надо с самого начала производить их экстирпацию. Это тем более касается рака нижней губы. Только при весьма небольших опухолях допустимо в самом начале их разрастания производить простое клиновидное иссечение губы во всю толщину. Прямое сшивание губы в целях закрытия дефекта может быть произведено только в том случае, если ширина дефекта не превышает одной трети длины губы. Более широкие дефекты можно закрывать или лоскутом Эстпландера, выкроенным из верхней губы, или путем использования этой пластики в сочетании с перемещением остатка губы (р и с. 175). Очень хороших результатов удастся добиться при больших или даже полных резекциях губы путем применения пластики Диффекнбаха (Diffecknbach), модифицированной Бергманном (Bergmann). Следует хорошо мобилизовать лоскуты и тщательно позаботиться о питающих их артериях (а. maxillaris externa), чтобы им не угрожало ни натяжение, ни давление краем челюсти (р и с. 178).

Мы рекомендуем при этой операции обязательно удалить несколько лимфатических узлов и в случае выявления в них опухолевых клеток дополнительно произвести полное удаление всех шейных лимфатических узлов. При запущенных опухолях, распространяющихся на слизистую поверхность губы, следует подумать о резекции передней части нижней челюсти в сотрудничестве со стоматологом.

ПРИБРЕТЕННЫЕ ДЕФЕКТЫ НЕБА

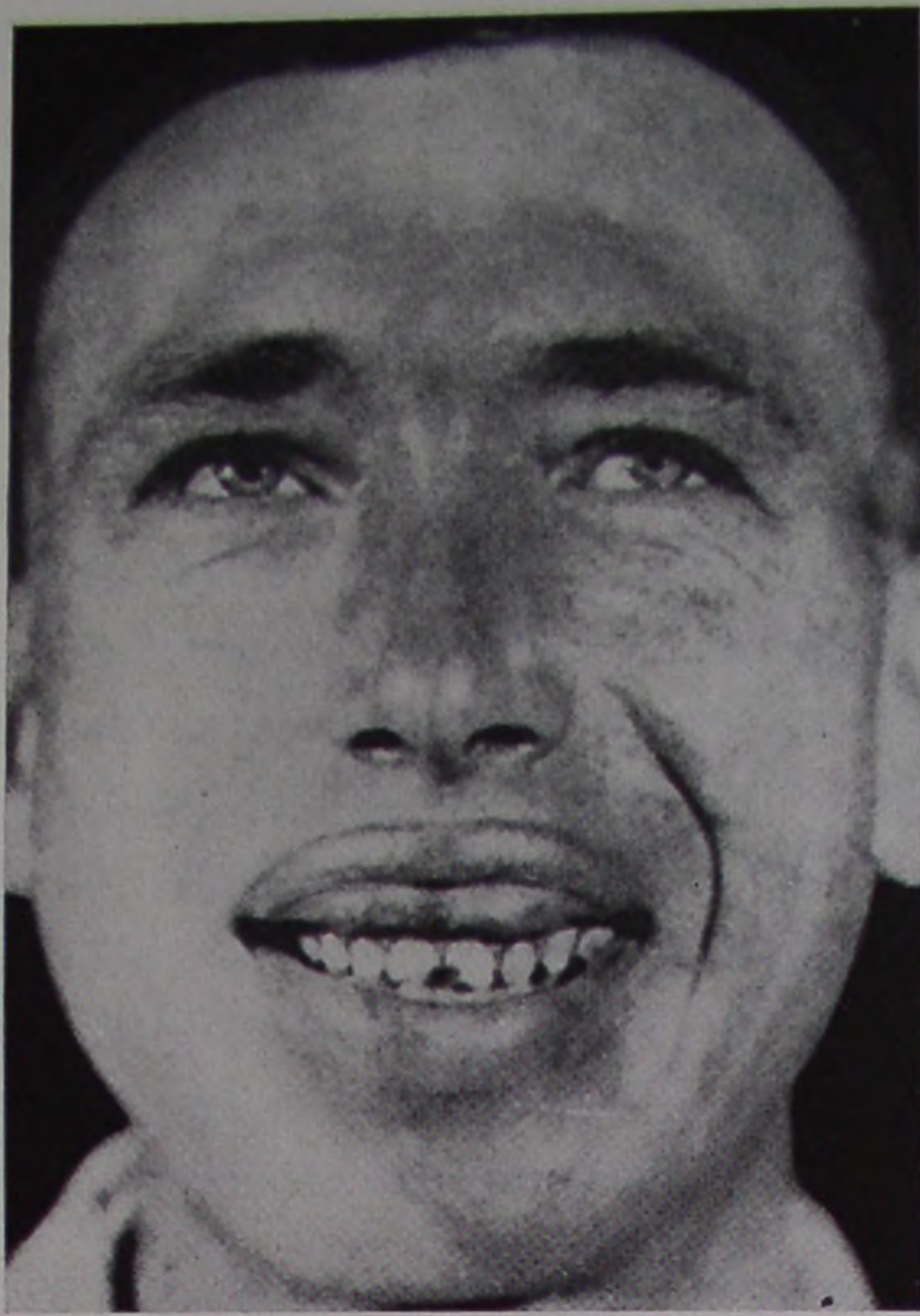
Дефекты неба возникают различными способами. После огнестрельных ранений верхней челюсти, обусловивших раздробление кости, остаются дефекты различной формы и величины, если непосредственно после ранения не была произведена операция по устранению дефекта межчелюстной кости и не были наложены швы на разрывы слизисто-надкостничного слоя (р и с. 179).

Механического происхождения бывают и довольно часто наблюдаемые дефекты, возникающие в результате давления присасывающихся пластинок зубных протезов. Давление ведет к возникновению гематомы, набуханию и некрозу слизисто-надкостничного слоя; некрозу подвергается и обнаженная кость (р и с. 180).

Довольно часто возникают дефекты люэтического происхождения. Специфический остеопериостит твердого неба обуславливает возникновение очень обширных некрозов и дефектов (р и с. 181, 182).

Дефекты, наконец, возникают после удаления опухолей твердого неба. Эти дефекты так же как дефекты люэтического или травматического происхождения осложняются рубцеванием прилежащих тканей, что затрудняет операцию (р и с. 183).

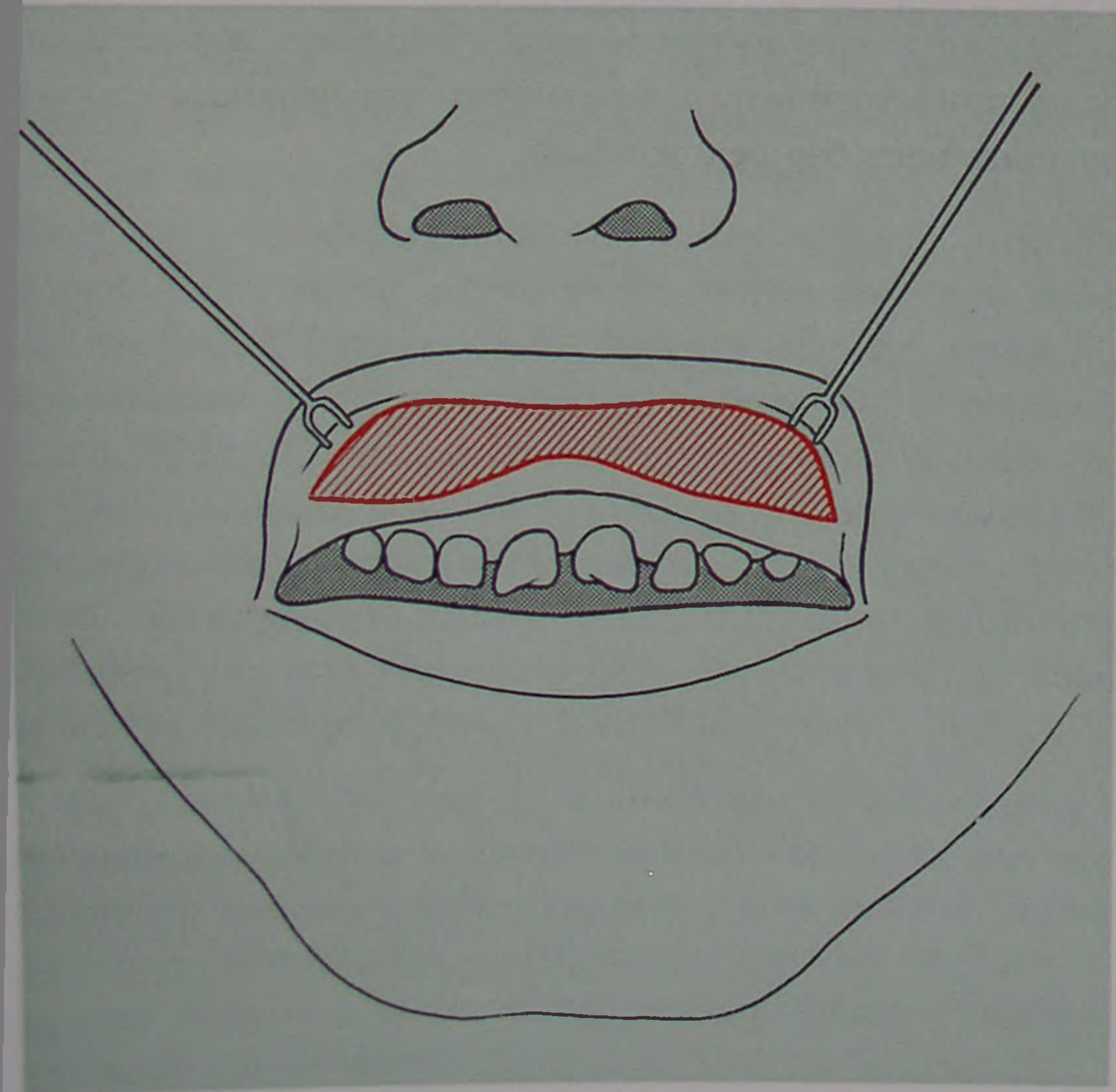
Закрытие этих дефектов затрудняют изменения окружающих тканей, значительно понижающие их биологическую ценность, в связи с чем закрыть дефект путем одномоментной операции нельзя. Лоскуты, в особенности те, которые должны быть перемещены из ротовой стороны на носовую, должны готовиться по-этапно; отдельные операции производят в интервалах, длящихся несколько дней. Только таким путем можно обеспечить жизнеспособность этих лоскутов. Если придерживаться описанного осторожного способа, то приживление обычно протекает без осложнений.



(2)



(4)



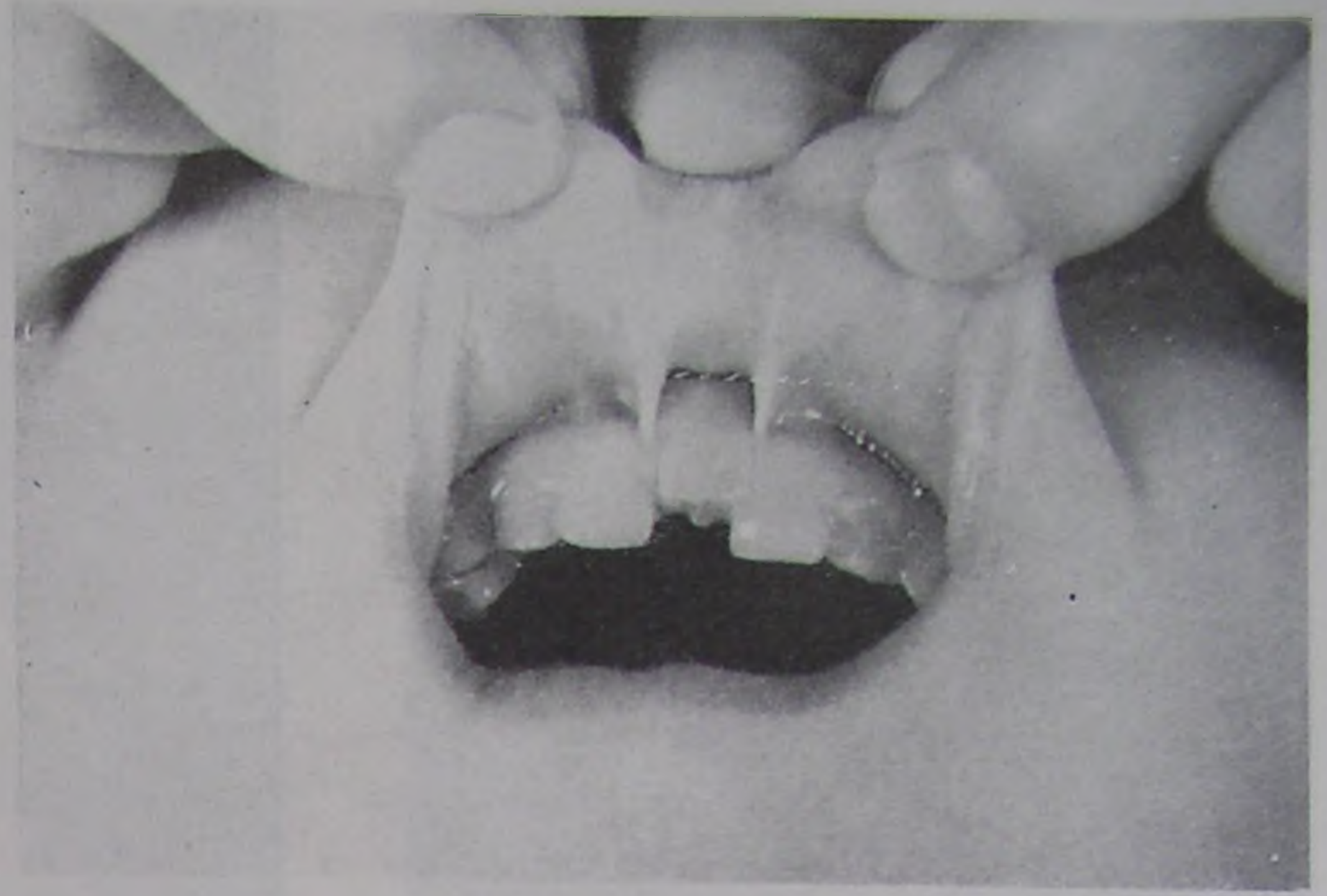
Р И С. 155.

Макрохейлия. Больной Л. М., 30 лет, история болезни № 3612.
1. Сильно выраженная гипертрофия красной каймы обеих губ. Даже в спокойном состоянии заметно чрезмерное утолщение красной каймы, в особенности верхней губы. Снизу приподнимаются валообразные складки слизистой оболочки. — 2. При смехе создается полная картина удвоенной губы. — 3. Схема иссечения всей выбухающей части слизистой оболочки. По средней линии иссекают более узкую полосу, чтобы после операции образовался бугорок в середине губы. — 4. Больной после операции. Хотя удалось достичь значительного улучшения, все же удаление подслизистого слоя должно было быть более обширным и что одновременно следовало произвести иссечение слизистой оболочки с нижней губы.



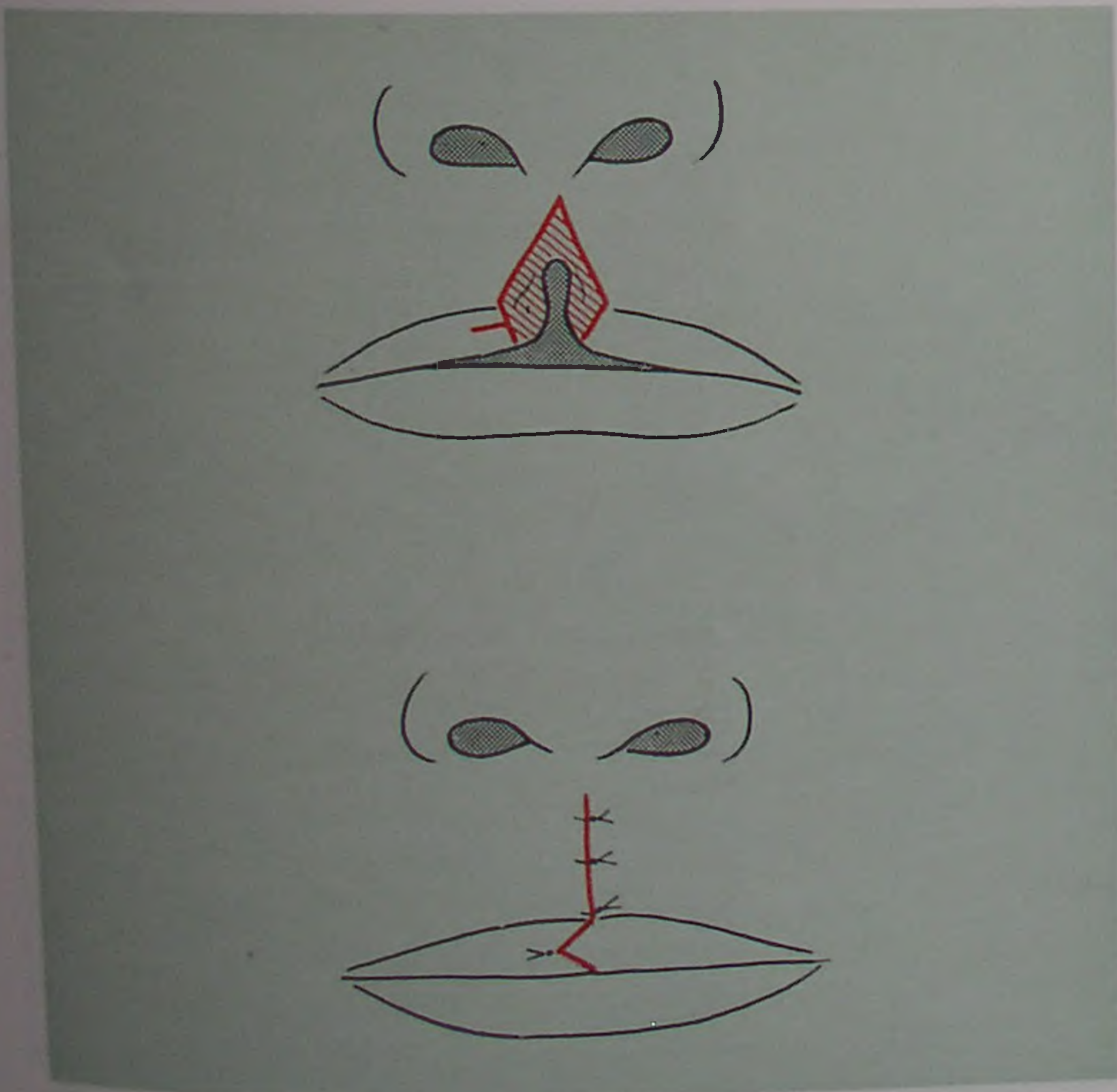
(1)

Р И С. 156.



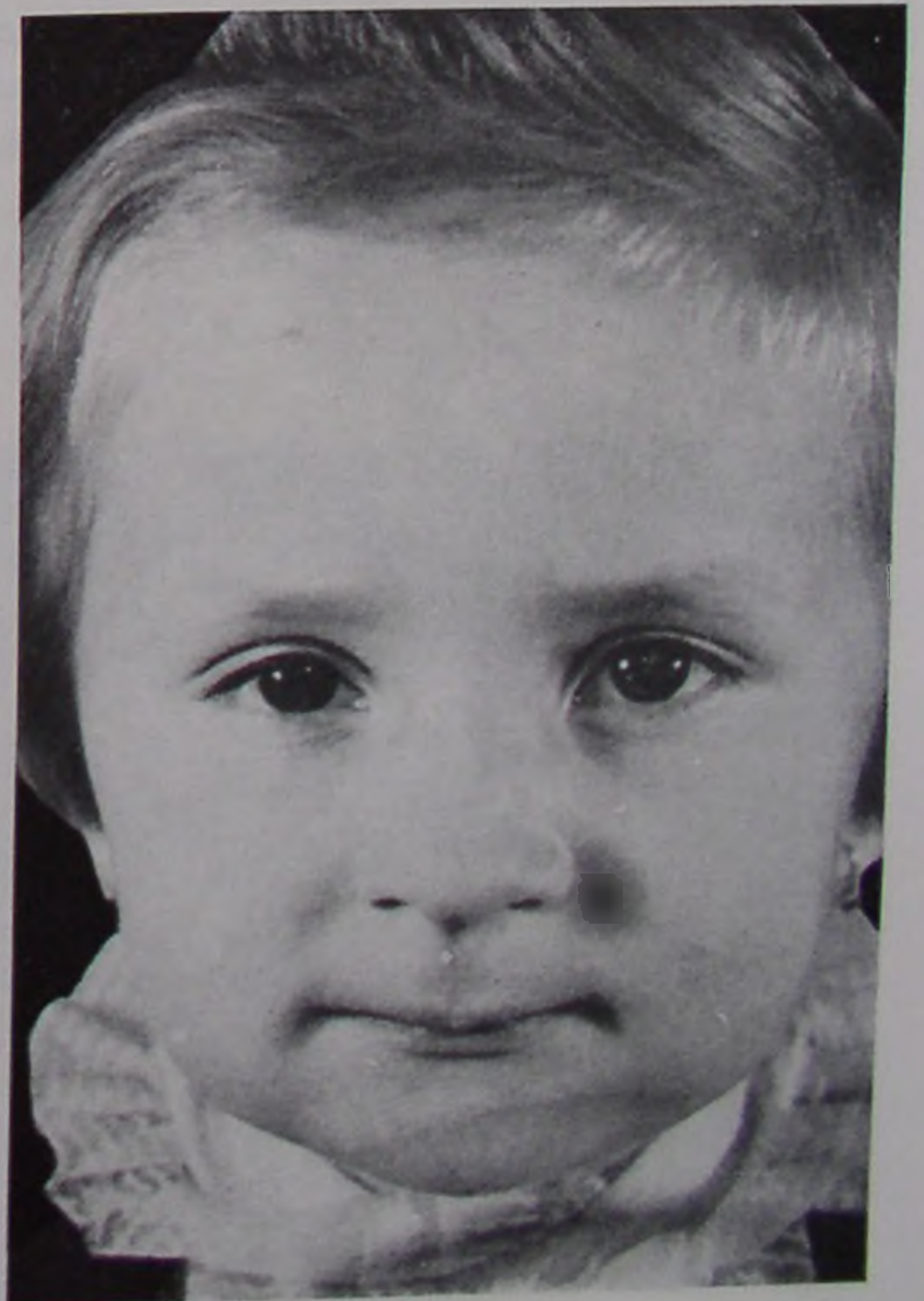
(2)

Неполная средняя расщелина верхней губы. Больная И. М., 4 лет, история болезни № 45 122. 1, 2. Широкий промежуток между резцами, удвоенная уздечка. — 3. Схема разрезов для освежения краев расщелины. — 4. В красной кайме левой половины губы выкраивают треугольный лоскут и пересаживают его в горизонтальный надрез в красной кайме правой половины губы. В результате на месте пересадки образовался бугорок. — 5. Состояние после заживления. Операция произведена Геленой Пешковой.

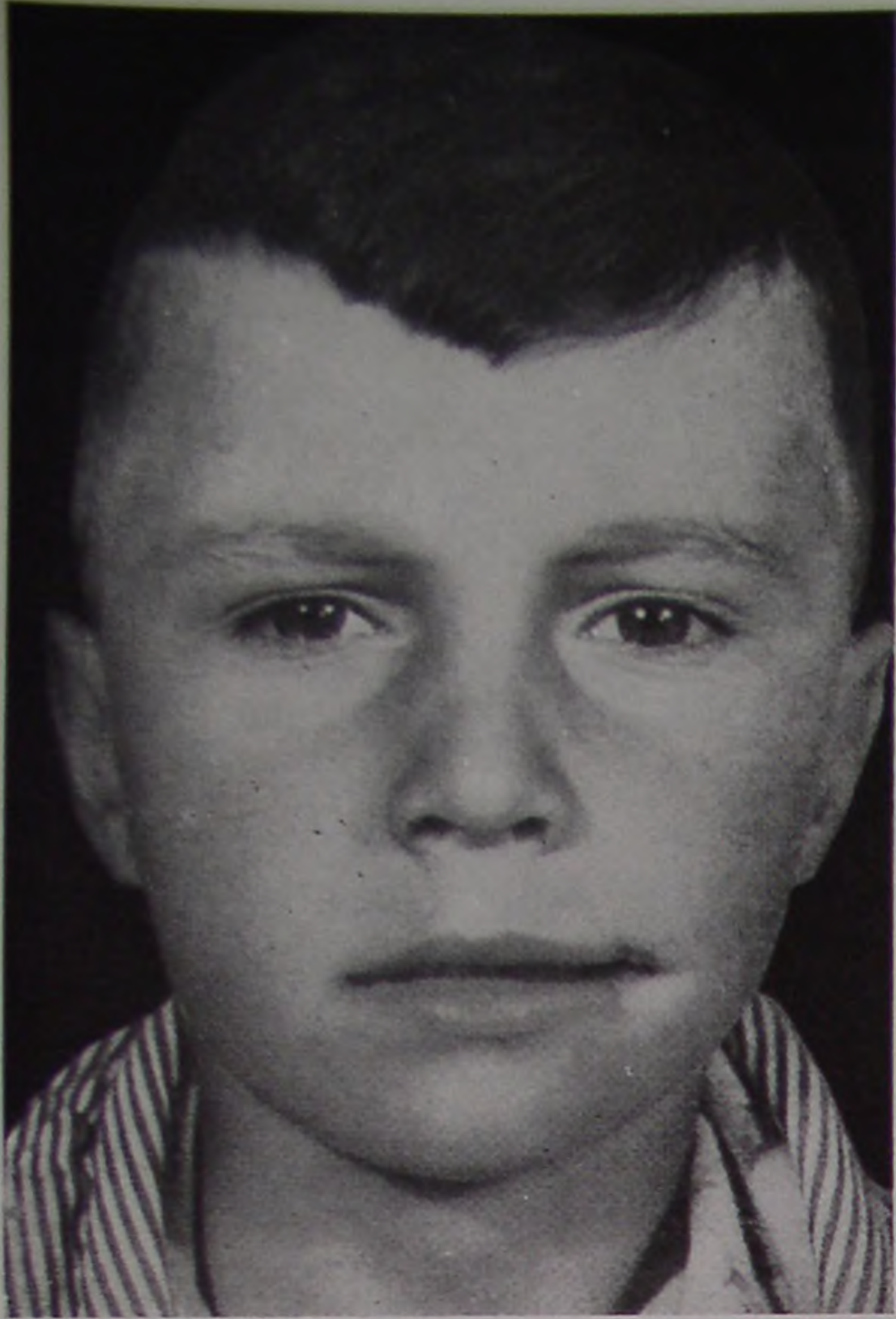


(3)

(4)



(5)



(1)



(2)

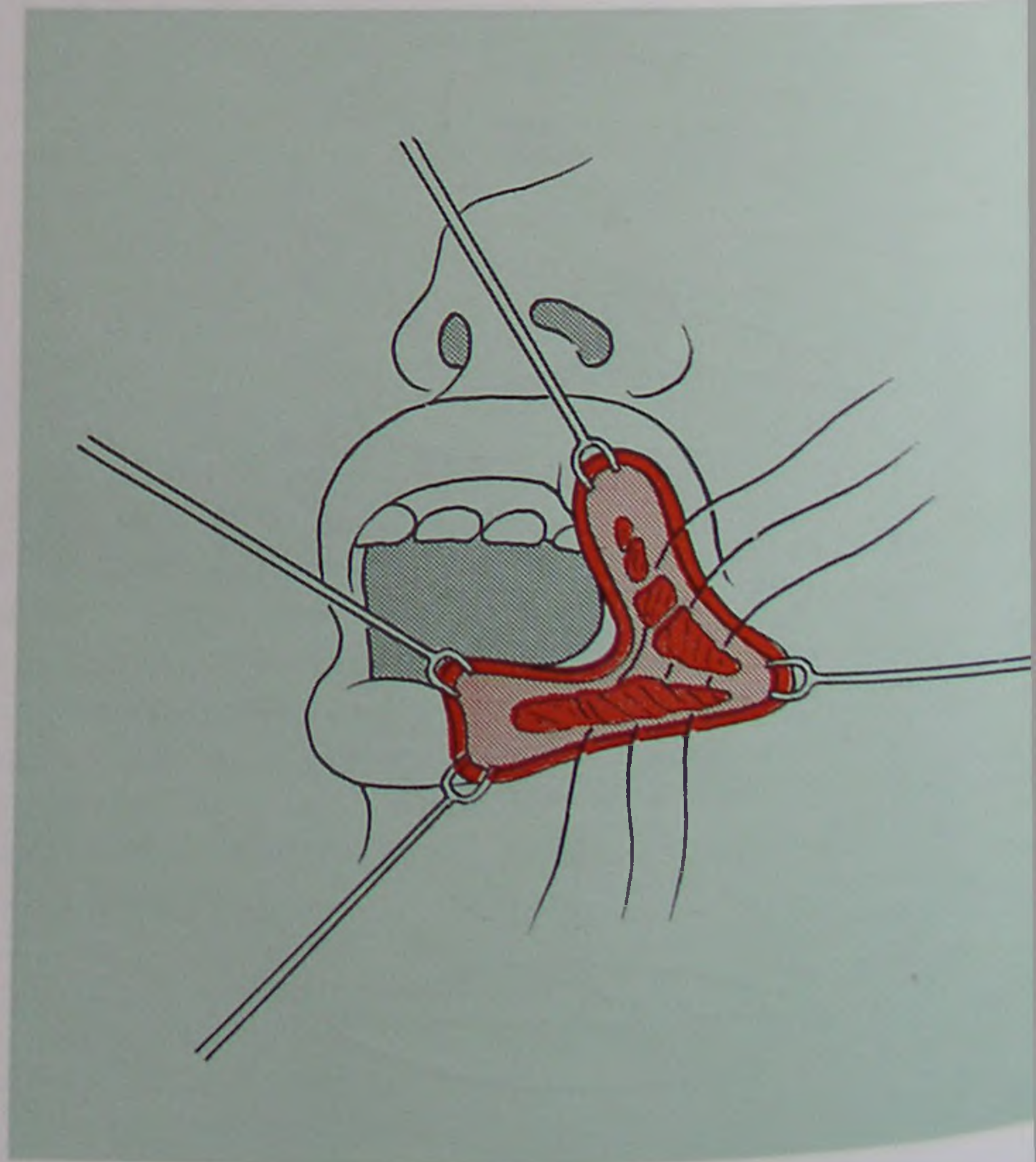
Р И С. 157.

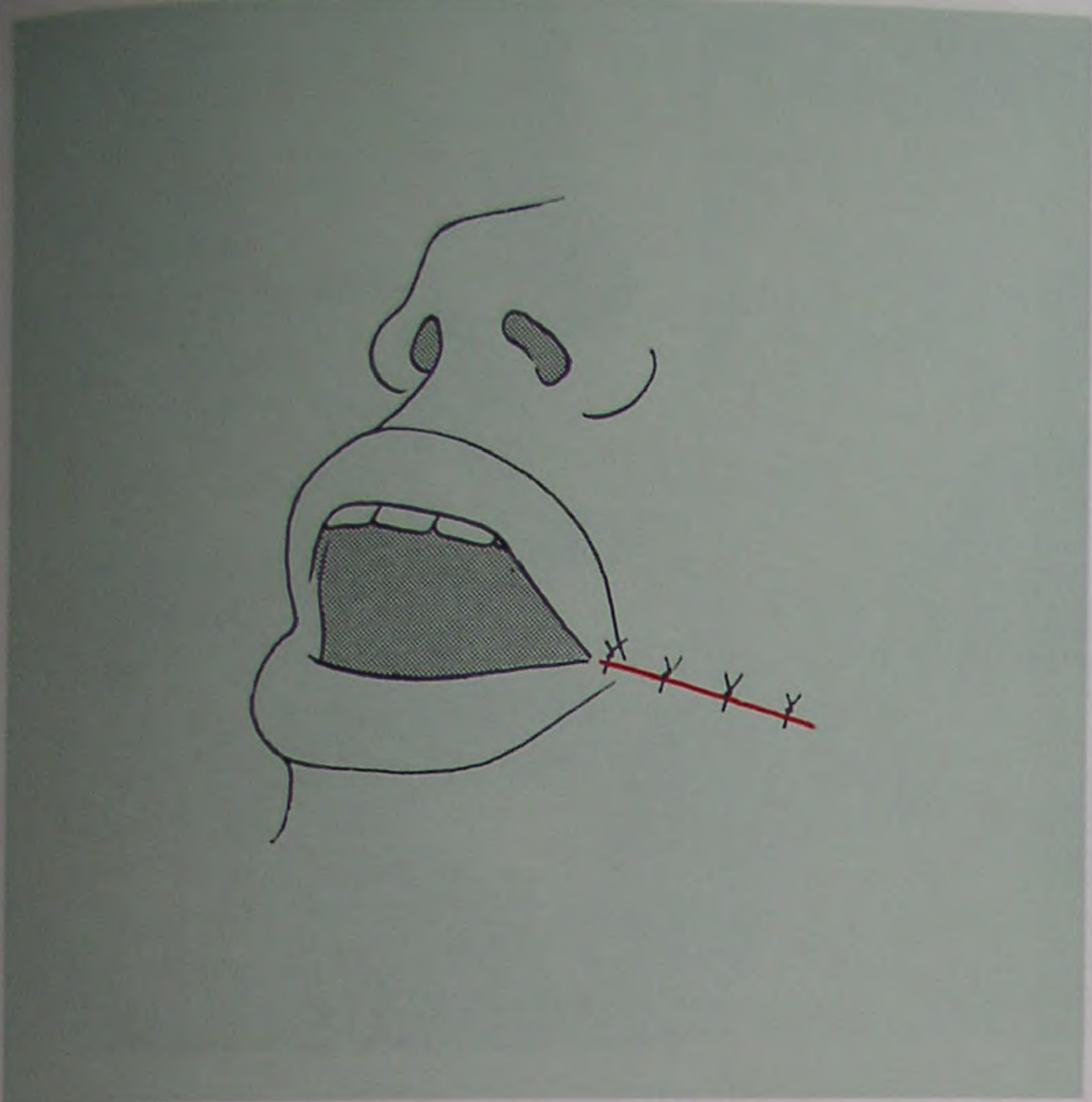
Поперечная расщелина. Больной М. П., 3 лет, история болезни № 41940. 1, 2. Типичный случай левосторонней поперечной расщелины и неполной расщелины с правой стороны. — 3. При открытом рте выявляется ширина и глубина расщелины, а также расширение правого угла рта. — 4. Послойная препаровка

(3)



(4)

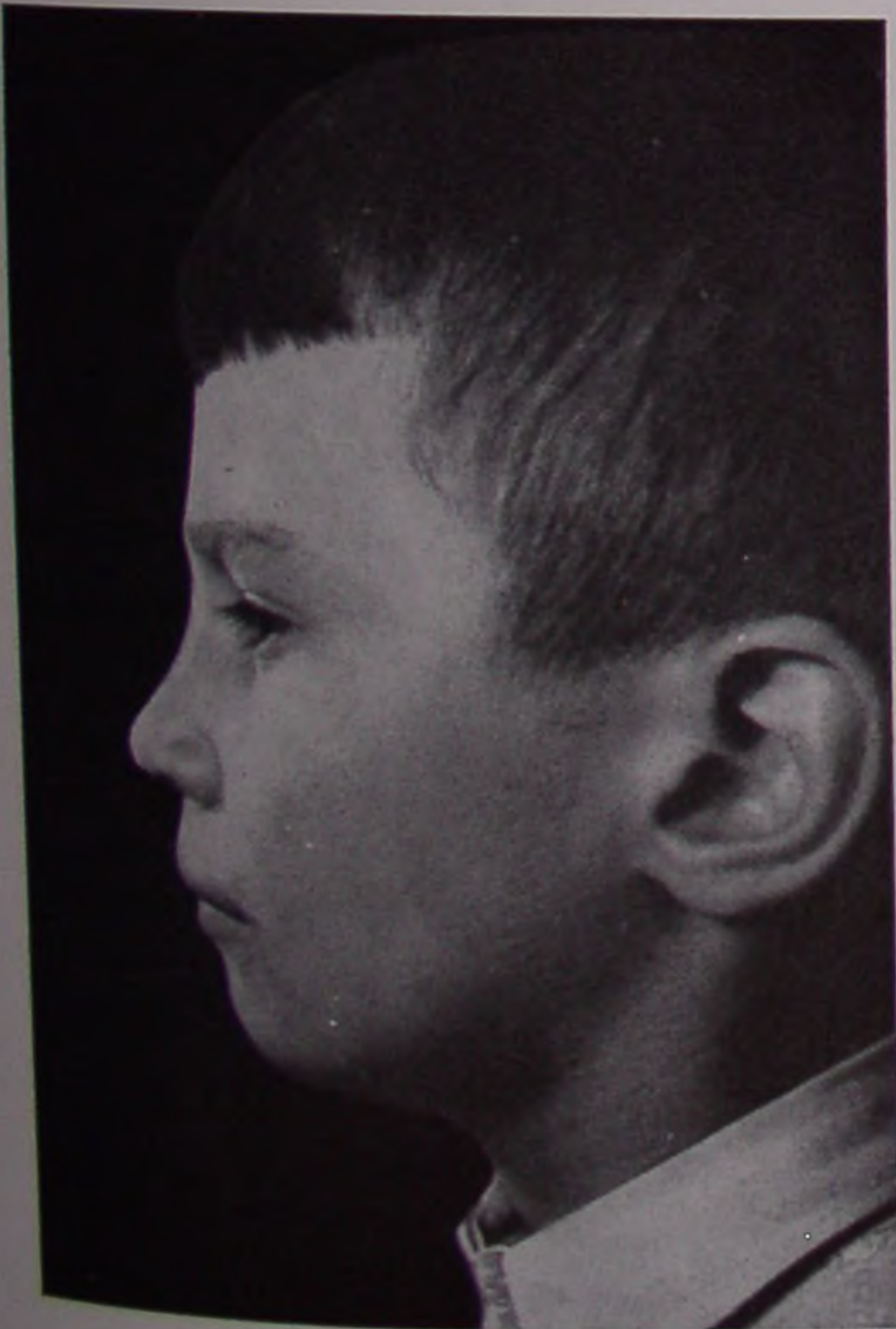




(5)



(6)



(7)



(8)

мягких тканей щеки, включая мышечный слой. Наложенные швы предназначены для сшивания круговой мышцы рта и вспомогательных мышц. — 5. Шов слизистой и кожи в углу рта после освежения их краев. — 6, 7, 8. Больной после излечения.



С. 158.

е гипертрофическое пигментное пятно левой половины
 й губы. Больной К. И., 15 лет, история болезни № 3230.
 тно в латеральном направлении достигает до угла рта.
 иссечения опухоли в дефект был пересажен свободный
 й трансплантат во всю толщу, взятый с плеча. — 2. Боль-
 рез 10 лет после операции. Наступило прекрасное при-
 ние трансплантата, но по своему внешнему виду он резко



(2)

отличается от окружающих тканей. — 3. Более уместной была
 бы местная пластика с помощью носогубного лоскута на нижней
 питающей ножке, выкроенного по данной схеме. — 4. Вторичный
 дефект закрыт путем перемещения кожи щеки.

(4)





(1)

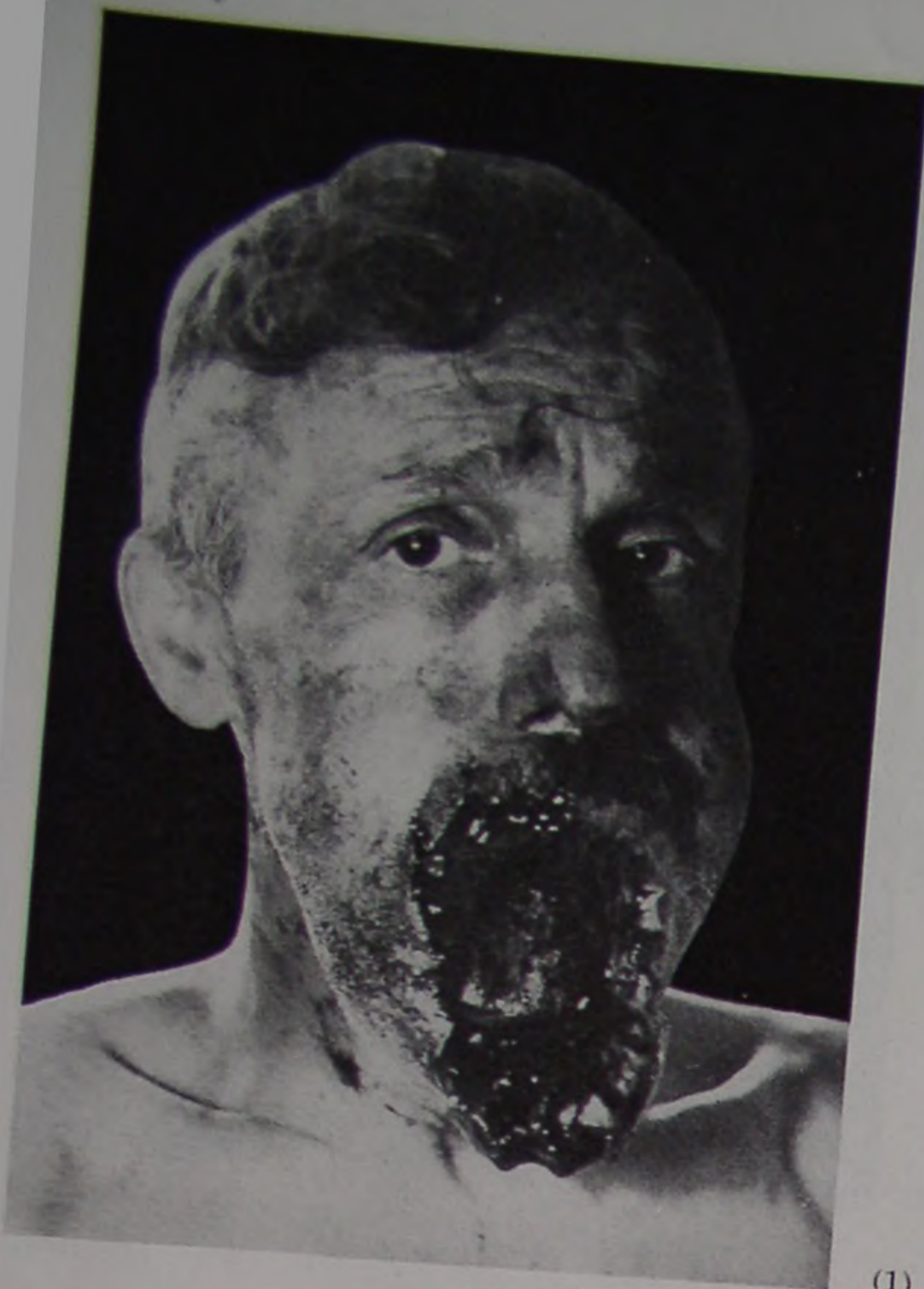


(2)

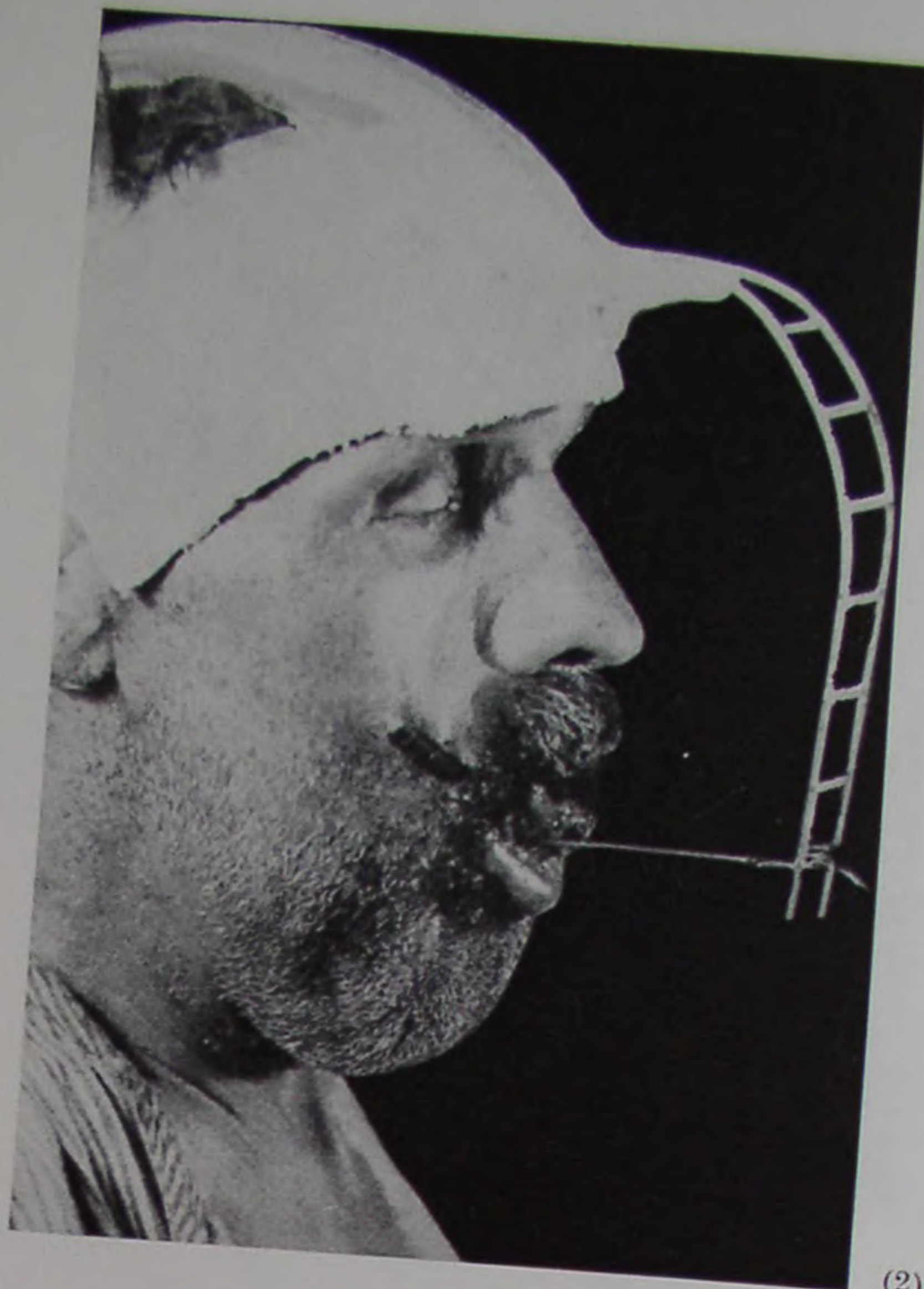
Р И С. 159.

Тяжелая травма губ, полученная осколком мины во время пражского восстания в 1945 году. Больной Л. Л., 19 лет, история болезни № 9545. 1. Слизистая красной каймы обеих губ и круговая мышца рта разорваны; выявляются многочисленные поперечно расположенные трещины. Большая часть зубов верхней и нижней челюсти потеряна, альвеолярный отросток переломлен в нескольких местах. Операция была произведена через два часа после ранения. После тщательной очистки раны и удаления некро-

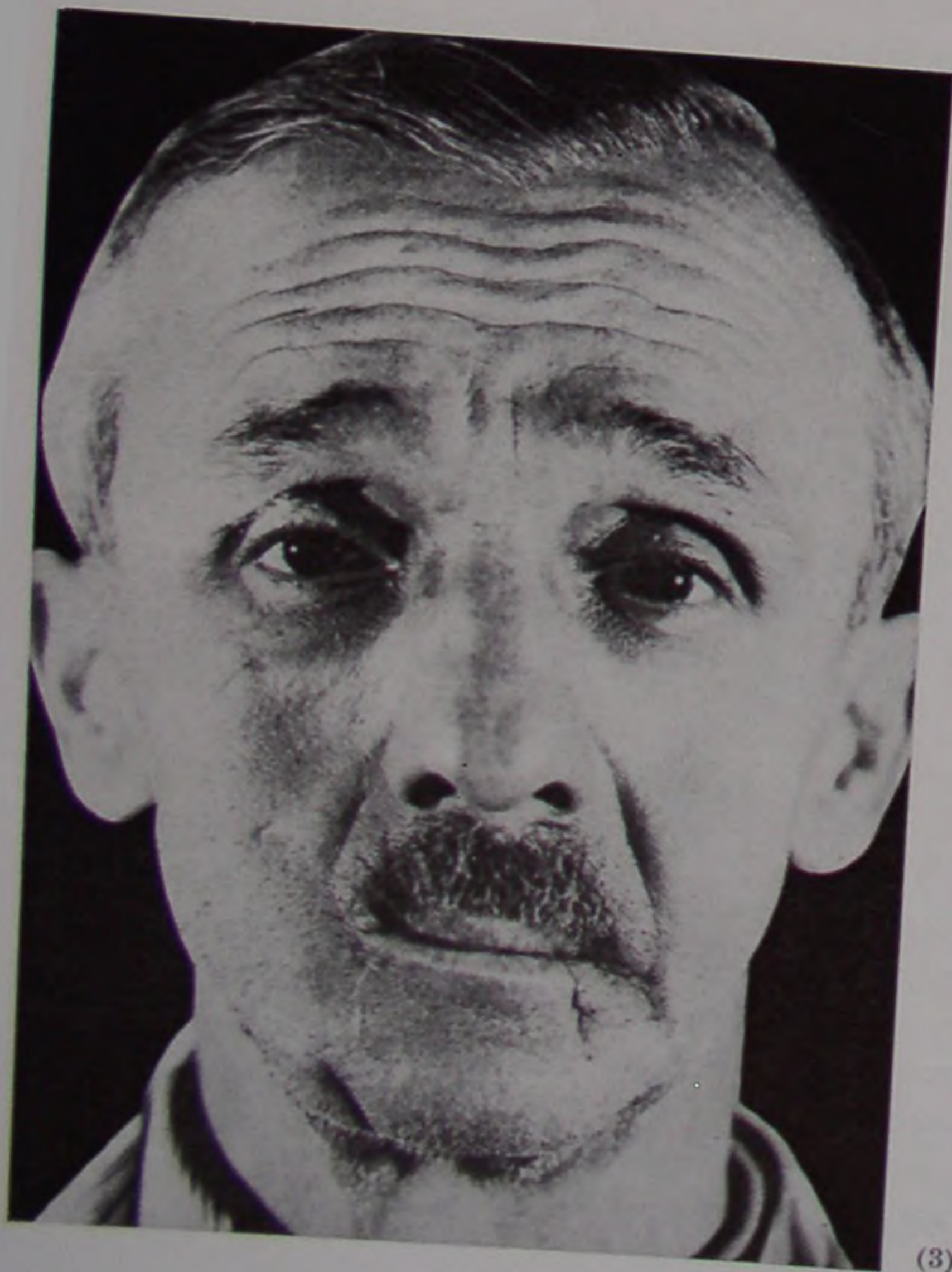
тизированных частиц ткани произведена тщательная реконструкция мышц путем наложения тонких кетгутовых швов по всему периметру ротового отверстия. С помощью лоскутов слизистой оболочки, смещения кожи щеки и использования остатков красной каймы удалось восстановить красную кайму губы. — 2. Дополнительно произведены незначительные вмешательства на границе красной каймы и кожи. Больной через 5 месяцев после излечения.



(1)



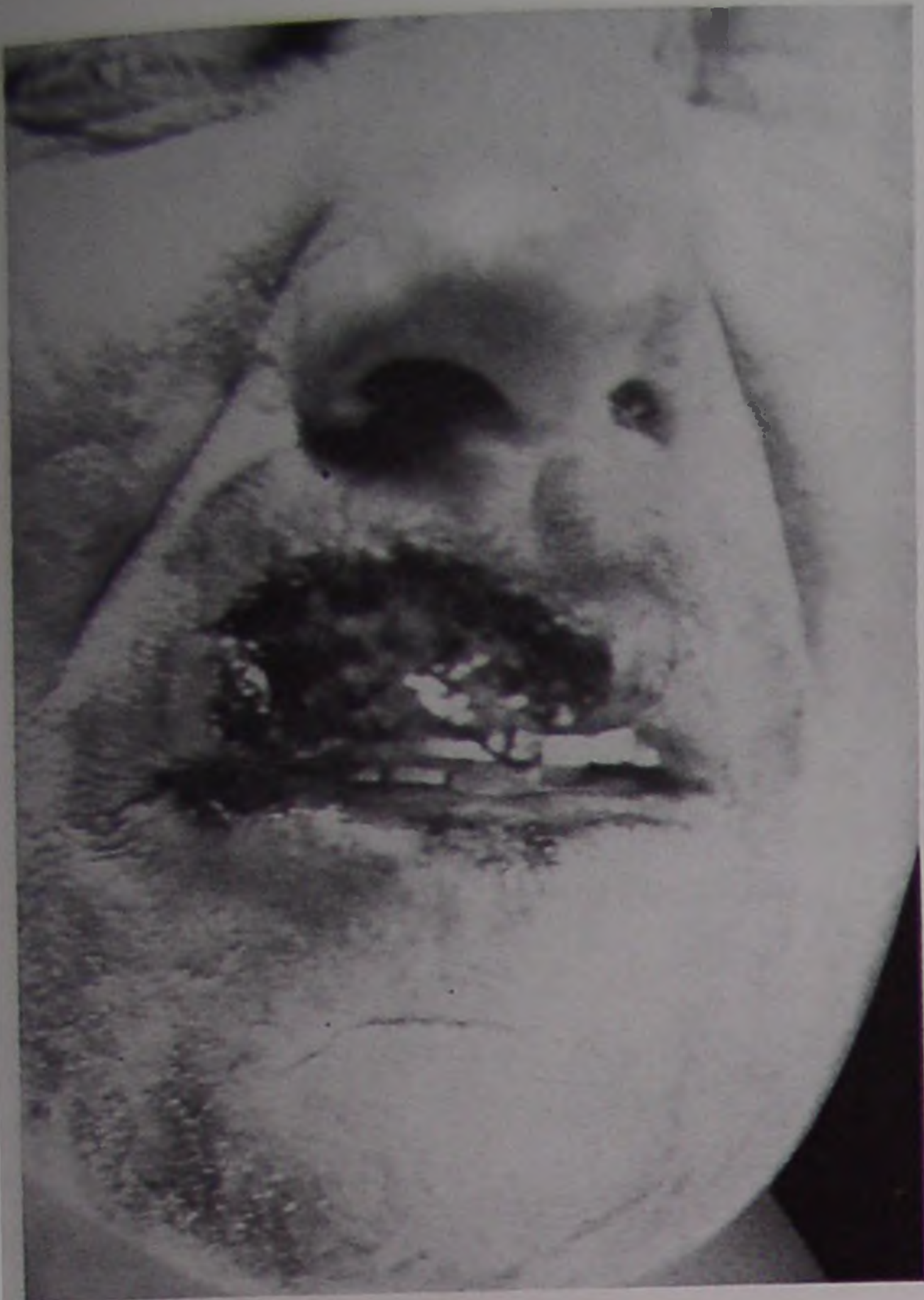
(2)



(3)

Р И С. 160.

Огнестрельное ранение обеих челюстей, подбородка и губ. Больной Ф. Р., 50 лет, история болезни № 5546. 1. Потеря передней части дуги нижней челюсти. Пуля вошла в голову перед левой ушной раковиной, раздробила главным образом нижнюю челюсть и вместе с отломками кости разорвала мягкие ткани. Фактическая потеря мягких тканей была незначительной. Отсутствует вся передняя часть нижней челюсти. — 2. Больной после восстановительной операции. Культы нижней челюсти фиксируются дугой из толстой проволоки, введенной в костно-мозговые каналы, и закрыты слизистой оболочкой щеки из подъязычной области, на которую наложены швы. Язык пришит проволокой и фиксируется к шине, вставленной в гипсовый венец. — 3. Рана хорошо зажила, так что через 4 месяца после ранения можно было произвести пластику нижней челюсти при использовании большого трансплантата, взятого из подвздошной кости. Больной после излечения.



(1)



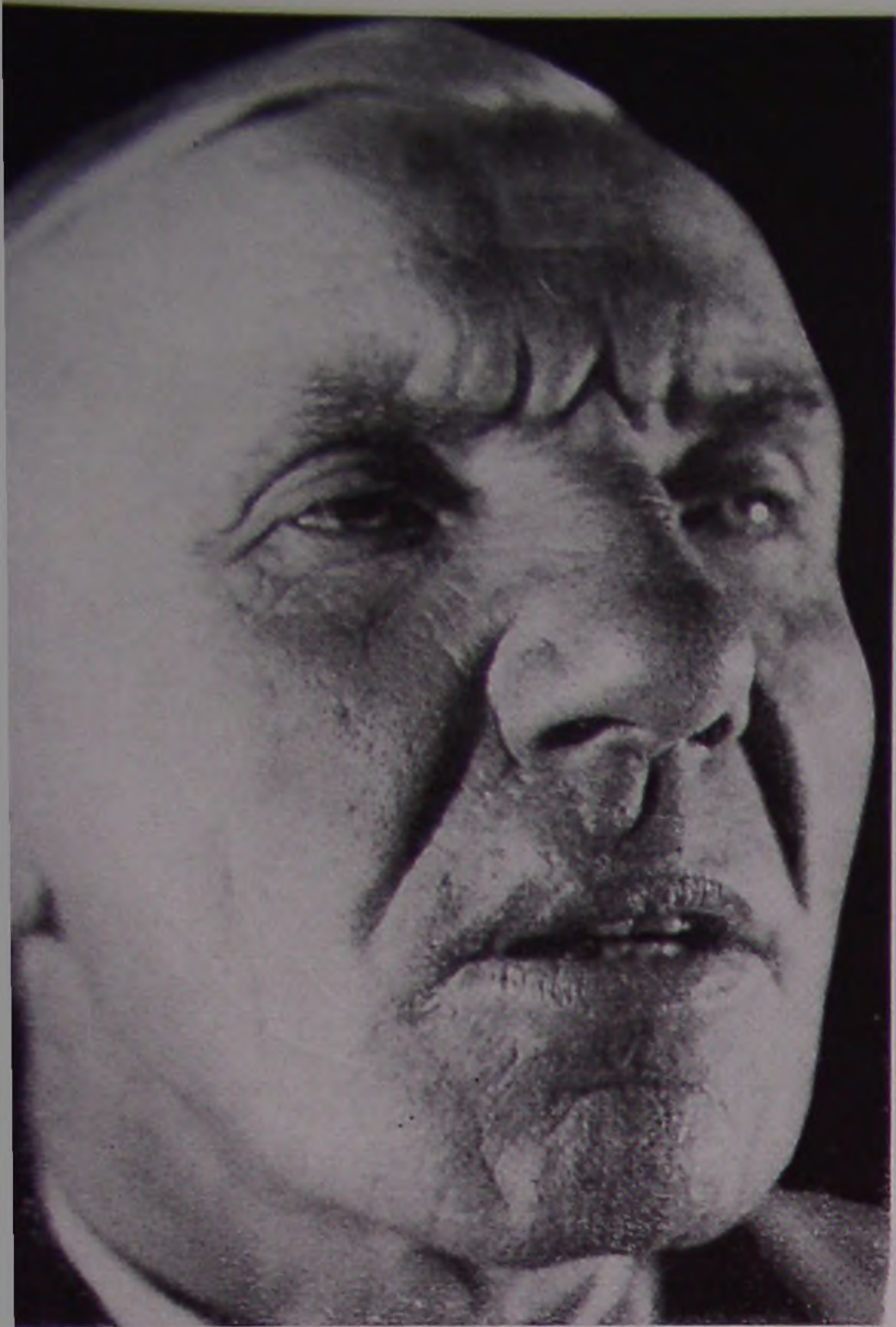
(2)

РИС. 161.

Травма в результате укуса лошади. Больной И. Р., 45 лет, история болезни № 12 319. 1. Лошадь откусила у больного почти половину верхней губы; пострадали слизистая оболочка, кожа и в относительно небольшой степени мышечный слой. — 2. Схема дефекта после иссечения разрозненных частей и создания лоскута по ходу носогубной складки, в состав которого входит подвернувшийся остаток губы в области угла рта и ее остаток у правого крыла носа. — 3. Носогубный лоскут повернут к дефекту. Дефект был значительно уменьшен путем мобилизации и сближения его краев, причем удалось в значительной степени восстановить круговую мышцу рта. После сближения кожи иссе-



(3)



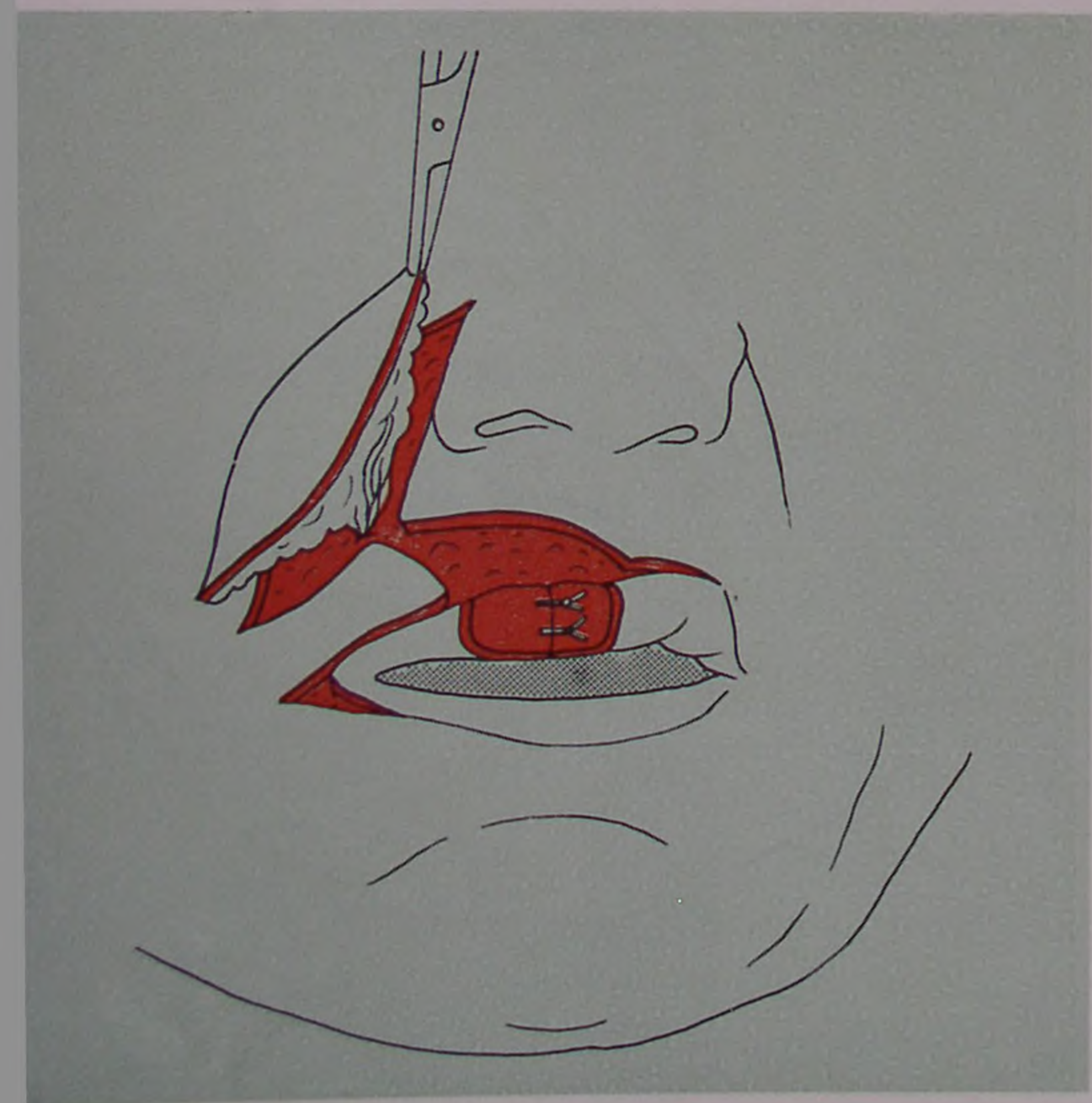
(4)



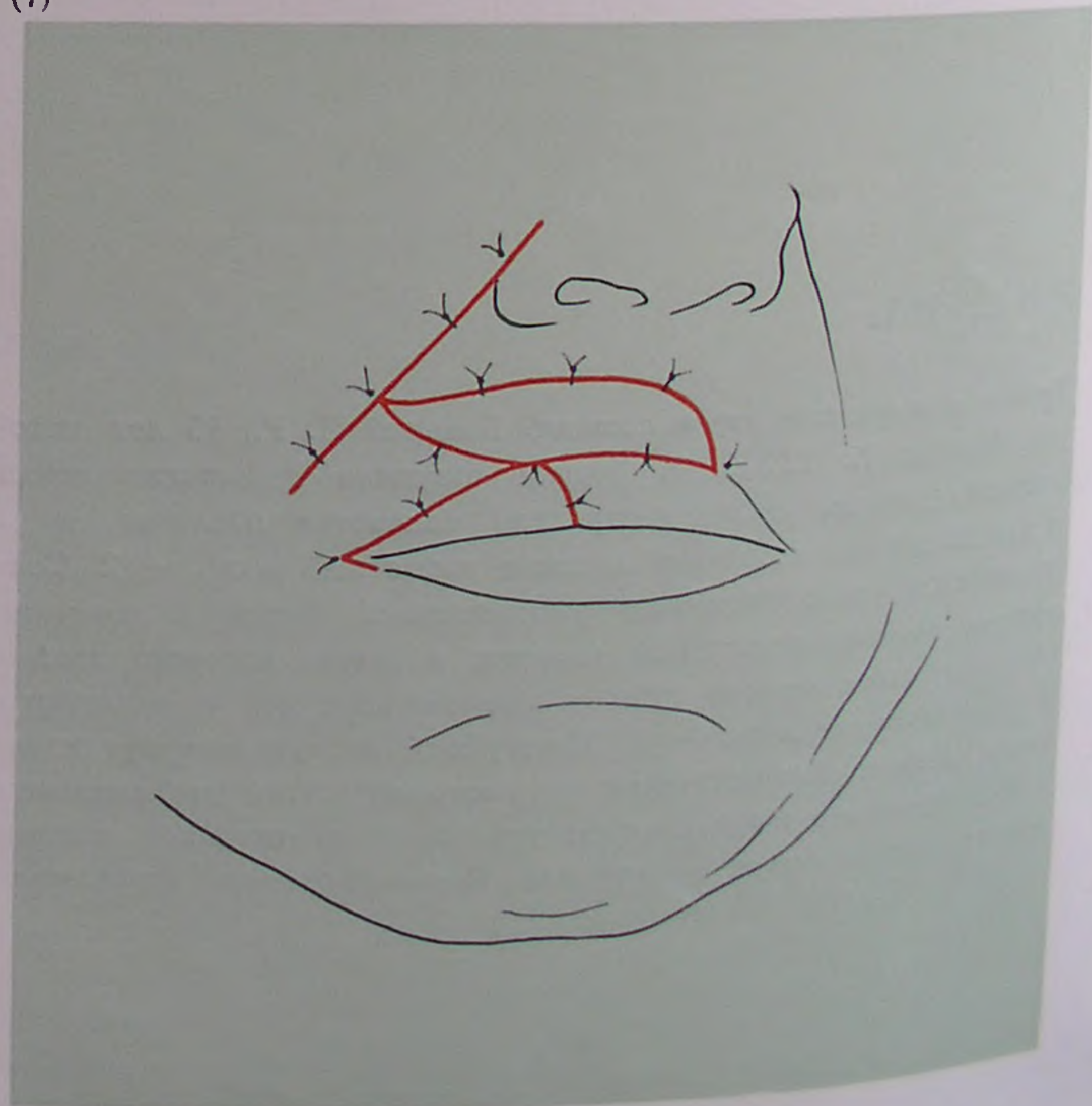
(5)

соответствующим образом края раны. — 4. Недостатком является то обстоятельство, что выступ кожи внедряется в красную кайму, а филтрум несколько перетянут в правую сторону. — Более целесообразнее было бы создать для замещения дефекта артериализированный лоскут в правой носогубной области по данной

схеме. — 6. Кожный лоскут на подкожной ножке, содержащей ветви лицевой артерии. — 7. Артериализированный лоскут повернут к губе, по направлению к нему смещена оставшаяся часть губы.



(7)



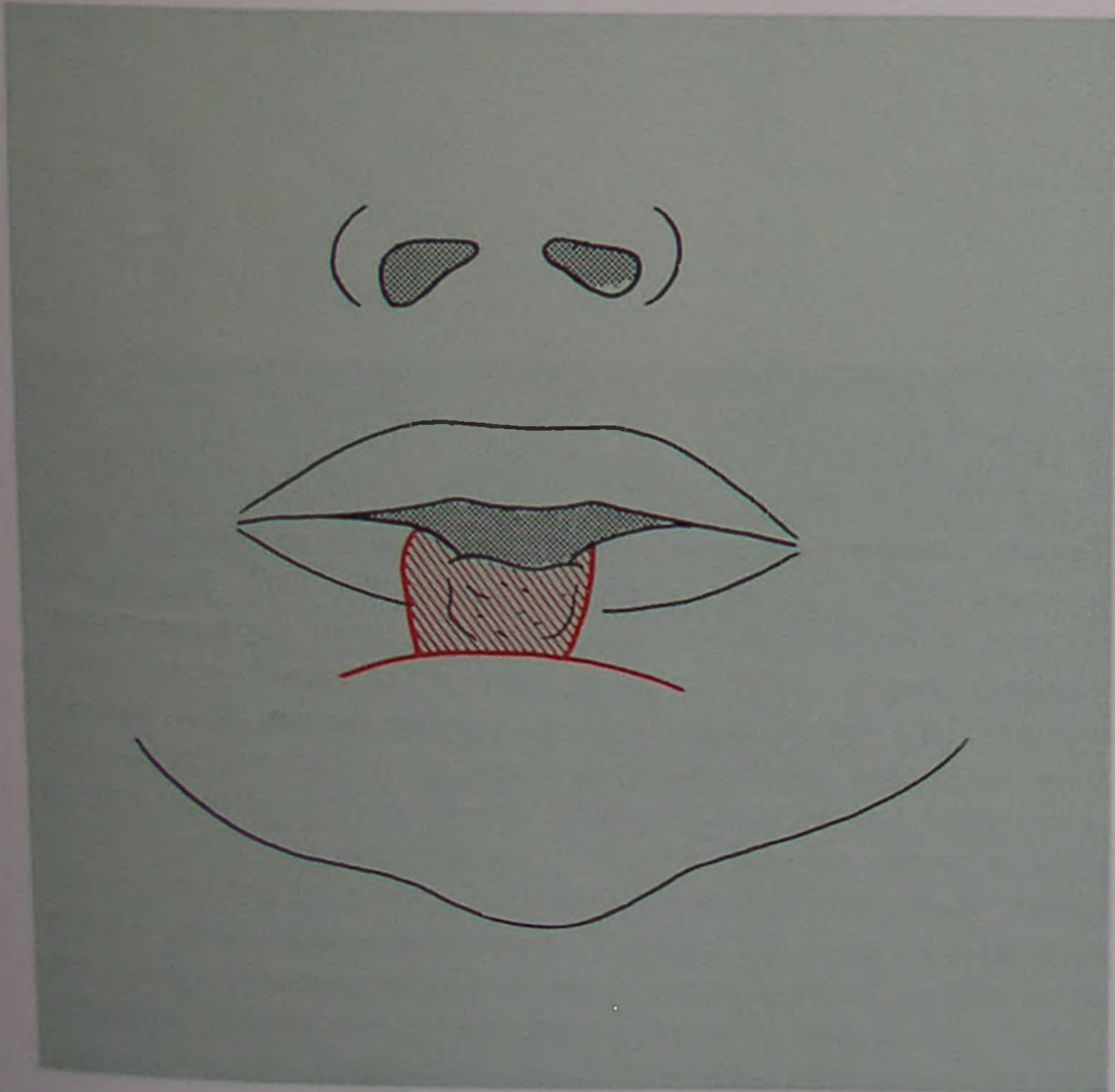
Р И С. 162.

Электротравма. Больной Ш., 1 года, история болезни № 22 596.
1. Ребенок всунул себе в рот электрический шнур, подключенный к штепсельной розетке. Часть губы между двумя полюсами имеет форму клина, захватывающего всю ее толщу. Операция была произведена через 15 часов после травмы. — 2. Схема иссечения коагулированных частей во всю толщу губы. — 3. Производят мобилизацию губы в обе стороны от дефекта. Для этого разрез в преддверии рта продолжают в латеральном направлении с таким расчетом, чтобы можно было обе части губы свести

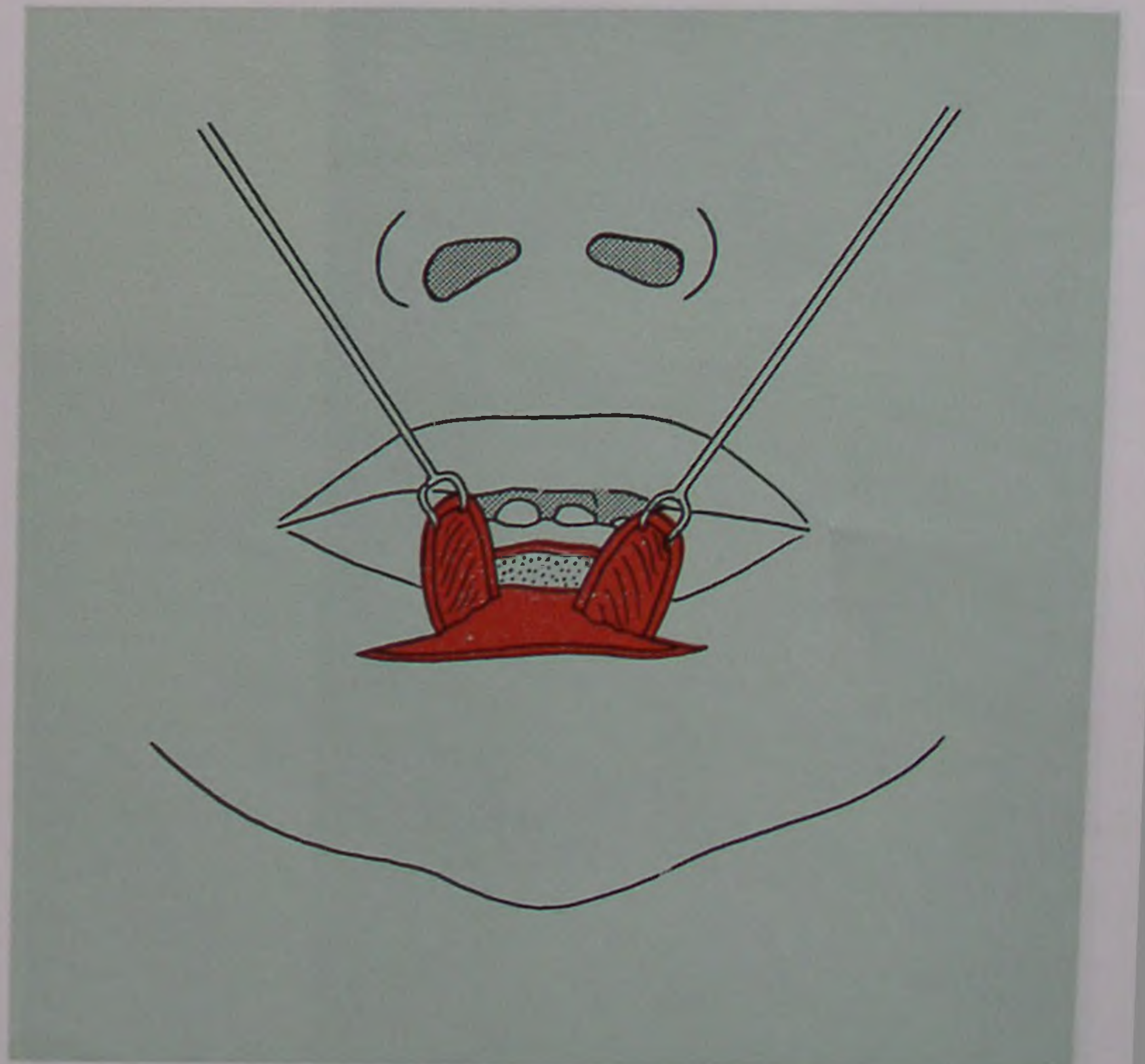


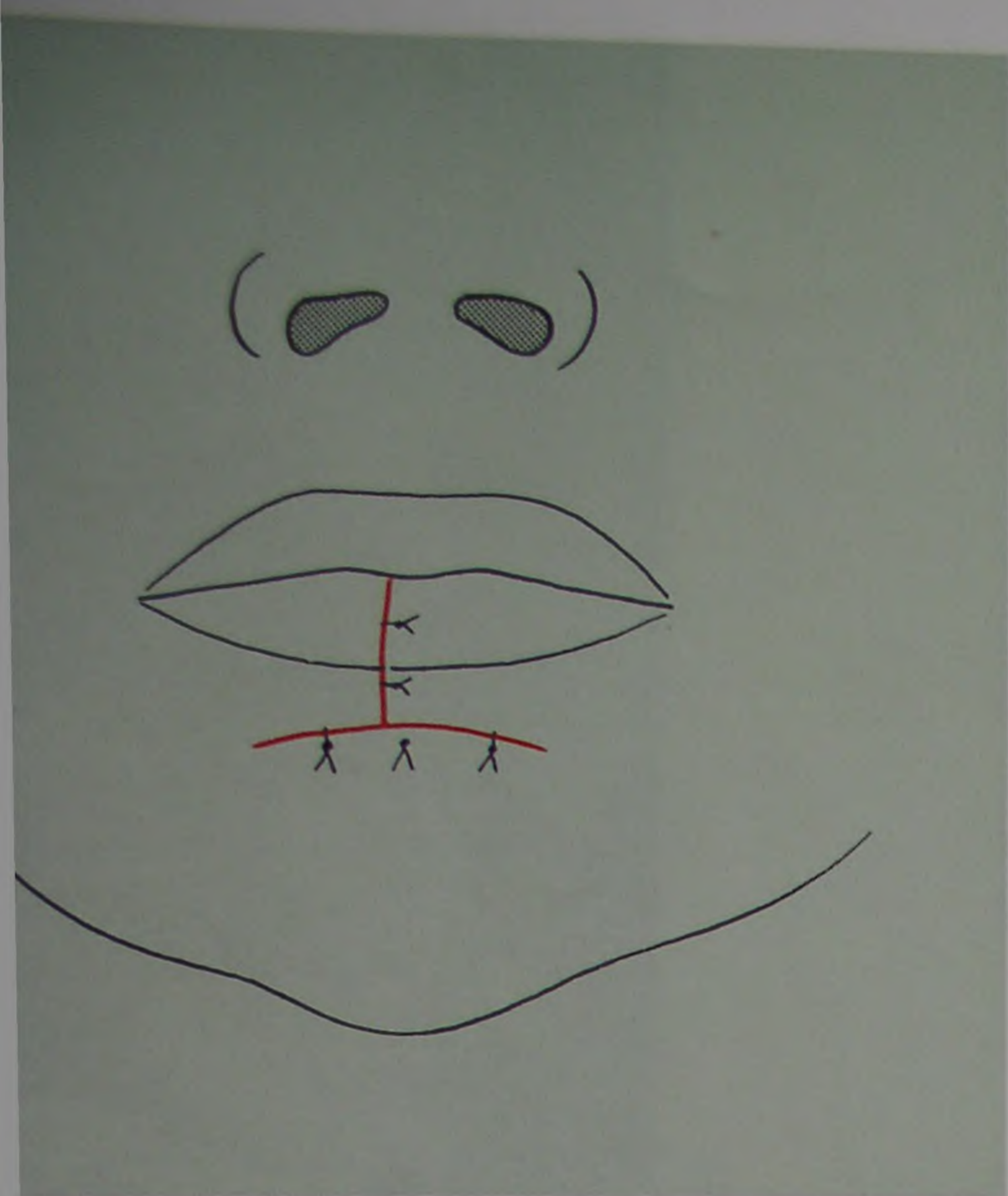
(1)

(2)



(3)





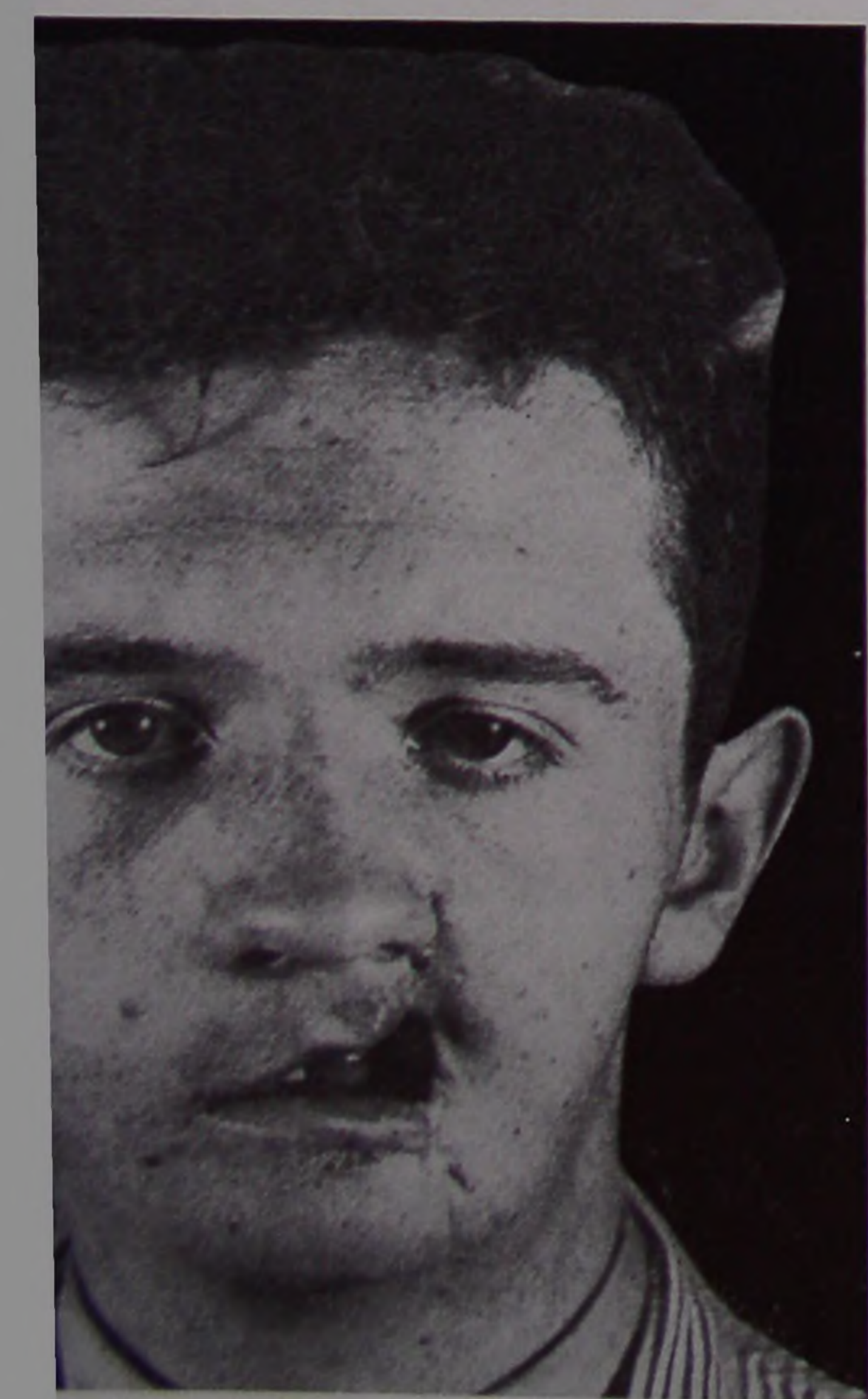
(4)



(5)

натяжения. — 4. В этом положении губу вновь поддесне, после чего со стороны слизистой оболочки на губу вспомогательный шов, широко захватывающий амостоятельно ушивают мышечный слой и накладывают ду границы кожи и красной каймы. Нейлоном сшивают

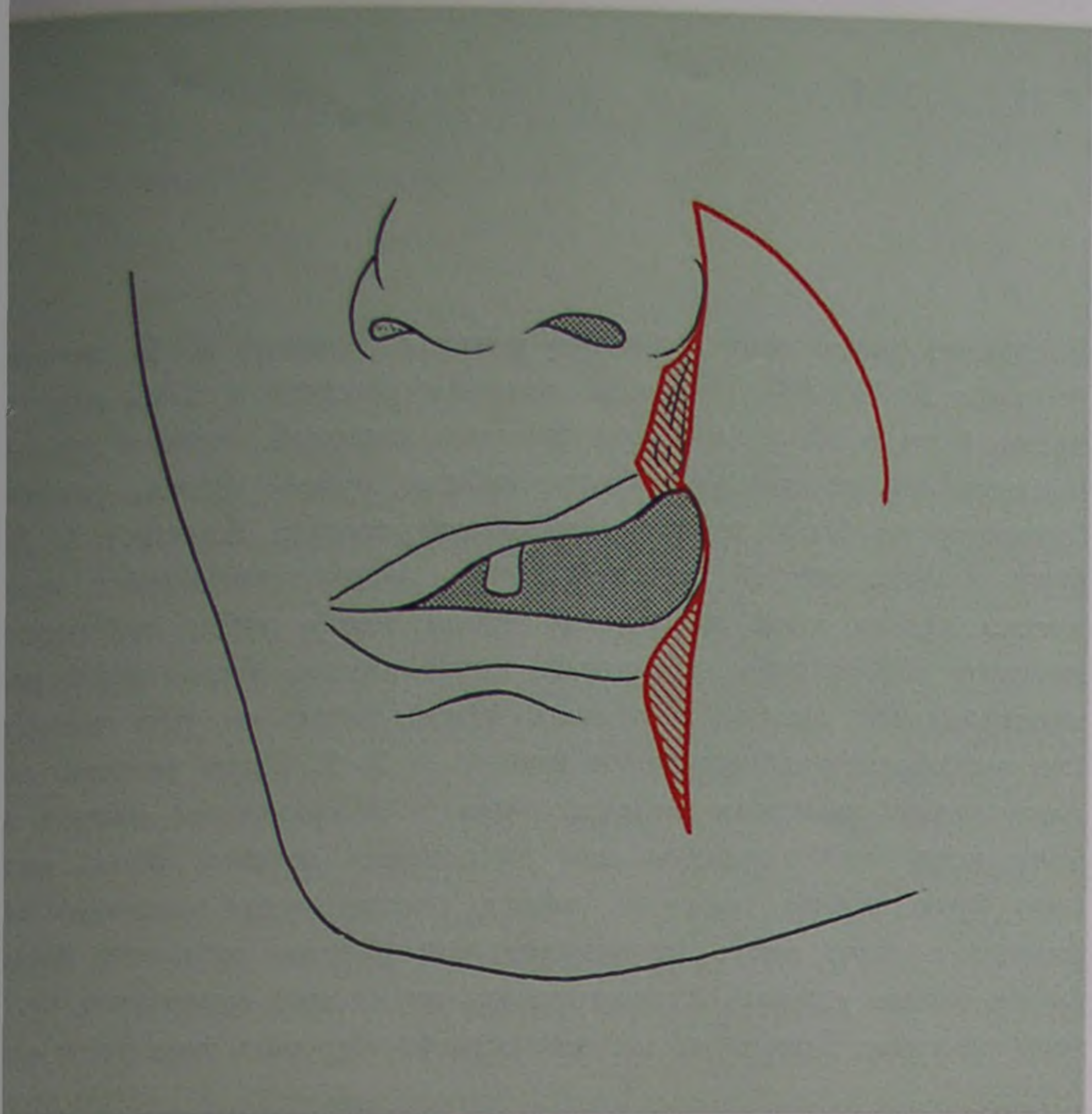
красную кайму и кетгутом слизистую оболочку. В последнюю очередь обрабатывают рану на коже и сшивают ее тонкими нитями. — 5. Больной через 2½ месяца после излечения. Операция произведена Геленой Пешковой.



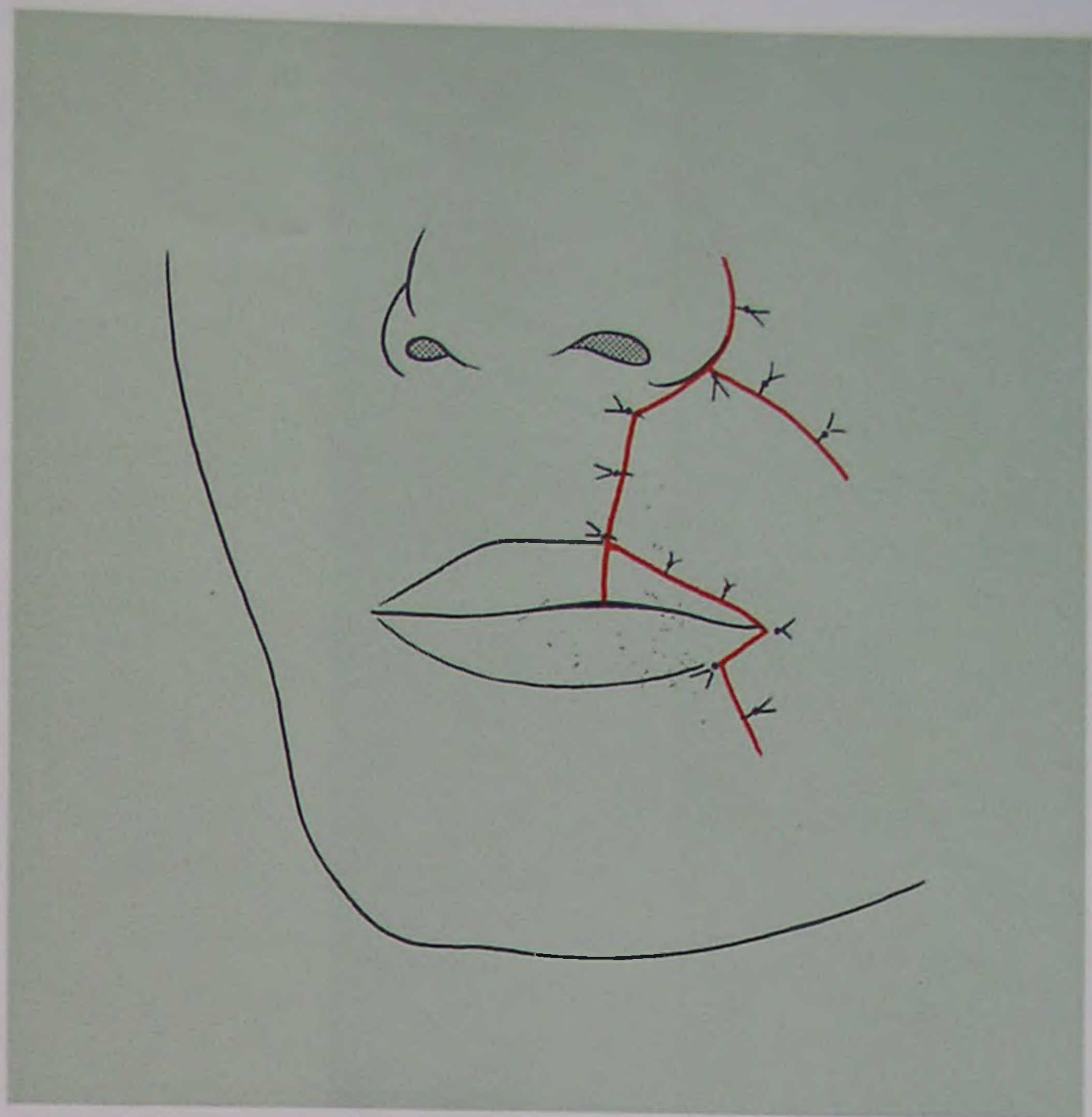
(1)

Р И С. 163.

Травма осколком гранаты во время пражского восстания в 1945 г. Больной Л. Б., 15 лет, история болезни № 9562. В результате травмы больной потерял часть альвеолярного отростка верхней челюсти; стенки гайморовой пазухи раздроблены, сама полость поражена хроническим воспалительным процессом. Для удаления ряда секвестров пришлось произвести радикальную операцию на гайморовой пазухе. 1. Обширный дефект левой половины верхней губы и части нижней губы в области угла рта. Вокруг левого крыла носа образовался рубцевой блок, стягивающий нижнее веко левого глаза. На верхней челюсти не хватает части правого резца и всех зубов, за исключением больших коренных левой стороны. — 2. Схема разрезов восстановительной операции. Исечение рубца на всем протяжении от крыла носа до нижней губы



2)



(3)

1. Выкраивание лоскута по ходу носогубной складки. — 3. Схематическое изображение ситуации к моменту окончания операции. Красная кайма в левом углу рта и соседние части губы созданы из щечной слизистой оболочки. — 4. Состояние после заживления. Дефект левой половины верхней губы и угла рта,

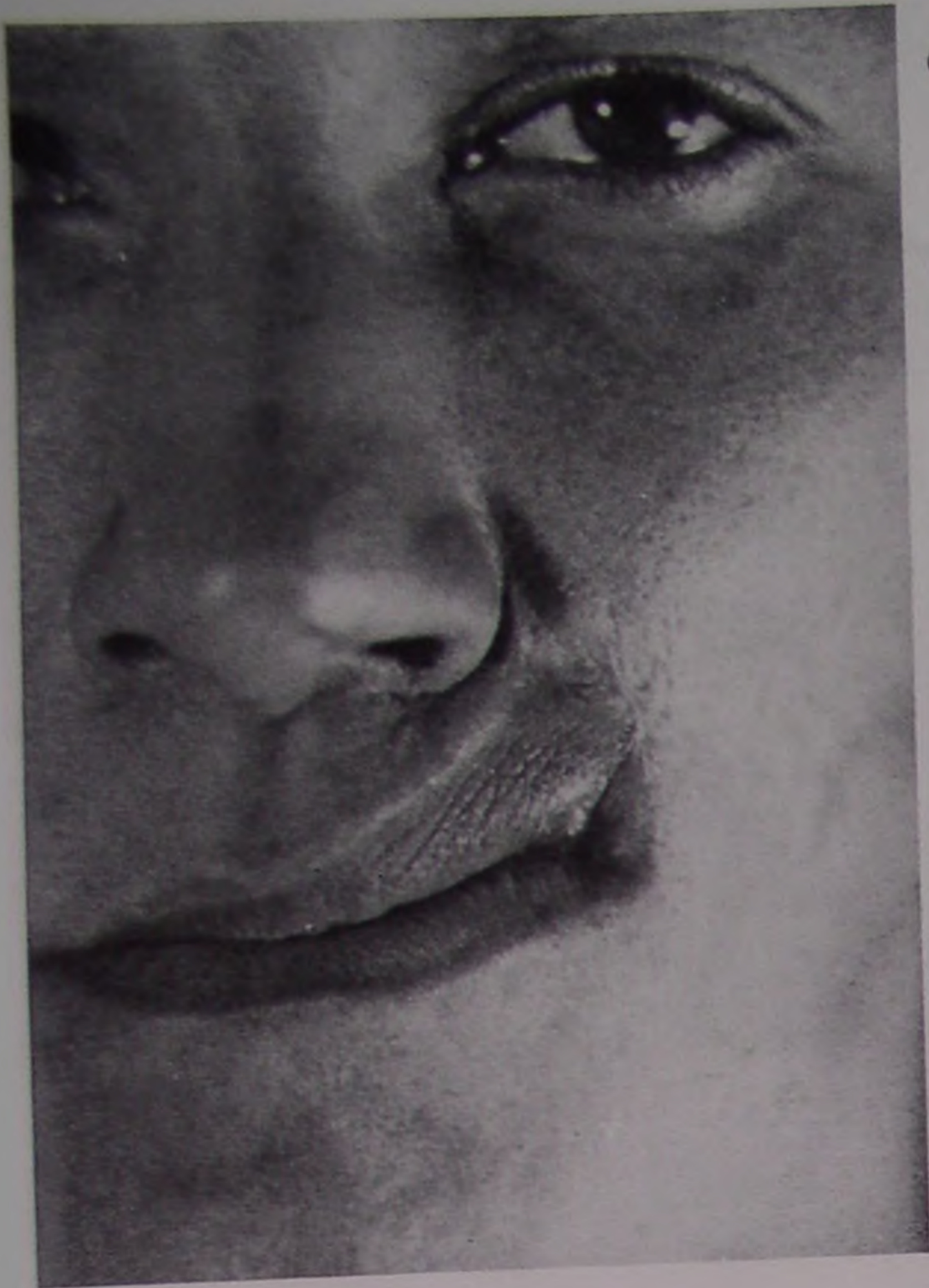
который стягивается книзу. Ротовая щель с левой стороны укорочена; кроме того, здесь не хватает части красной каймы. В дальнейшем придется произвести еще дополнительные хирургические вмешательства. — 5. Больной может без затруднения открыть рот.

(4)



(5)



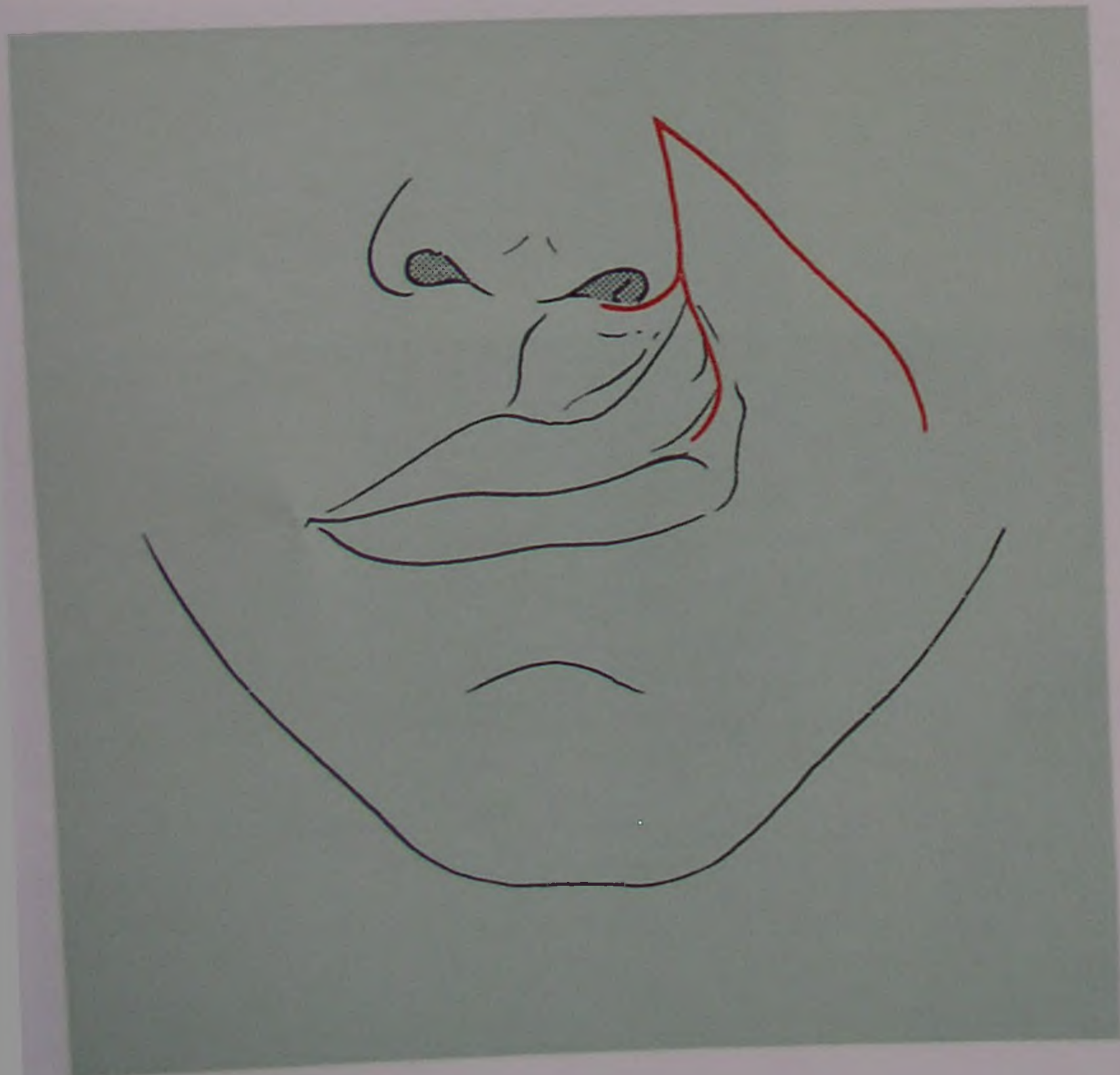


(1)

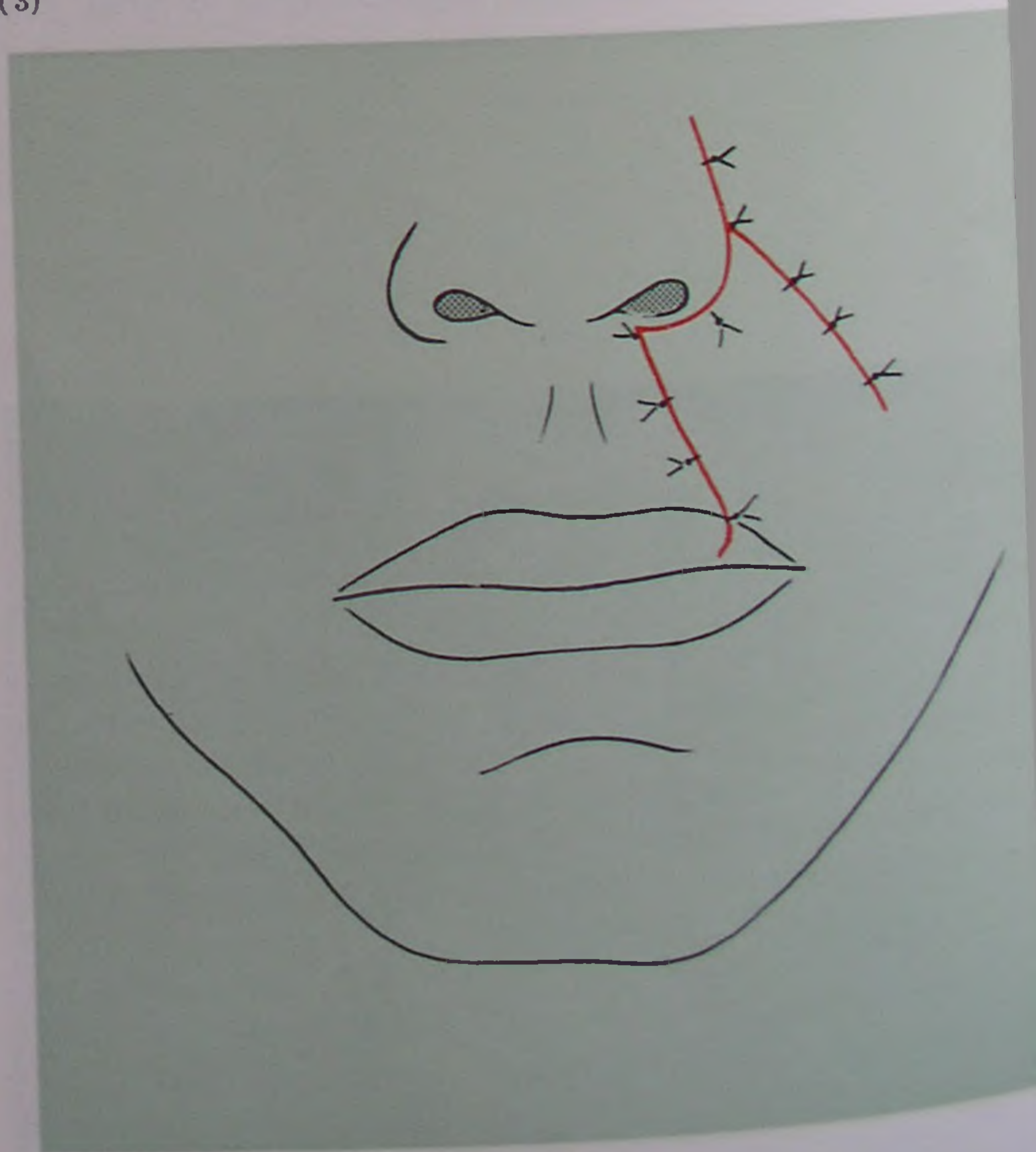
Р И С. 164.

Состояние после огнестрельного ранения. Больной И. Б., и болезни № 12 206. Больной получил ранение в 1945 г. время боев в Моравии. При ранении наступил перелом челюсти, части которой были выбиты пулей. (После ранения больному не была оказана квалифицированная помощь.) Дефект мягких тканей верхней губы, распространяющийся до левого крыла носа кверху. К этому месту рубец подтягивает красную кайму губы. Широкий, неправильной формы рубец распространяется далеко в область щеки, почти до угла рта, где дугообразно заворачивает книзу. — 2, 3. Схема разрезов для ликвидации выворота верхней губы и выкраивания лоскута по ходу носогубной складки для заполнения дефекта. Вдоль внутреннего края крыла носа до порога ноздри ведут окаймляющий разрез; в этом месте производят экстирпацию рубцового тяжа; таким путем удалось ликвидировать натяжение вывернутой верхней губы. Появилась возможность формировать угол рта.

(2)



(3)



стить книзу носогубной лоскут. Смещение кожи щеки к месту дефекта. — 4. Больной после излечения. В дальнейшем потребуются еще некоторые пластические вмешательства.

(4)

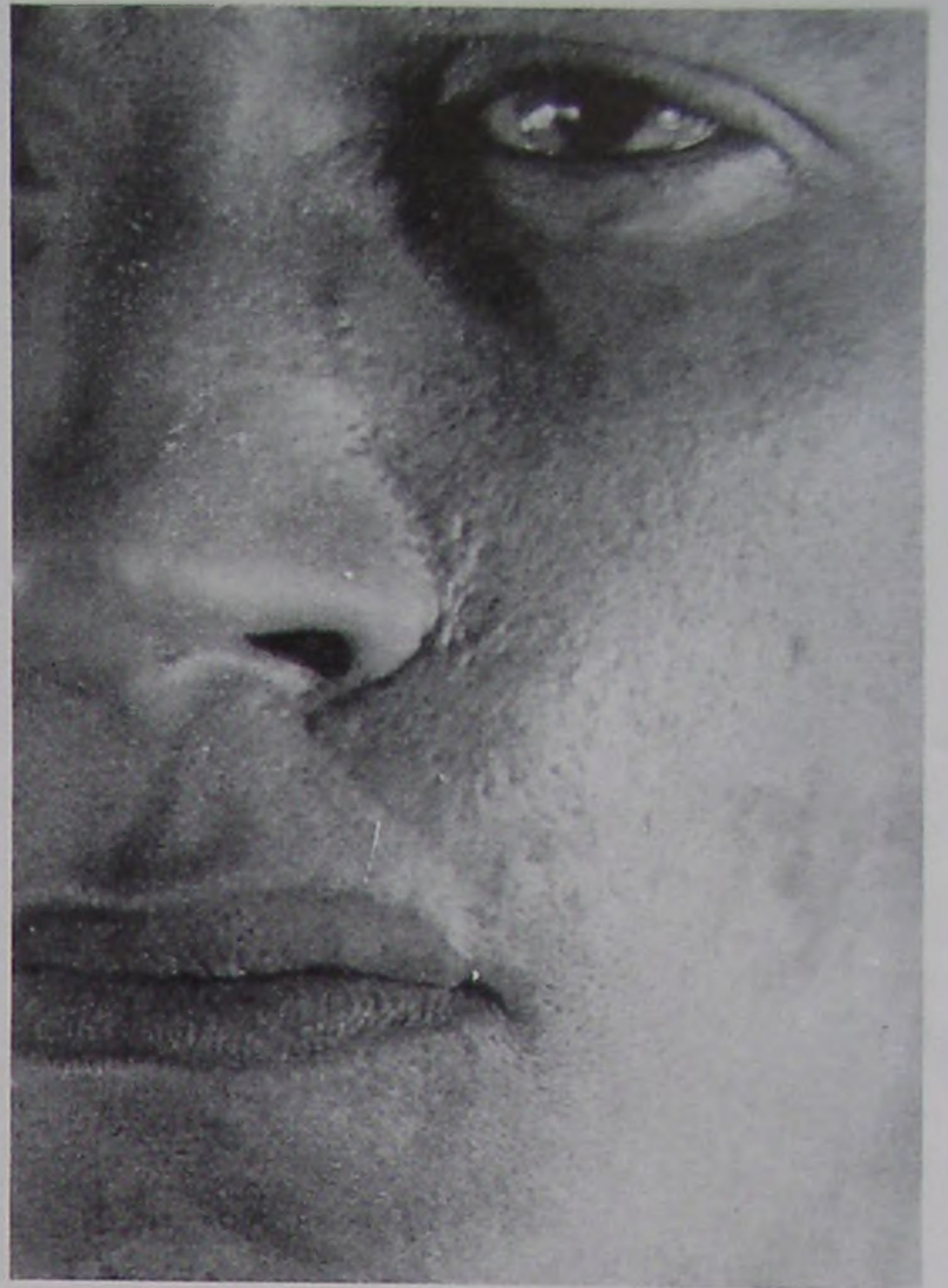


РИС. 165.

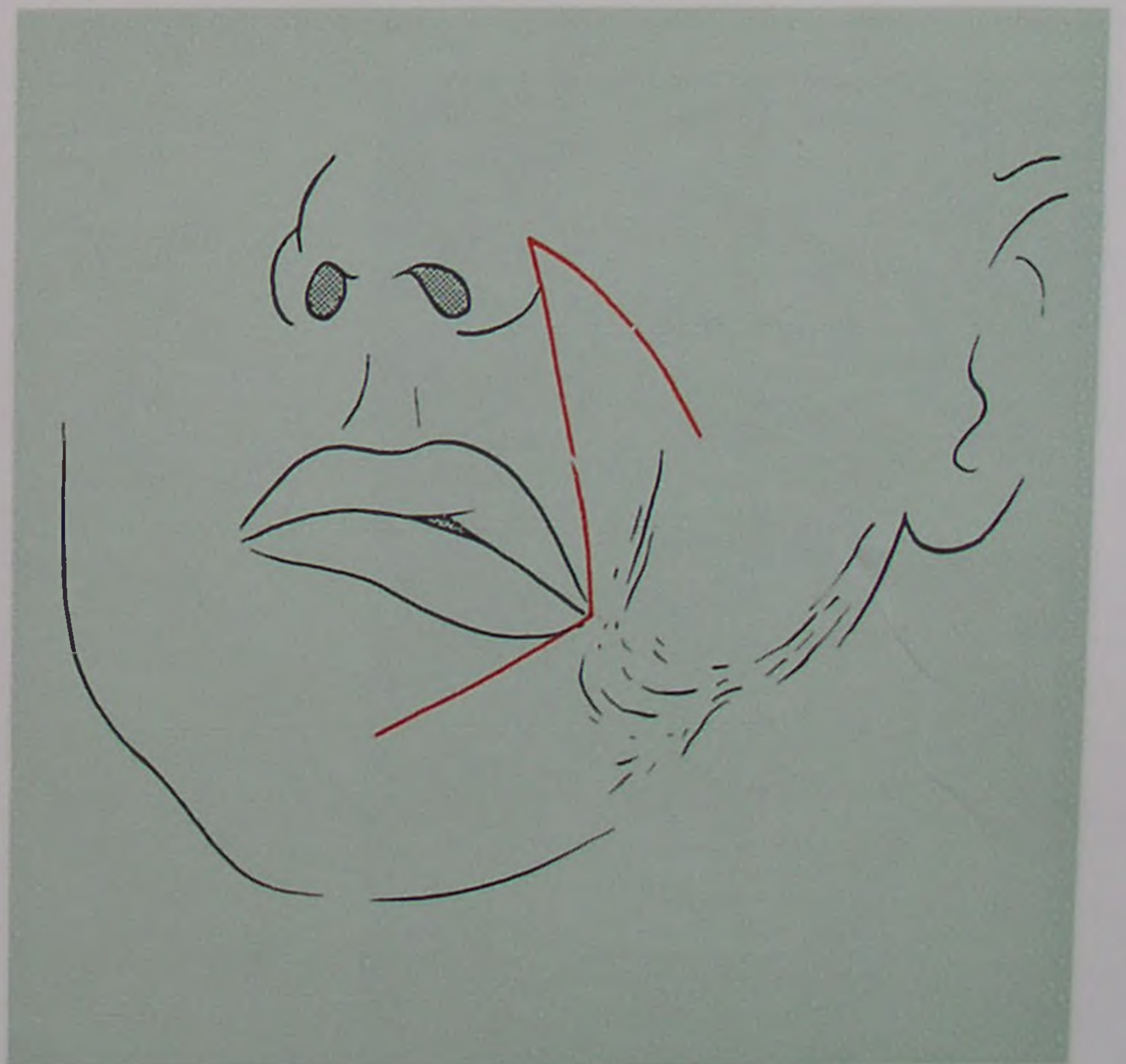
Огнестрельный перелом нижней челюсти. Больной С. П., 28 лет, инвалид первой мировой войны. 1. Ранение повлекло за собой значительную потерю мягких тканей, в результате возникла де-

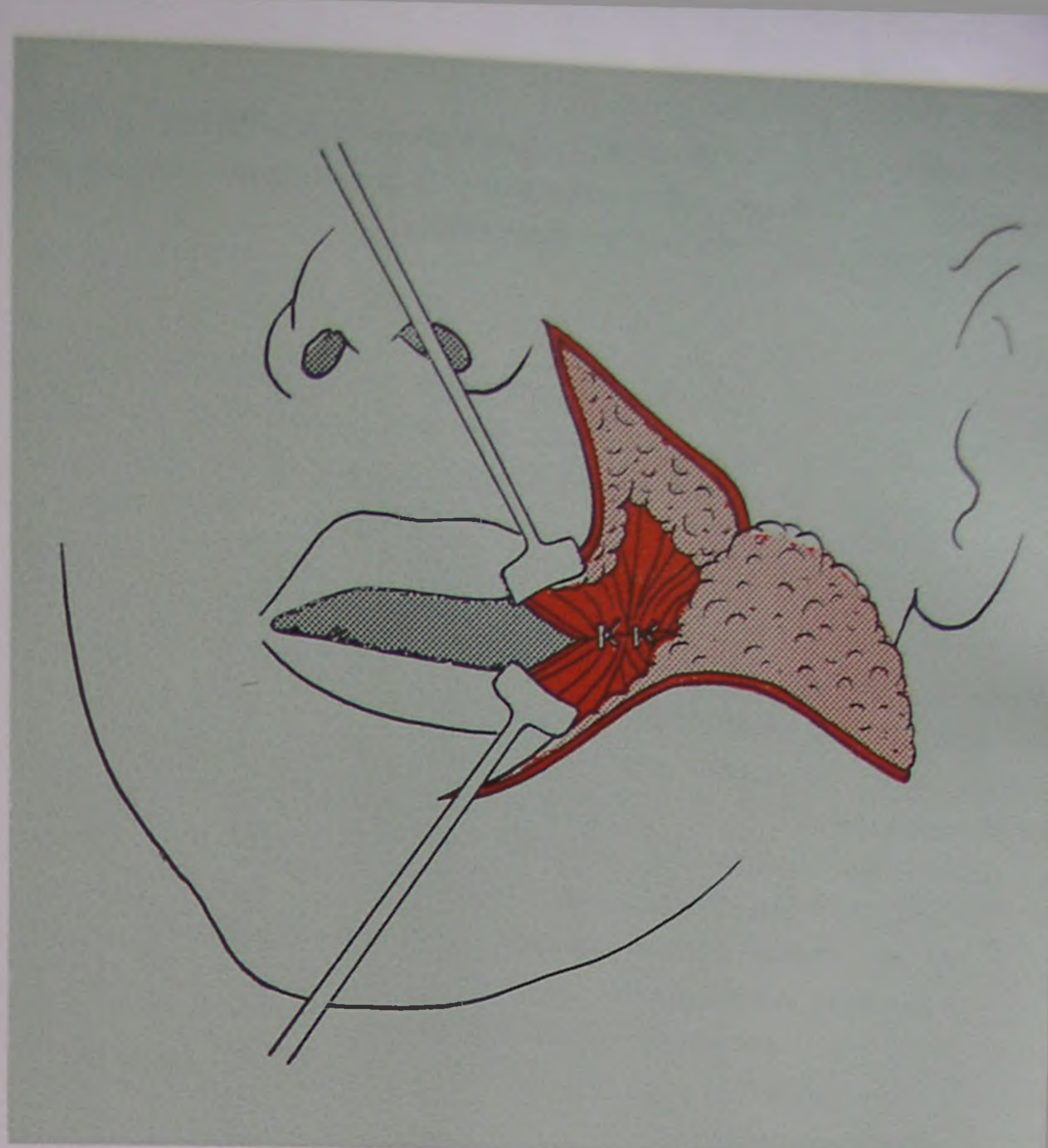
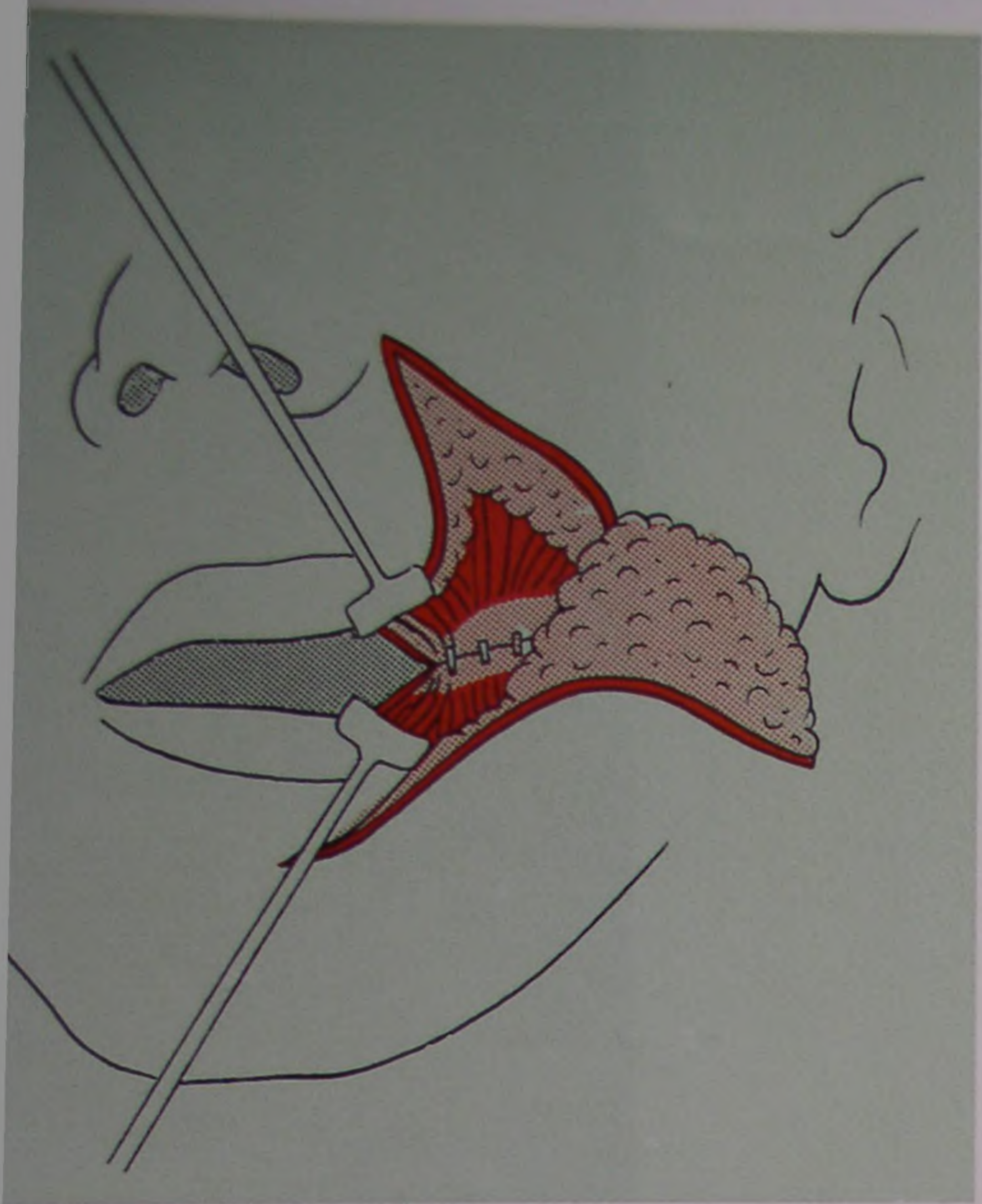
формация лица и обширное рубцевание тканей щеки. Угол рта стянут книзу. — 2. Схема разрезов для восстановления правильной формы угла рта. Образование носогубного лоскута. — 3. Схе-

(1)



(2)

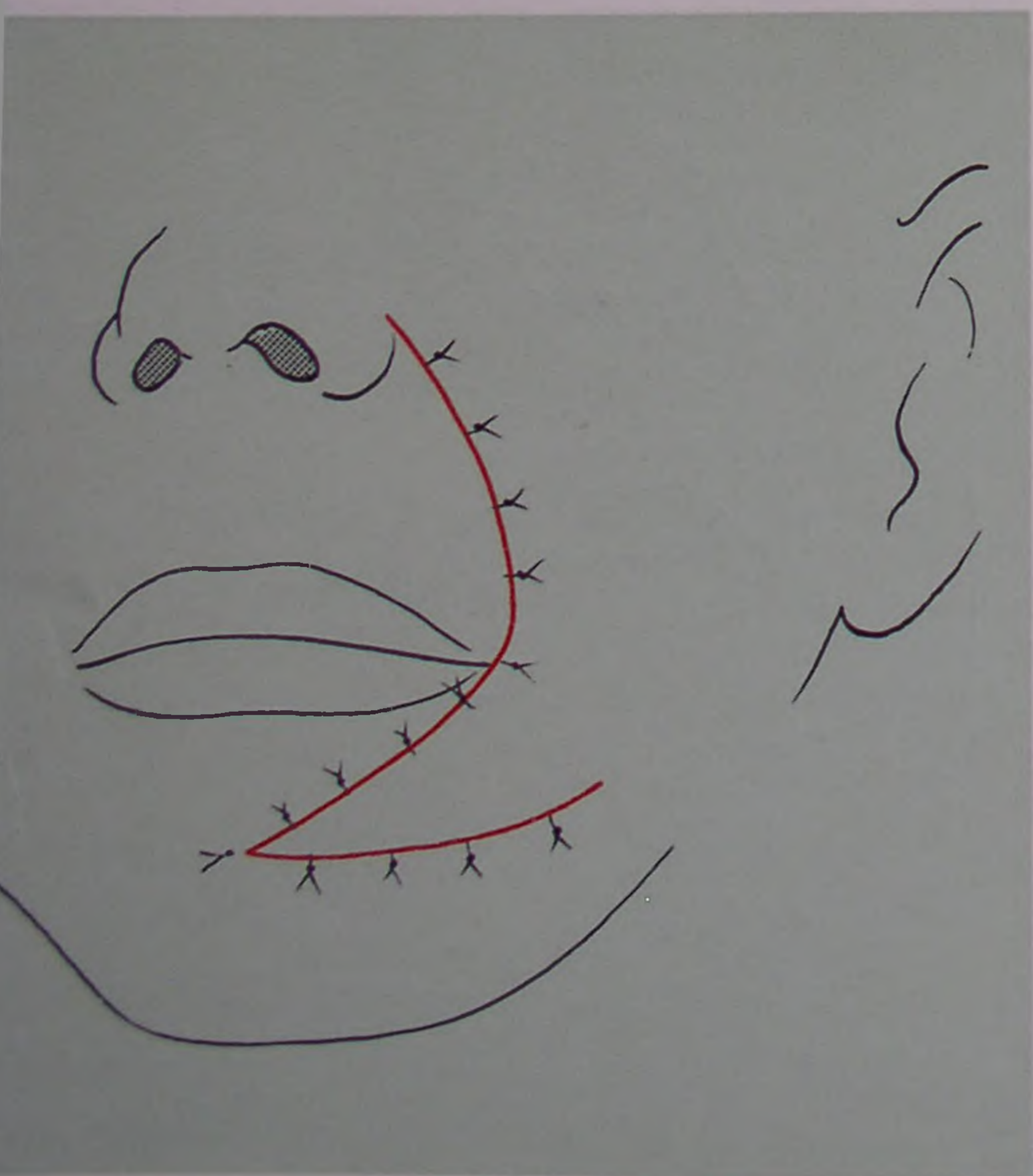




(4)

изображение хода операции. Носогубный лоскут при-
 бец, внедрившийся в слизистую оболочку, иссечен.
 саровки тканей произведено сшивание слизистой обо-
 4. Поверх слизистой оболочки произведено сшивание

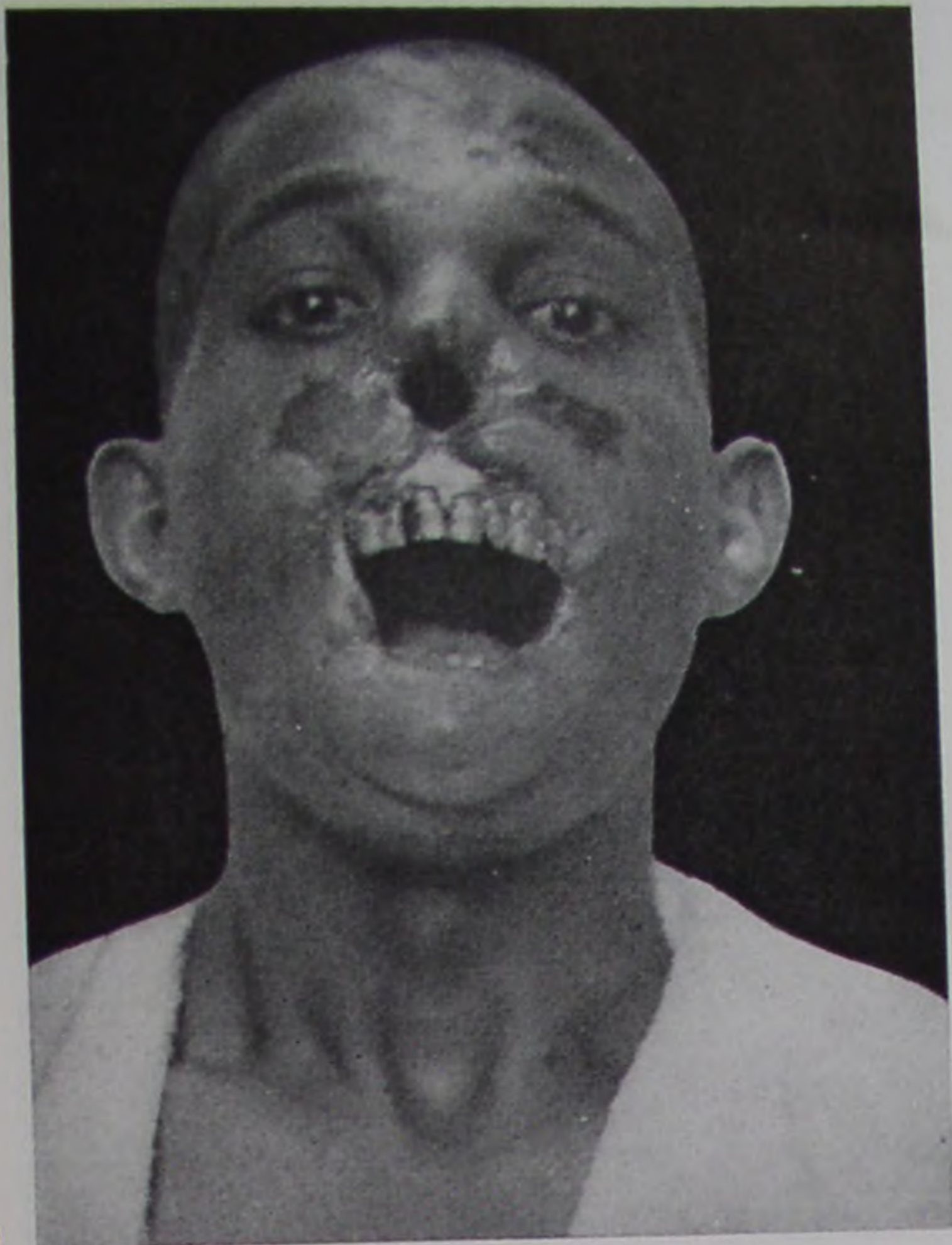
круговой мышцы рта и мимических мышц в области угла р-
 и щеки. — 5. Схематическое изображение операционного по-
 после окончания хирургического вмешательства. — 6. Больн-
 после излечения.



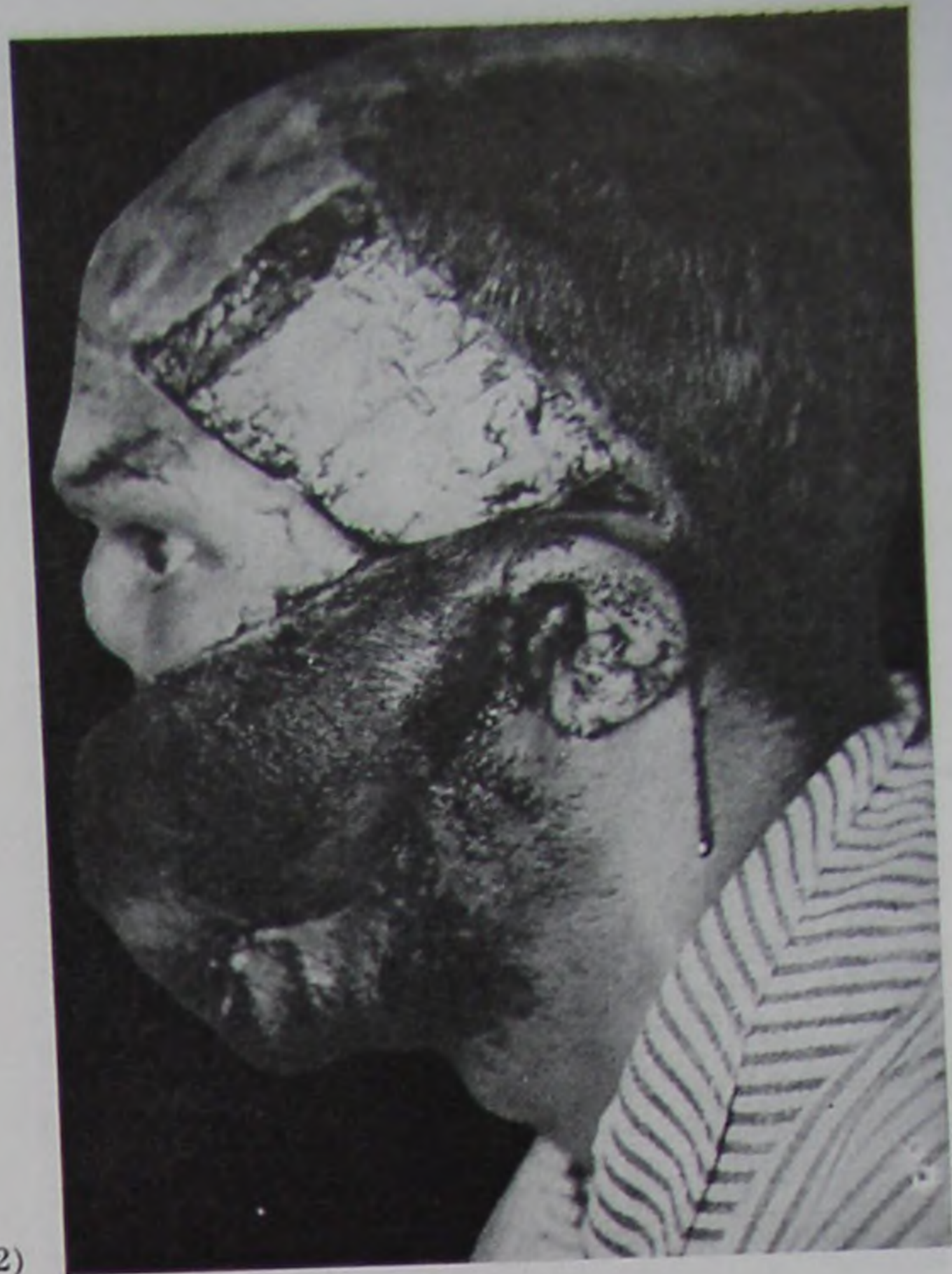
(5)



(6)



(1)



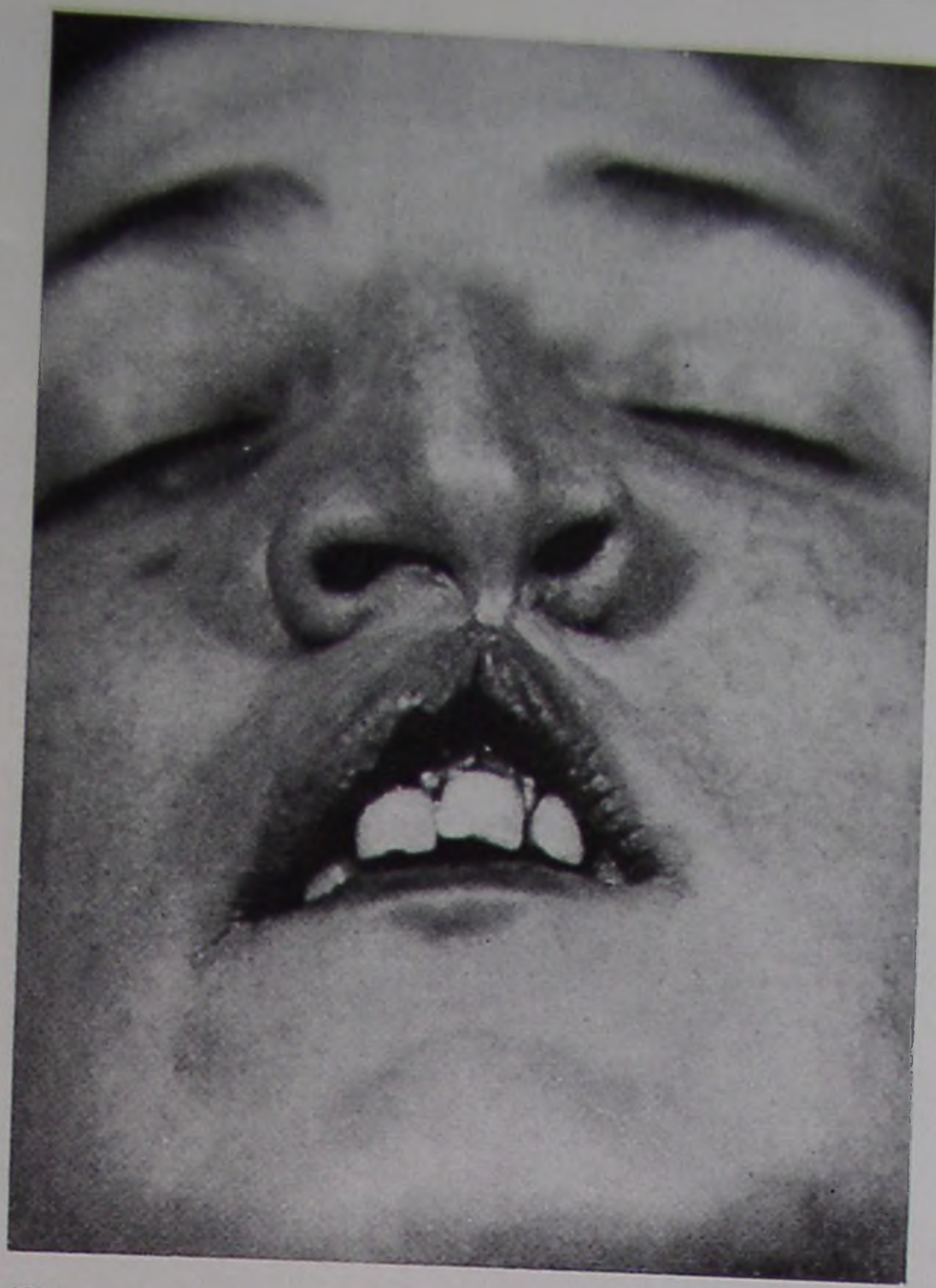
(2)

Р И С. 166.

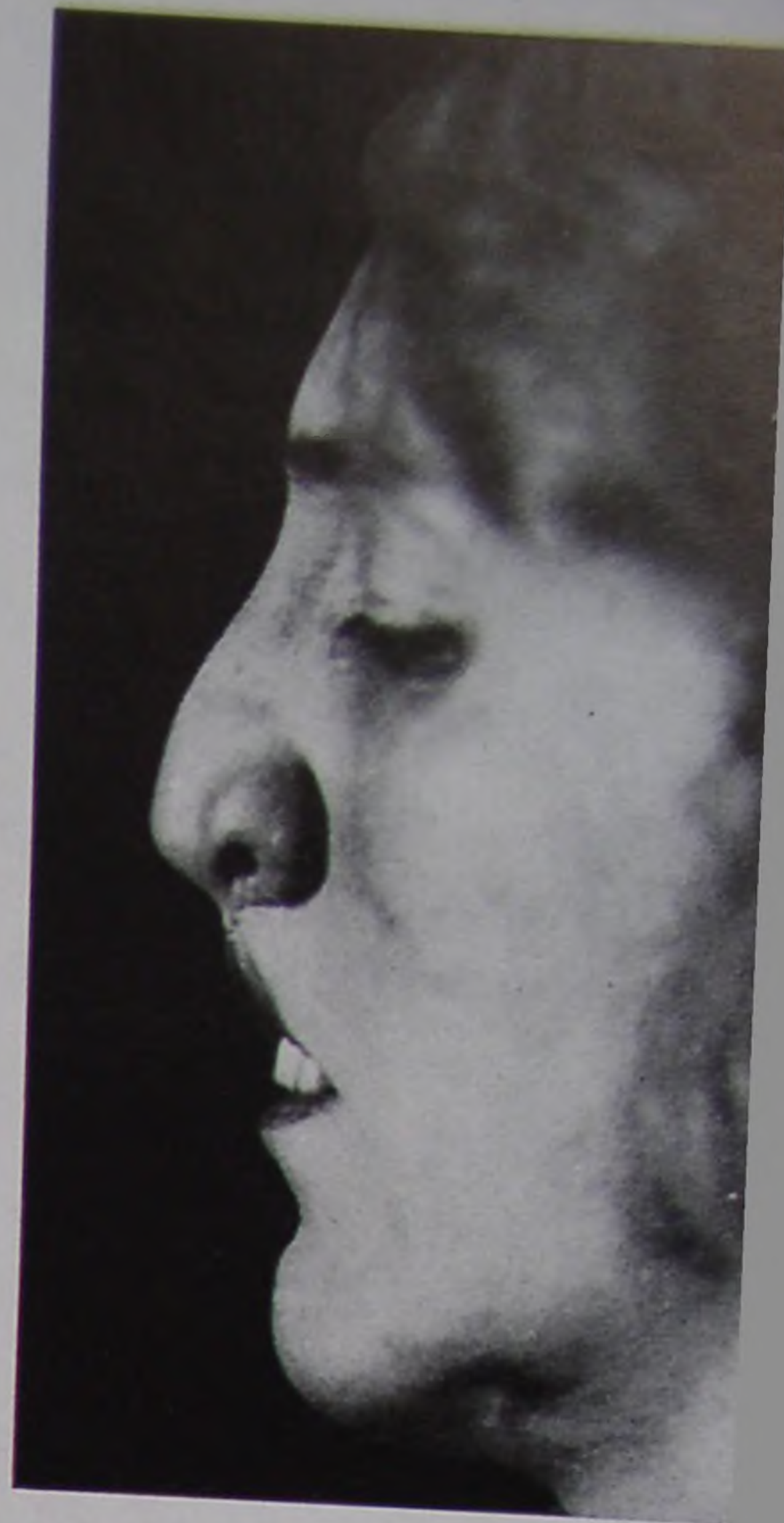
Ранение лица осколками гранаты. Больной С. Г., 26 лет, инвалид первой мировой войны. 1. Полная потеря верхней губы, края нижней губы и мягких тканей носа. Рубцевание распространяется далеко в область щек. — 2. Один из этапов лечения. Мостовидный лоскут, расположенный на поверхностных височных артериях, состоит из двух частей: волосистой, для замещения верхней губы, и безволосой — предназначенной для восстановления нижней губы. — 3. Пластика носа осуществлена с помощью оставшейся кожи лба. Полностью докончить пластику носа не удалось, как не укалось сформировать губы и заместить дефект на лбу путем пересадки свободного трансплантата. Дело в том, что больной вскоре после окончания войны уехал за границу, так что вся программа лечения, за исключением создания усов на верхней губе, не могла быть доведена до конца.



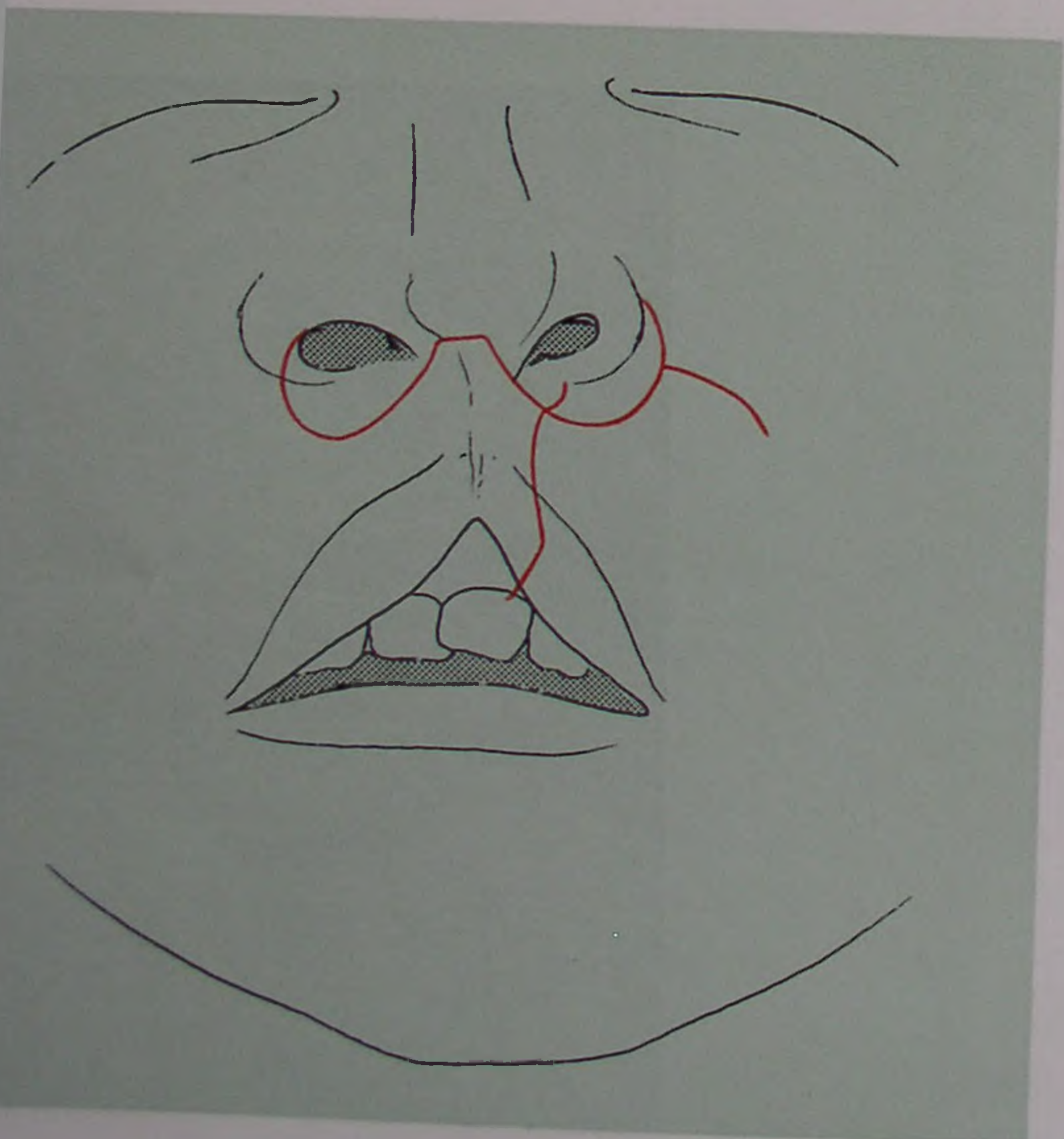
(3)



(2)



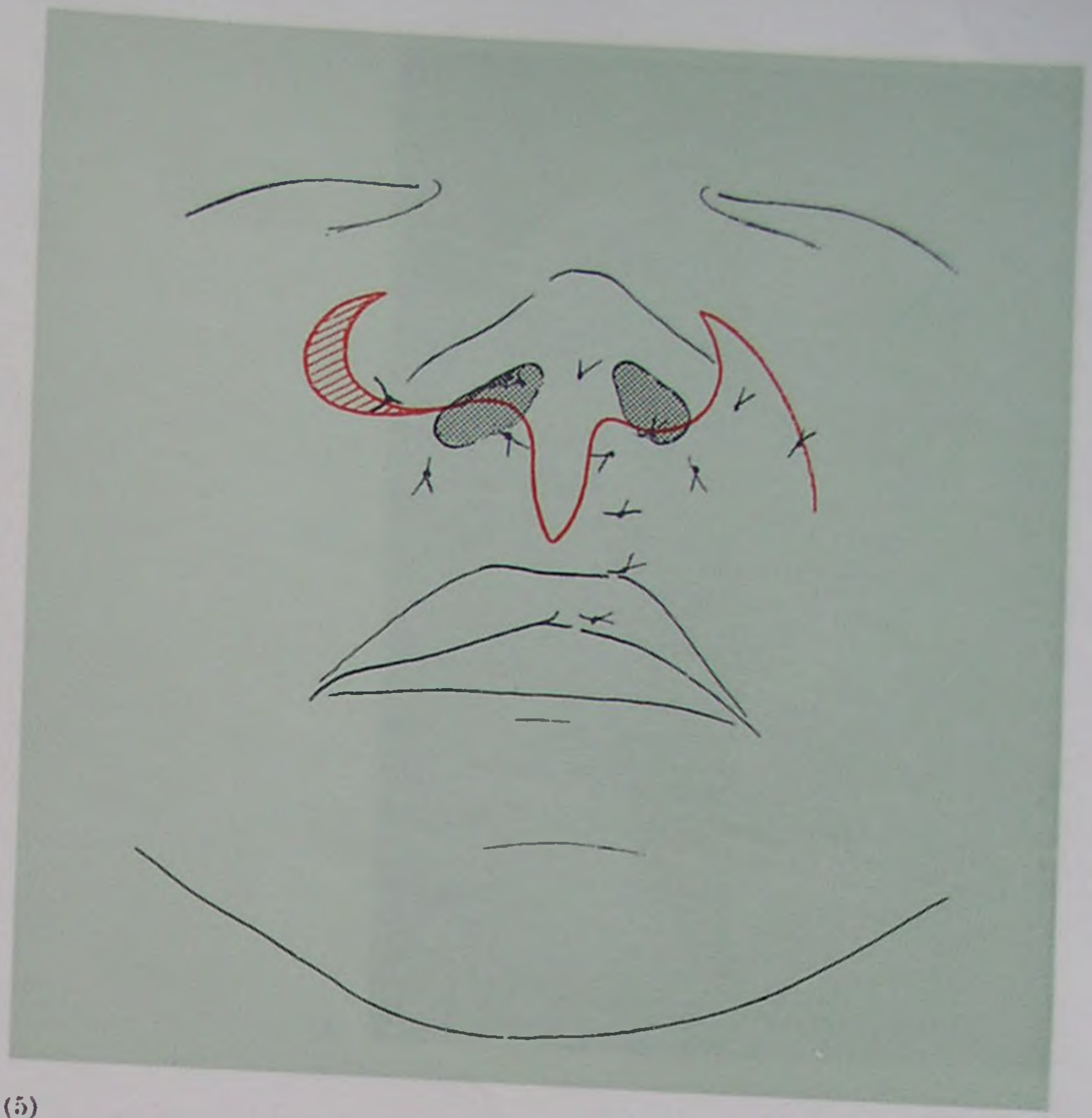
(3)



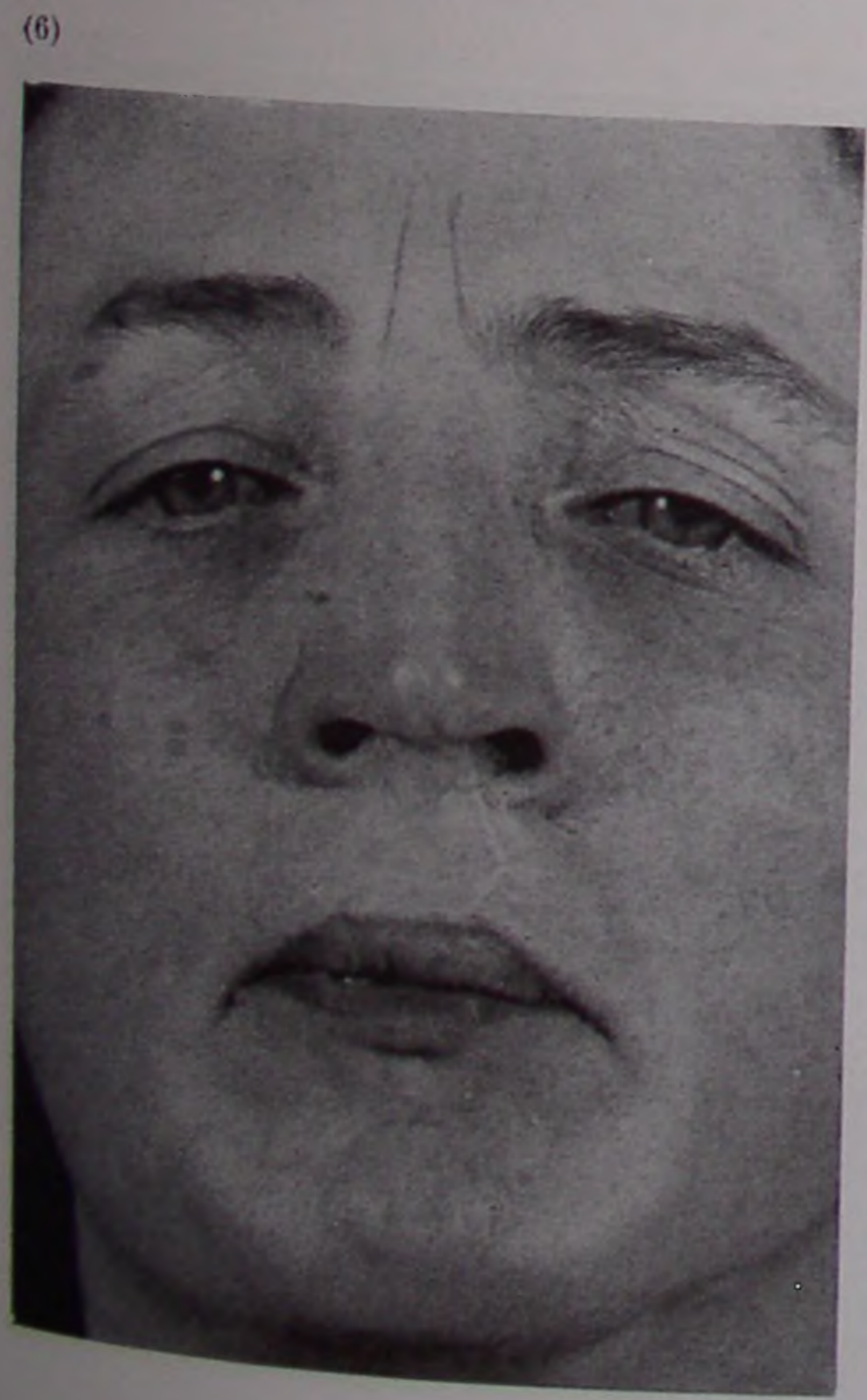
Р И С. 167.

Ранение, нанесенное укусом собаки. Больная И. П., 34 лет, история болезни № 1806. 1. Собака откусила у пострадавшей часть верхней губы и часть кожного отдела носовой перегородки. 2. От кожной части носовой перегородки остался небольшой остаток, переходящий у высшей точки дефекта в красную кайму губы. Кончик носа прирос к порогу левой ноздри. — 3. В профиле хорошо видно, что верхушка носа полностью притянута к остатку губы и порогу левой ноздри. — 4. Схема разрезов. Слева выкроен носогубный лоскут, а с правой стороны произведено серповидное иссечение кожи вдоль отсеченного края крыла носа. Это отсечение крыла носа было произведено с целью смещения кожи верхнего края губы, предназначенной для дополнения

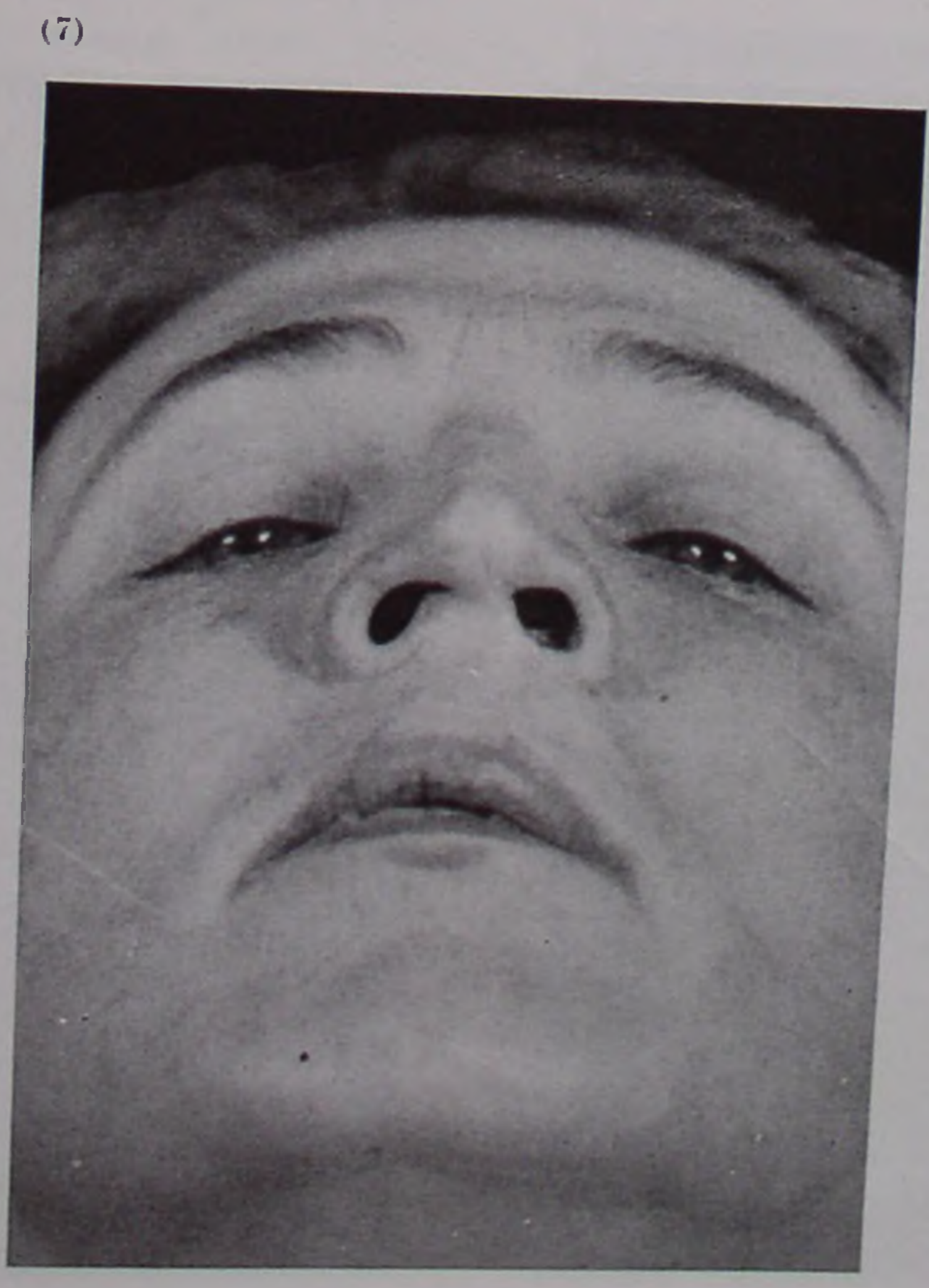
ния недостающей части носовой перегородки. — 5. После отсепаровки обеих частей губы и перемещения носогубного лоскута остаток носовой перегородки был отпрепарован от губы, после чего правая часть перегородки была дополнена кожей, передвинутой с правой стороны. — 6. Больная через 3 года после операции. Внешний вид восстановленной губы удовлетворителен. — 7. Кончик носа несколько оттянут кзади, но угол, образованный носовой перегородкой и губой, соответствует норме. — 8. Носовая без особых затруднений удлинить при использовании собственного материала. Больная, однако, удовлетворена достигнутым результатом и не желает подвергаться дальнейшему лечению.



(5)



(6)



(7)



(8)



(1)

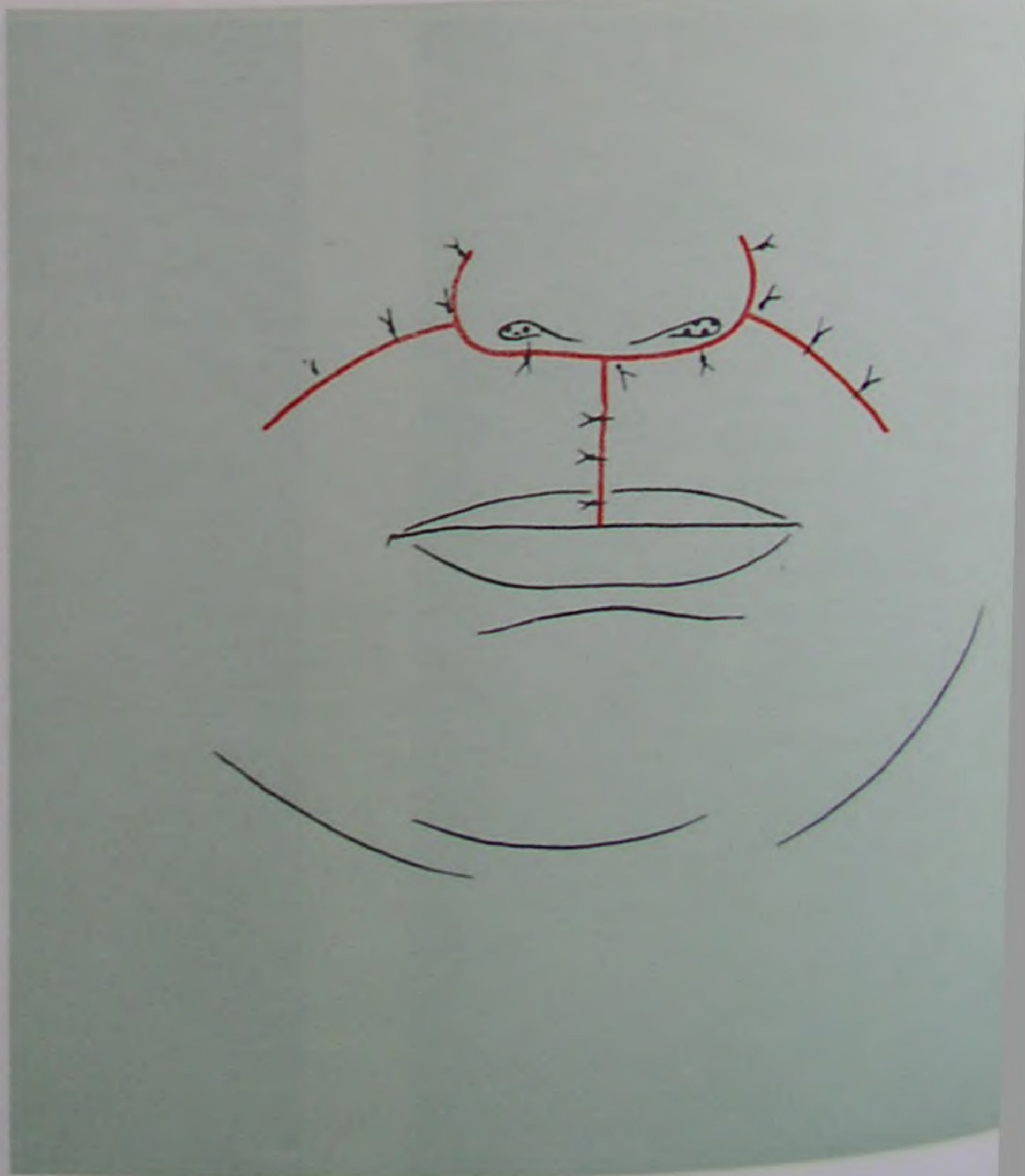
Р И С. 168.

Травматический дефект верхней губы. Больная А. И., 38 лет, история болезни № 2600. 1. Обширный дефект верхней губы, образовавшийся год тому назад после укуса собаки. Остатки губы с обеих сторон приросли к десне. Обширный дефект слизистой оболочки. — 2. Схема носогубных лоскутов, предназначенных для пластики губы. — 3. Перемещение лоскутов, вторичные дефекты.



(2)

(3)



открыты путем смещения кожи щек. — 4. Состояние после излечения. Губа расположена слишком высоко, а ее нижняя часть испытывает значительное натяжение. Дополнительно была запланирована операция Аббе, заключающаяся в восполнении дефекта лоскутом, взятым с нижней губы, но больная от нее отказалась и на дальнейшее лечение уже не явилась. Замещение дефекта путем операции по Аббе вряд-ли, однако, дало бы ожидаемый эффект из-за чрезмерной обширности дефекта, главным образом слизистой части губы.

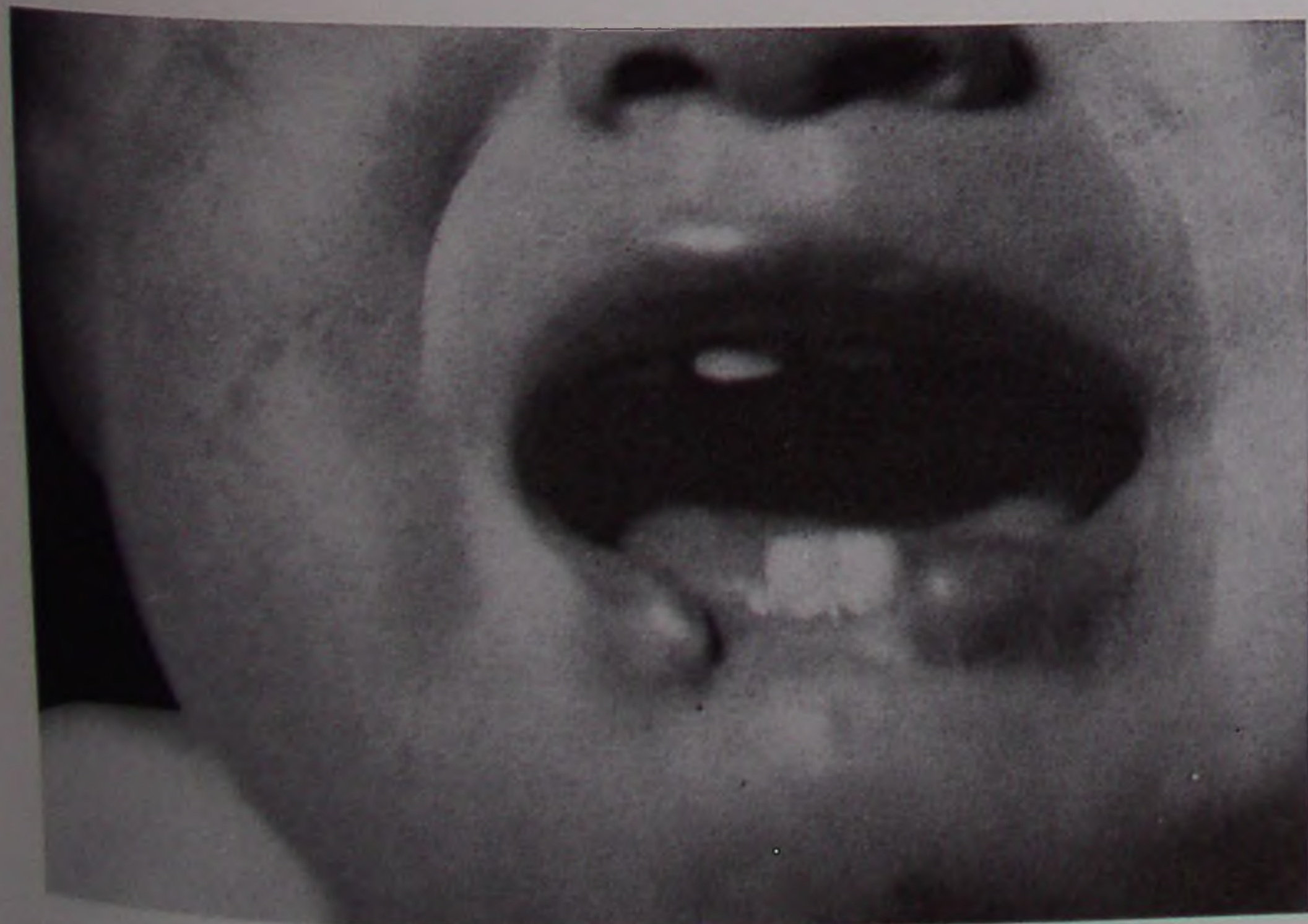


(4)

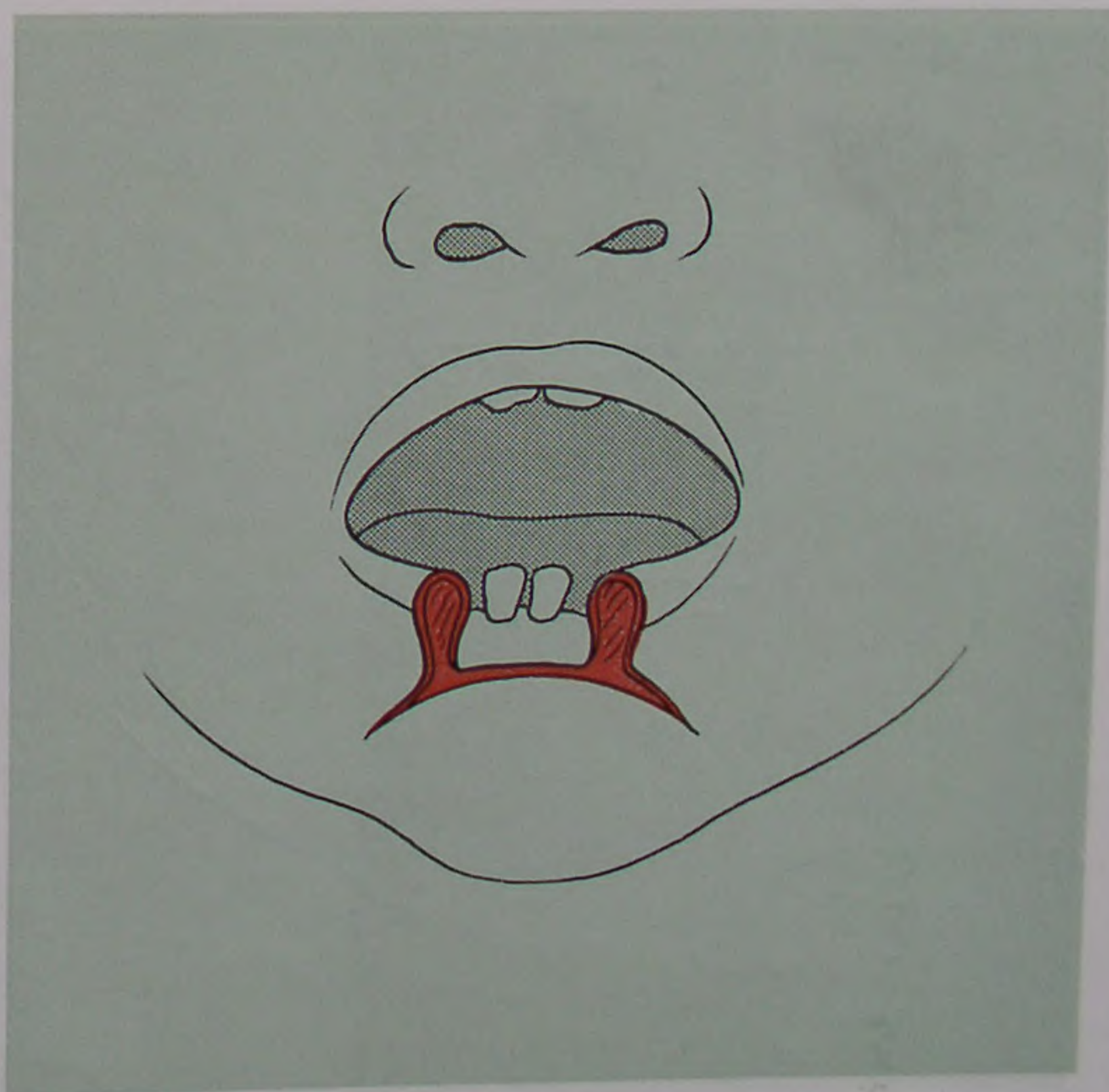
РИС. 169.

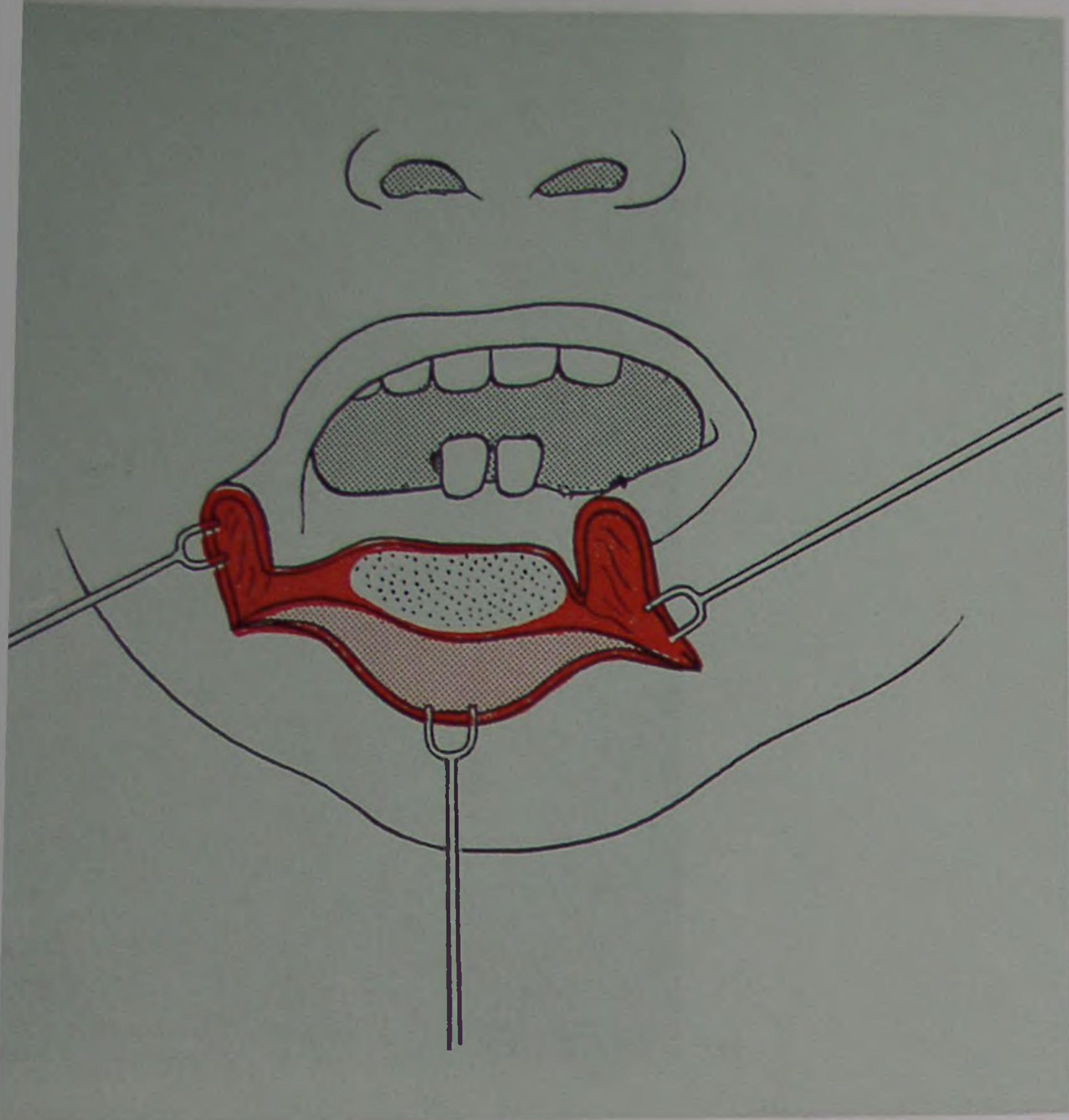
Состояние после электротравмы нижней губы. Больной М. В., 1 года, история болезни № 24 695. 1. Дефект средней трети нижней губы во всю толщю. Блок рубцов прирос к десне, фиксирует среднюю часть губы и вытягивает кверху кожу подбородка. — 2. Схема операции: экстирпация рубца и краев дефекта. С обеих сторон вдоль верхнего края подбородка сделаны

(1)



(2)





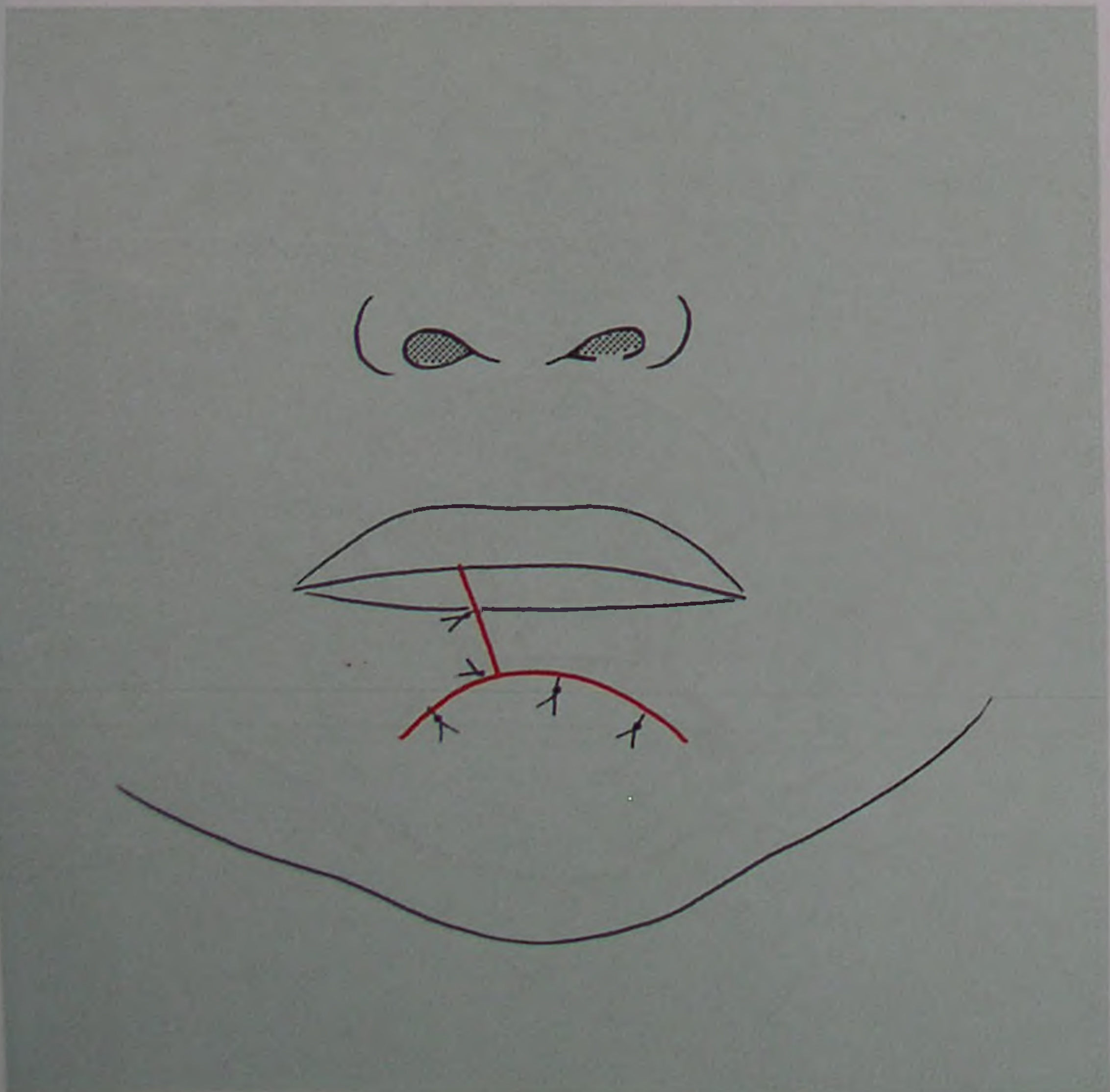
(3)



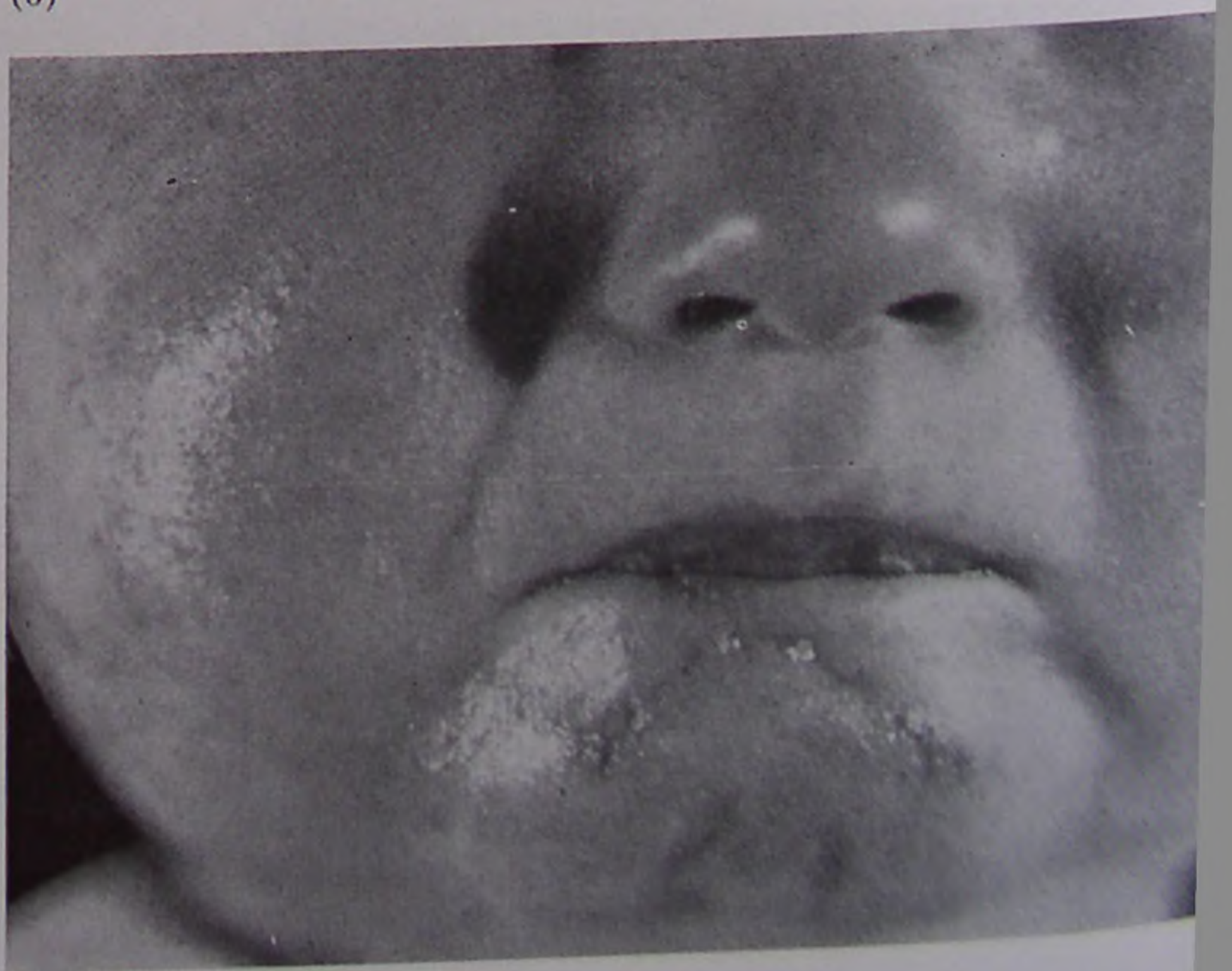
(4)

дугобразные разрезы для мобилизации губы. — 3. Полная сепаровка культи губы и подбородка от десны. — 4. Один из этапов операции. Положение отдельных лоскутов. — 5. Сшивание лоскутов вдоль верхнего края подбородка. — 6. Больной после излечения. Операция произведена Геленой Пешковой.

(5)



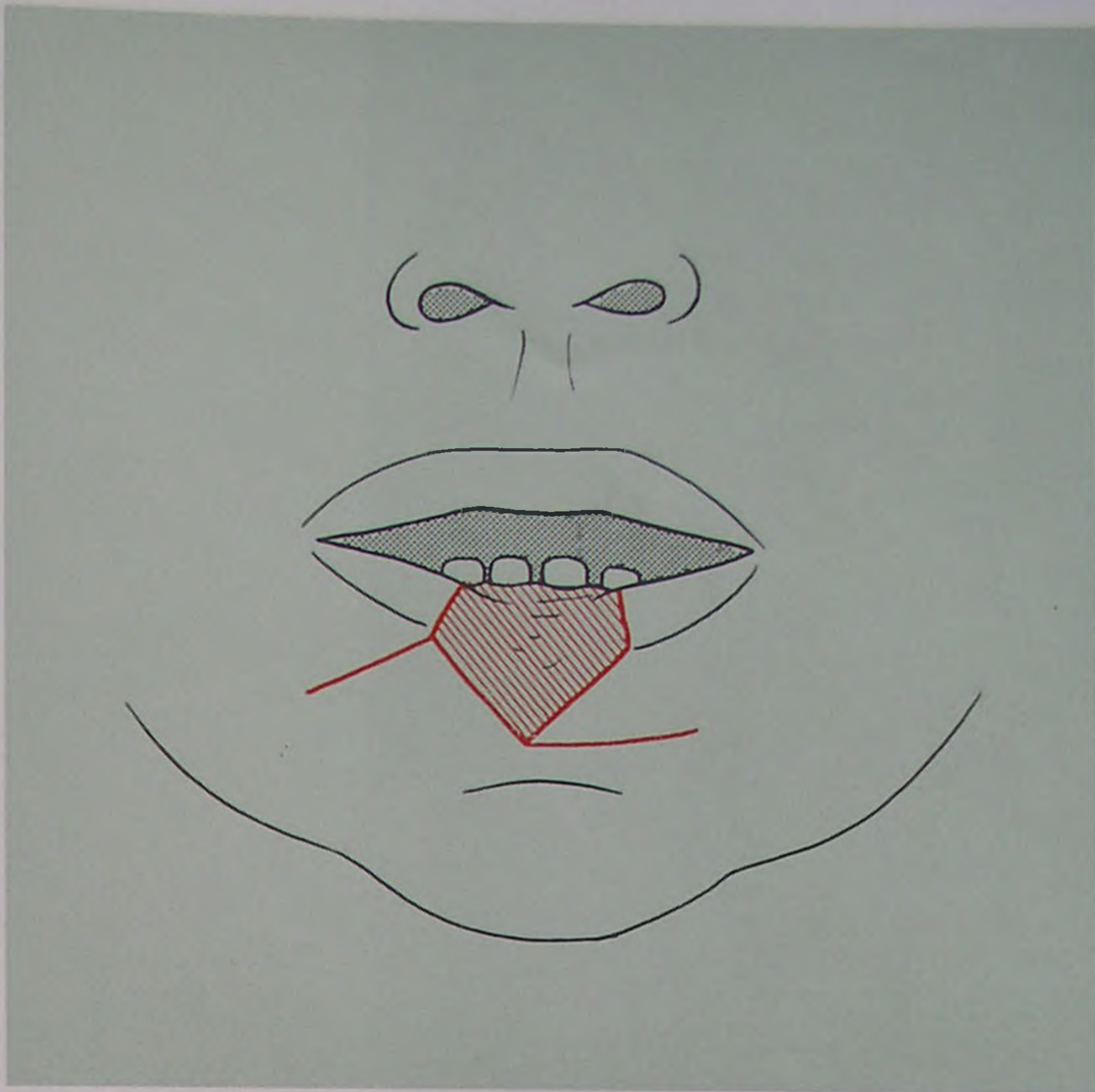
(6)



(1)



(2)

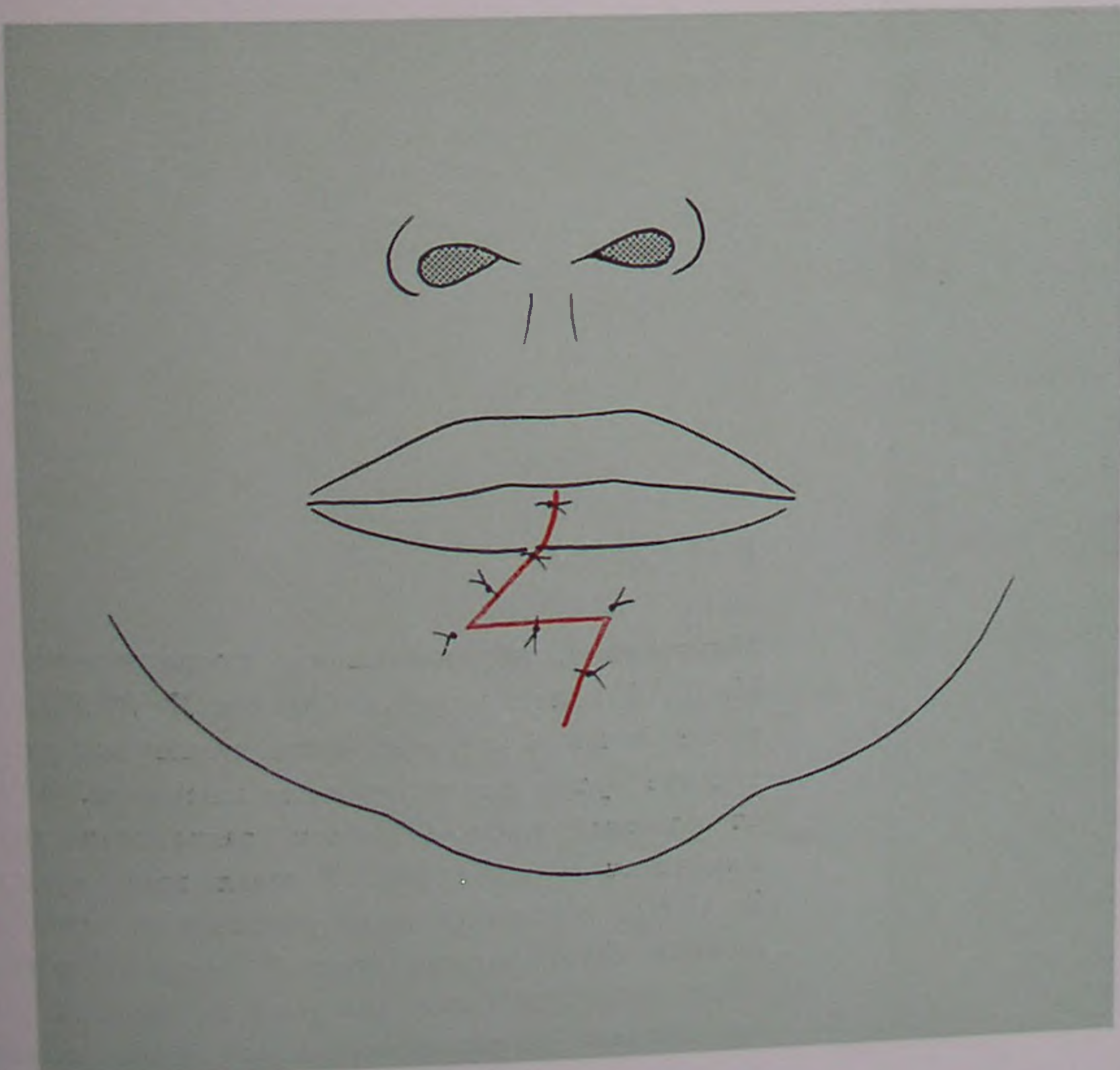


70.

вид через полтора года после электротравмы. Больная
т, история болезни № 15 561. 1. Выявляется довольно
ект нижней губы и обширный блок рубцов, широко
с десной. — 2, 3. Иссечение рубцового блока. Путем
асечек образованы треугольные лоскуты, смещение
олжно привести к приподниманию нижней губы. За-

живление осложнилось инфекцией, швы частично разошлись
и вновь образовался широкий рубец, потребовавший повторных
хирургических вмешательств. — 4. В возрасте 16 лет рубец все
еще остается довольно заметным. В дальнейшем была произведена
шлифовка рубца.

(3)

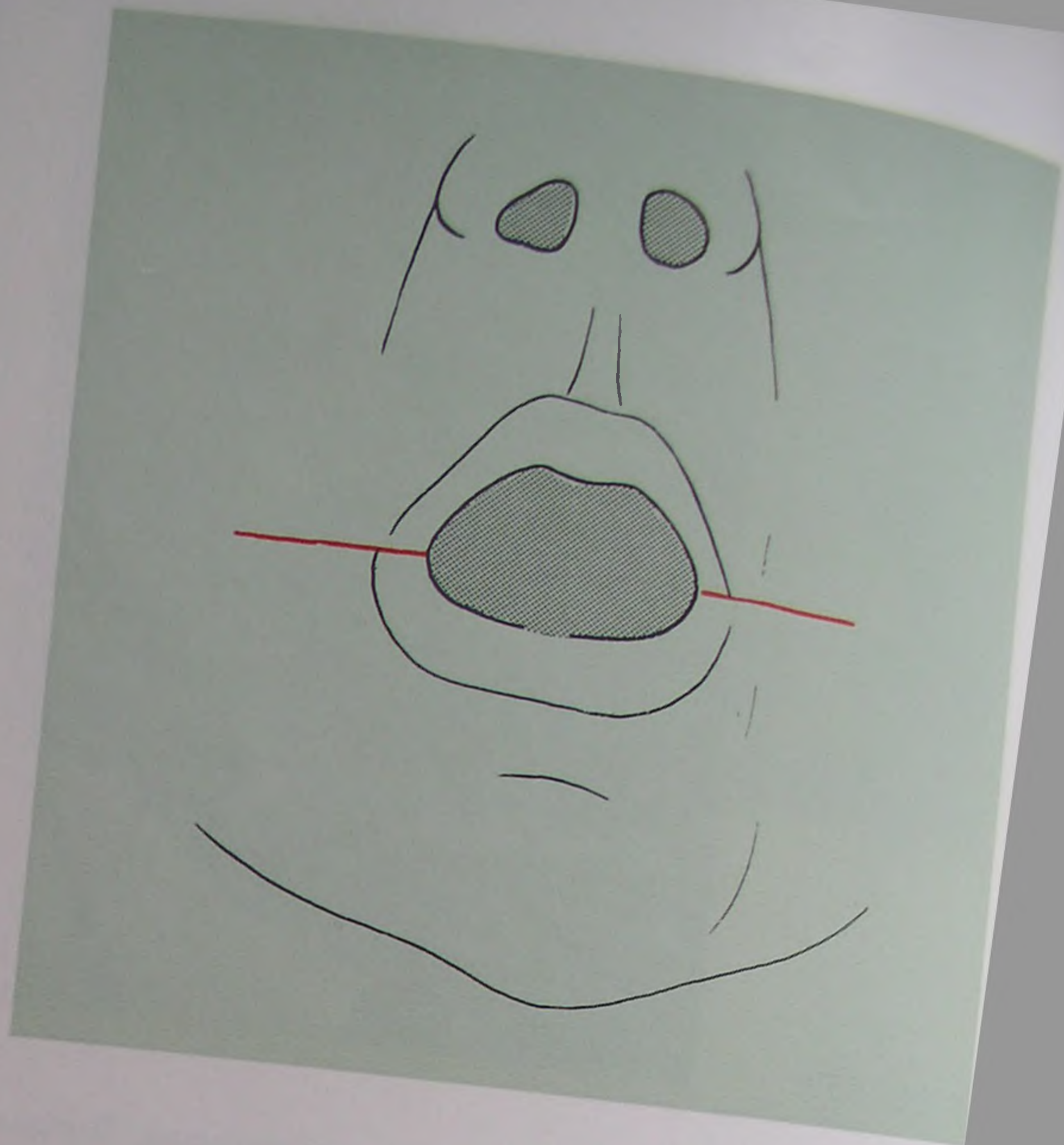


(4)

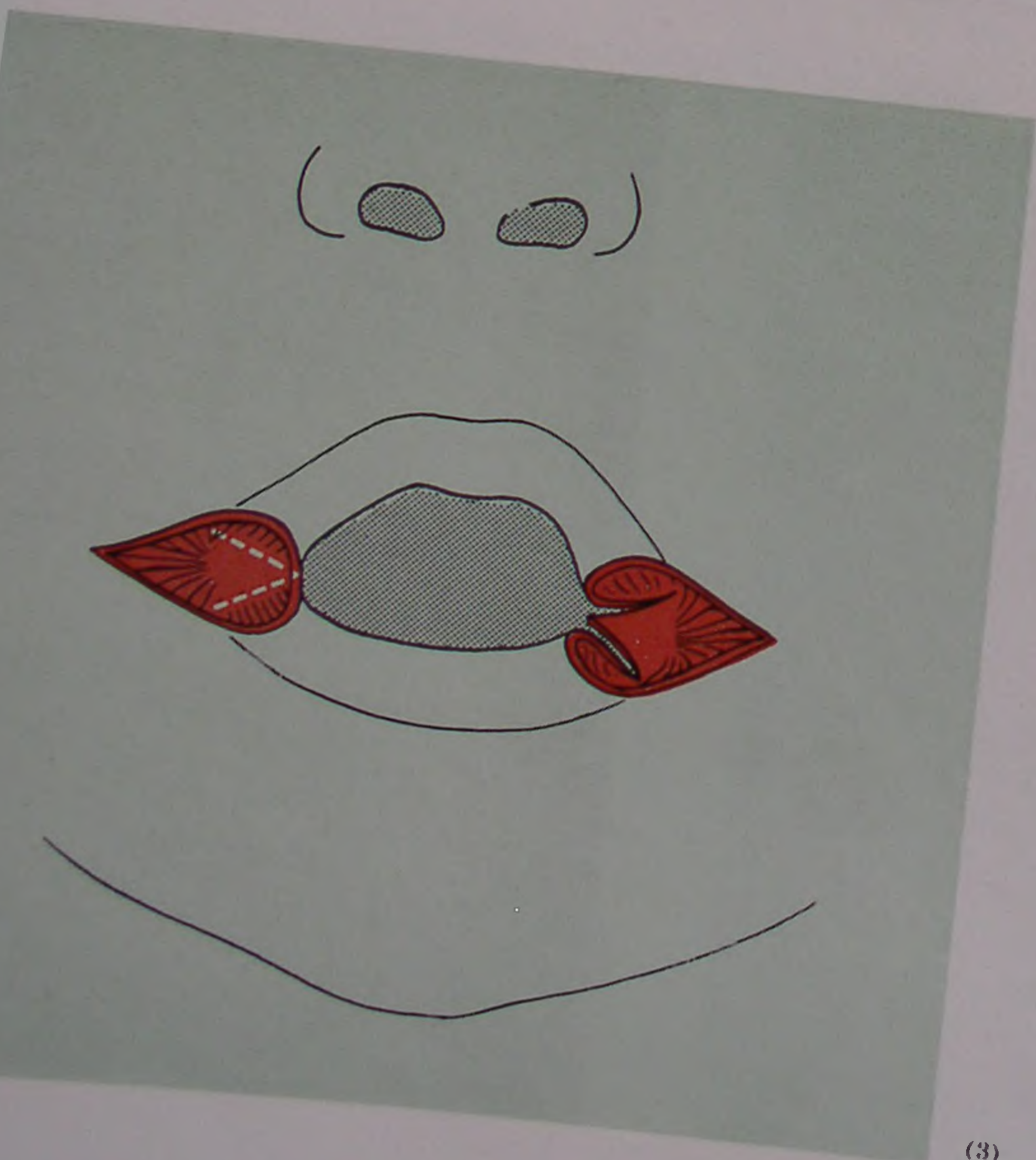




(1)



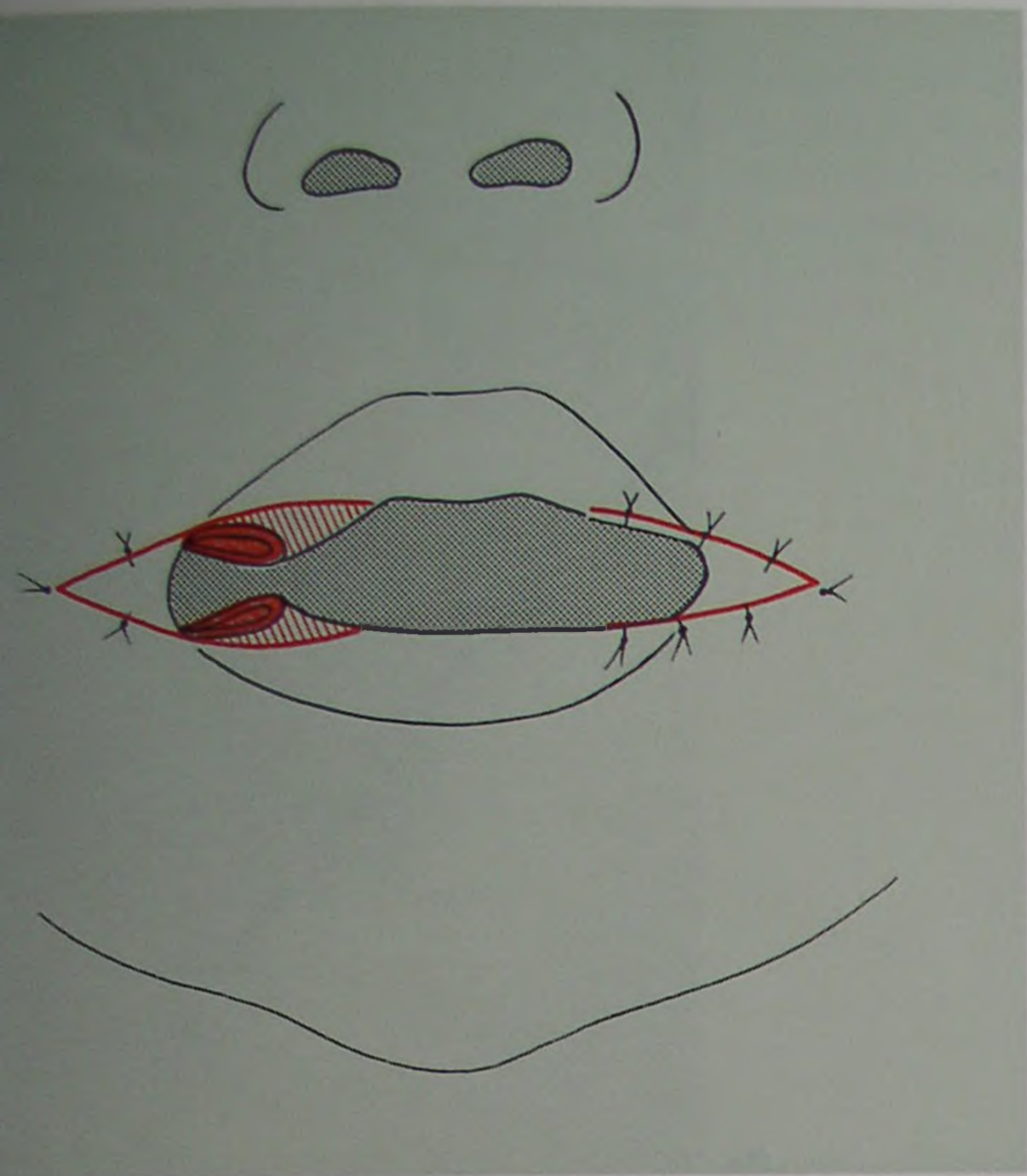
(2)



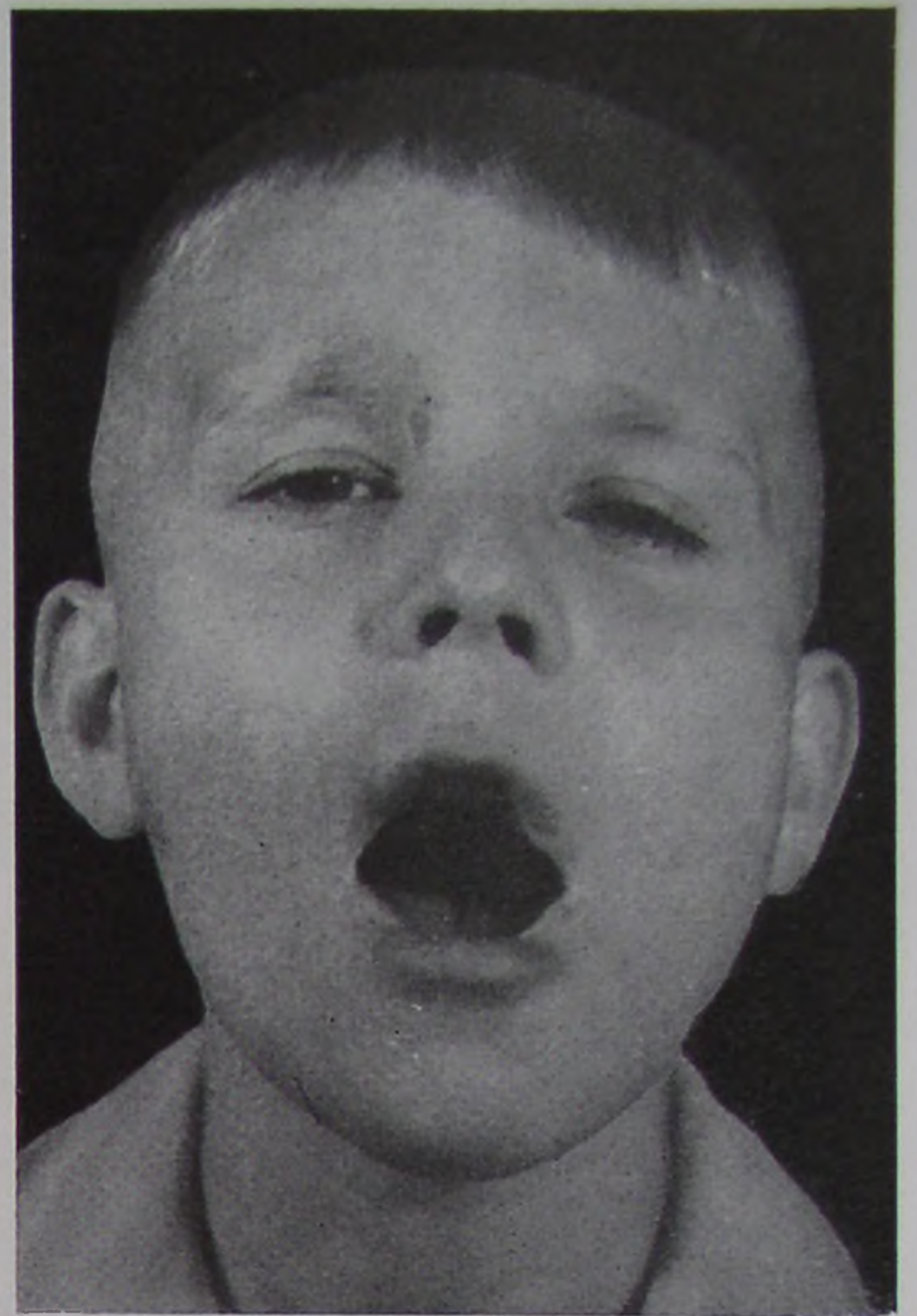
(3)

РИС. 171.

Микростома, образовавшаяся после перенесенной оспы. Больной И. Б., 4½ лет, история болезни № 26 562. 1. В двухлетнем возрасте больной перенес оспу, после которой в углах рта длительное время персистировало нагноение. В результате образовался плотный рубцовый блок, захватывавший и мышцы, направляющиеся в углы рта. Ротовая щель сузилась до 3½ см. — 2. Схема горизонтальных разрезов у углов рта; длина разрезов должна быть больше средней ширины ротовой щели, так как после операции вновь наступит ее сужение. — 3. С обеих сторон производят отпрепаровку краев ран, иссекают блоки рубцов



(4)



(5)

освобождают мышцы. — 4. На поверхности слизистой вырезают треугольные лоскуты. Их вшивают в углах рта в де- между кожей и красной каймой, как показано справа на

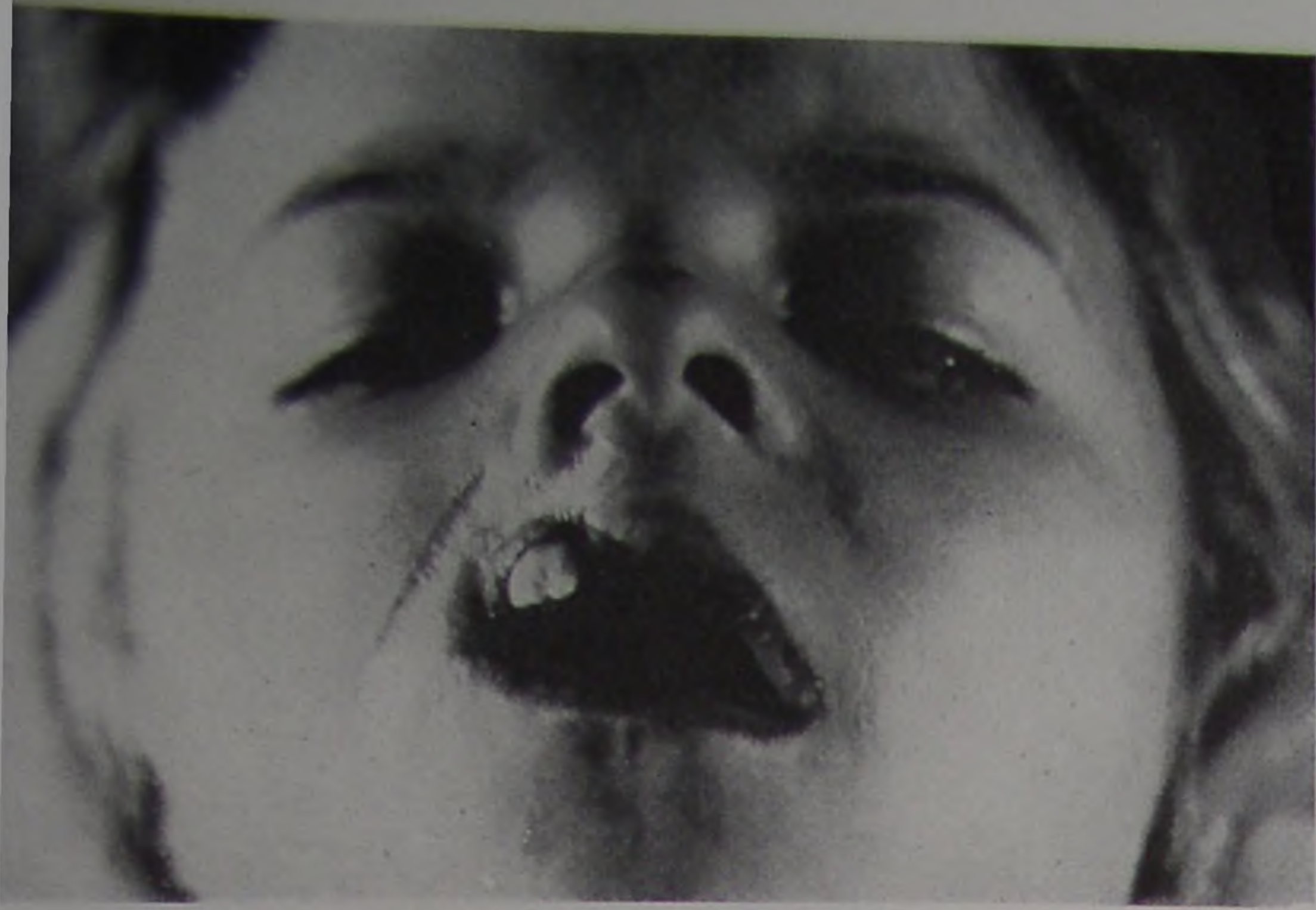
рисунке. — 5. В результате операции больной совершенно сво- бодно открывает рот. Ротовая щель достаточно широка. Опера- ция произведена Геленой Пешковой.

С. 172.

ект почти всей правой половины верхней губы после номы, несенной ребенком 4 года тому назад. Больная Б. Ч., 6 лет, рия болезни № 14 195. 1. Оставшаяся часть правой стороны и, представляет собой плотное рубцовое образование, вплот- сращенное с десной. Из дефекта вырастает клык и малый енной зуб. Рубец переходит порог ноздри и фиксирует осно- ие крыла носа. Кожа вплоть до носогубной складки истончена, еротична и вплотную прилегает к челюсти. От тканей правого а рта сохранился небольшой остаток. — 2. Потеря ткани



(1)



(2)



(3)

рхней губы становится особенно заметной при открывании рта. В данном случае нельзя было осуществить пластику местными тканями. Единственно, что можно было сделать, это переместить свободную половину губы. Однако это могло бы оказать неблагоприятное влияние на дальнейшее развитие лица. Поэтому было решено осуществить пластику с помощью стебельчатого лоскута, взятого с живота. — 3. Стебель перенесен на дефект через преддверие, ножку лоскута укладывают на раневое ложе, возникшее после иссечения рубца у входа в ноздрю, ниже основания крыла носа и на краю филтума, где трансплантат дополняет недостающую часть слизистой поверхности губы. — 4. Вторая ножка ложена на раневую поверхность у нижнего края носогубной области, где тоже было проведено обширное иссечение рубцово-

измененной кожи. — 5. После этого этапа операции ребенок не являлся в течение 4 лет в клинику. При новом поступлении на лечение было выявлено, что лоскут сильно уменьшился и что между обеими ножками остался канал с диаметром, равным толщине карандаша; задняя стенка канала образована рубцом десны.



(4)



(5)

5. Лоскут развернут в границах канала. В области верхнего десны иссечен рубцовый тяж, кожа внутренней стороны пришта к десне, а наружная сторона стебля к коже носовой области. После заживления часть губы, образованная из ля, оказалась более крупной, чем левая часть губы.



(6)

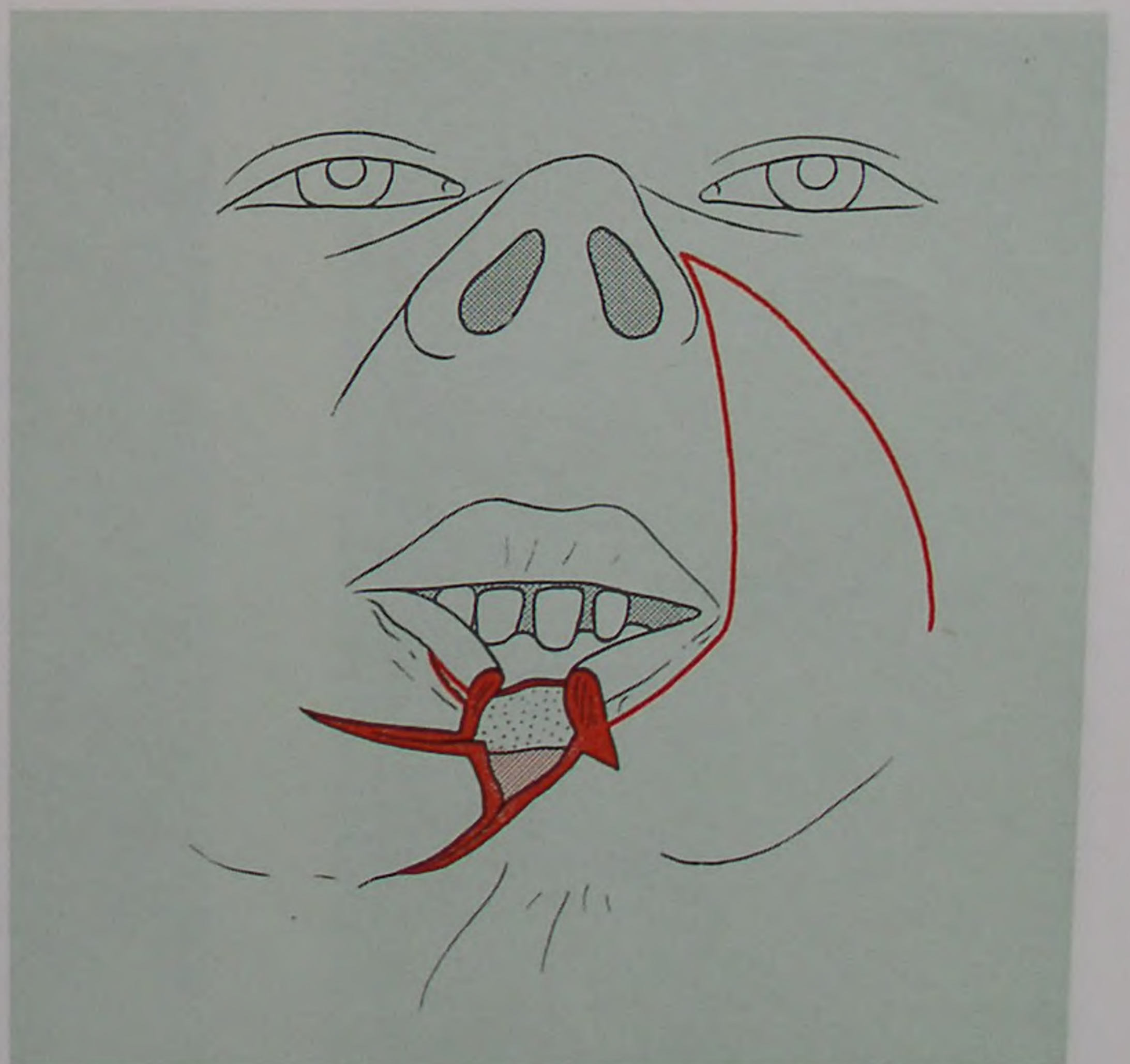
И С. 173.

Рубцовый выворот нижней губы, возникший после специфическо-воспалительного процесса. Больная А. И., 57 лет, история

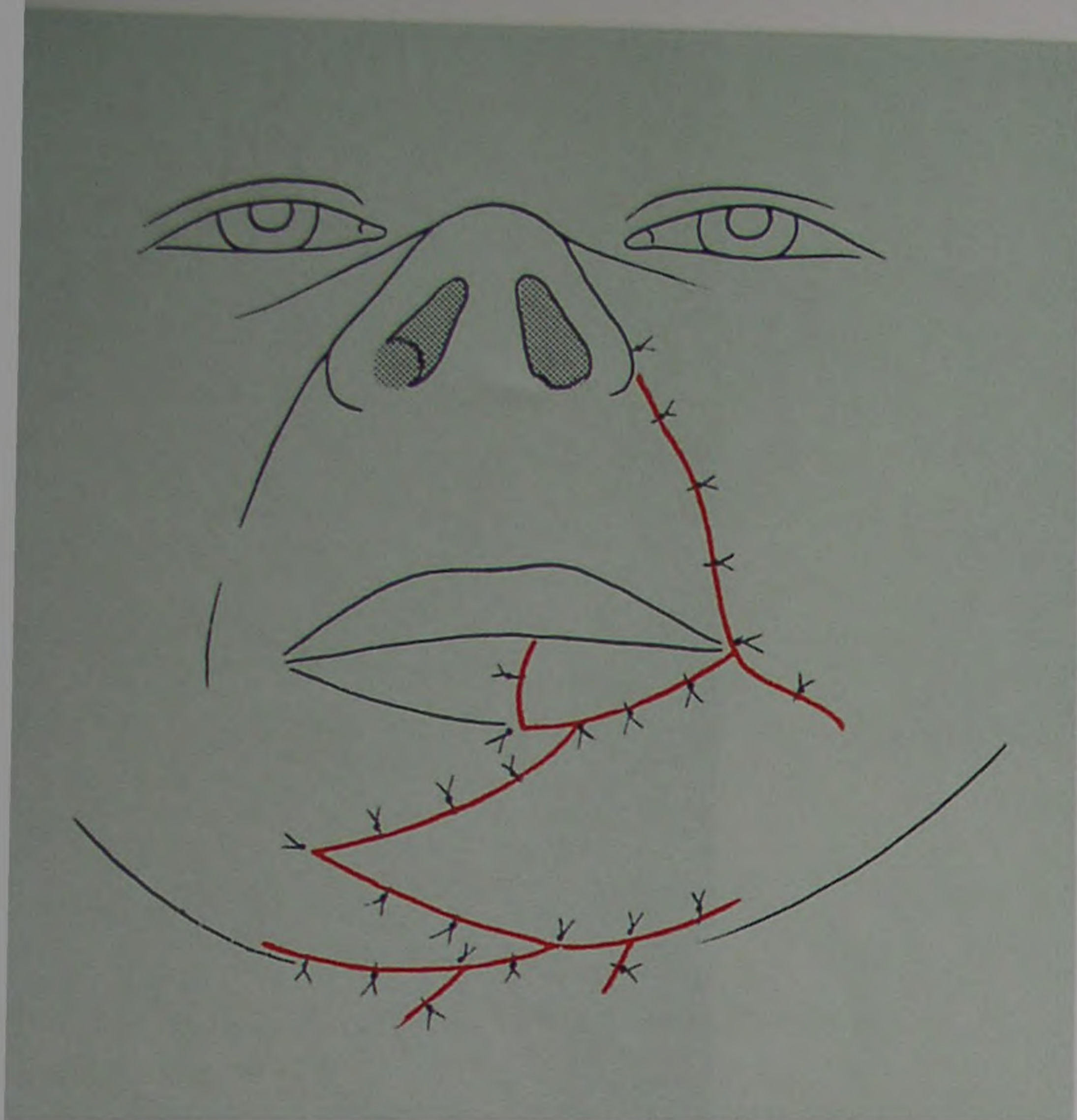
болезни № 151. 1. Процесс вспыхнул у больной в возрасте 23 лет и после многолетнего персистирования уничтожил большую часть нижней губы и подбородка вместе с подбородочной частью нижней челюсти. Остатки губы и кожи щеки втянуты в рубцы. — 2. Способ операции. В верхней части губы произведено иссечение рубцового блока; остатки губы освобождены. По ходу носо-



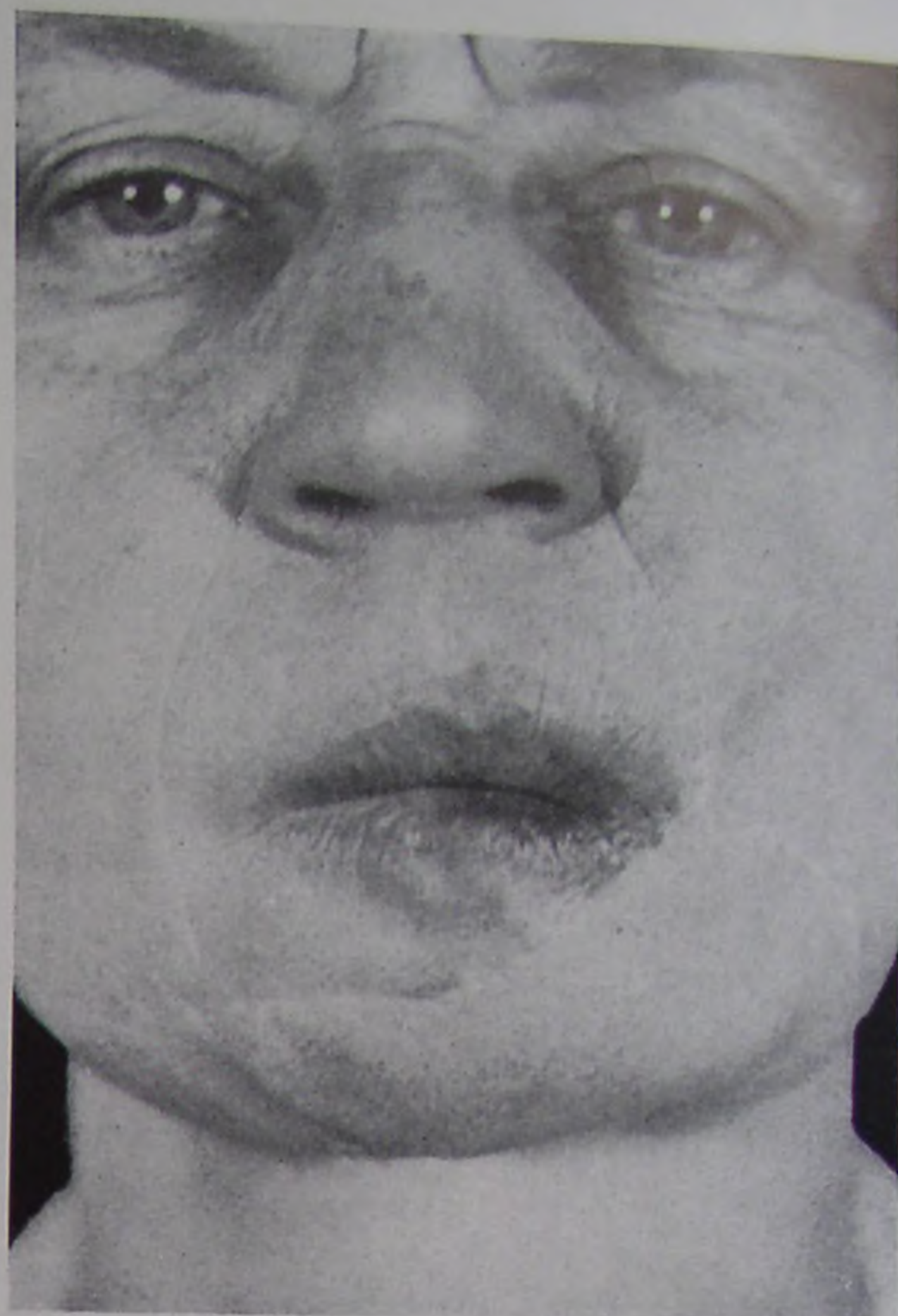
(1)



(2)



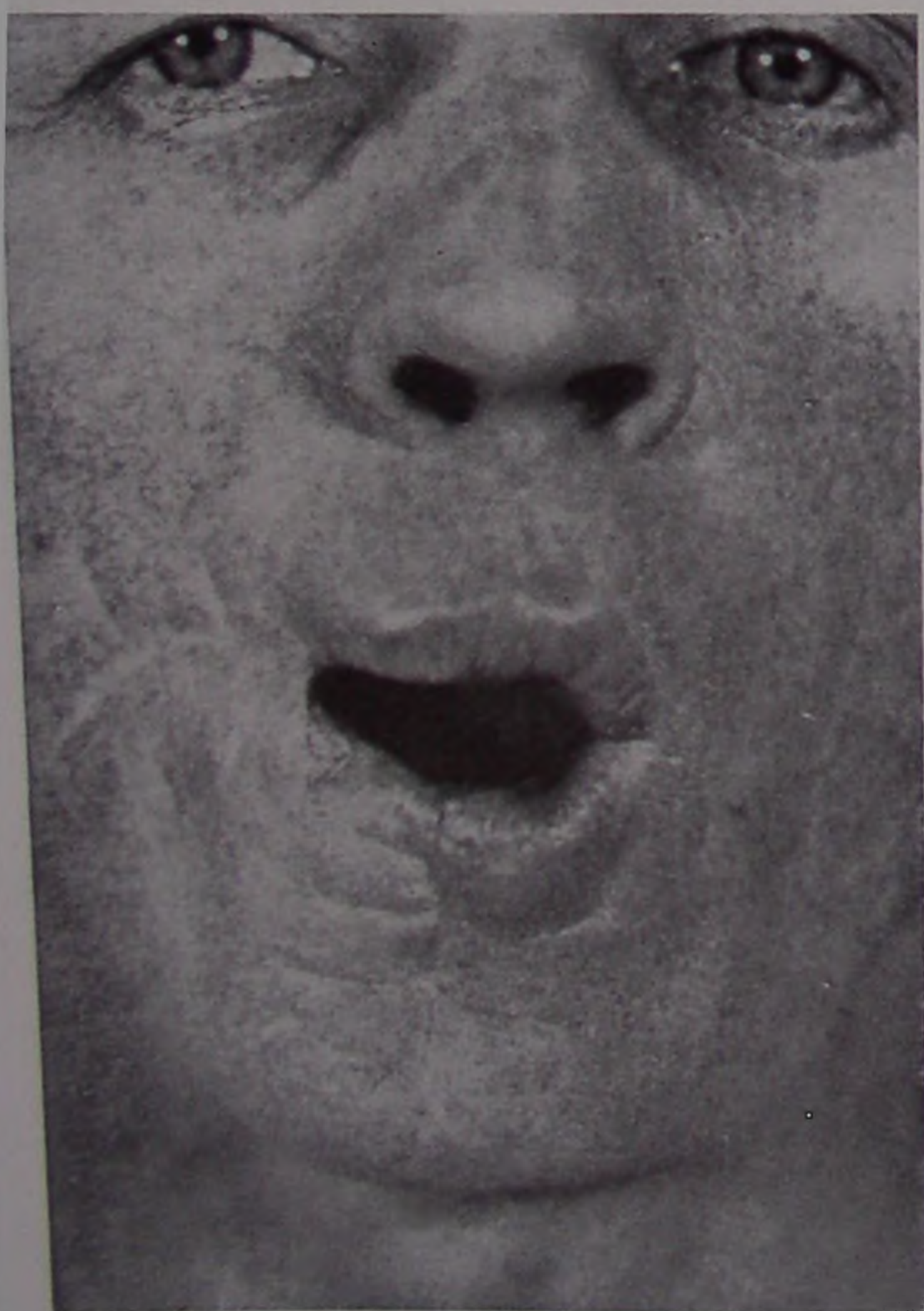
(3)



(4)

убной борозды выкроен большой лоскут. — 3. Состояние после иссечения рубца на левой стороне подбородка. К краям кожи, мобилизованной с правой стороны, подшит выкроенный по ходу носогубной складки лоскут. Больная была полностью удовлетво-

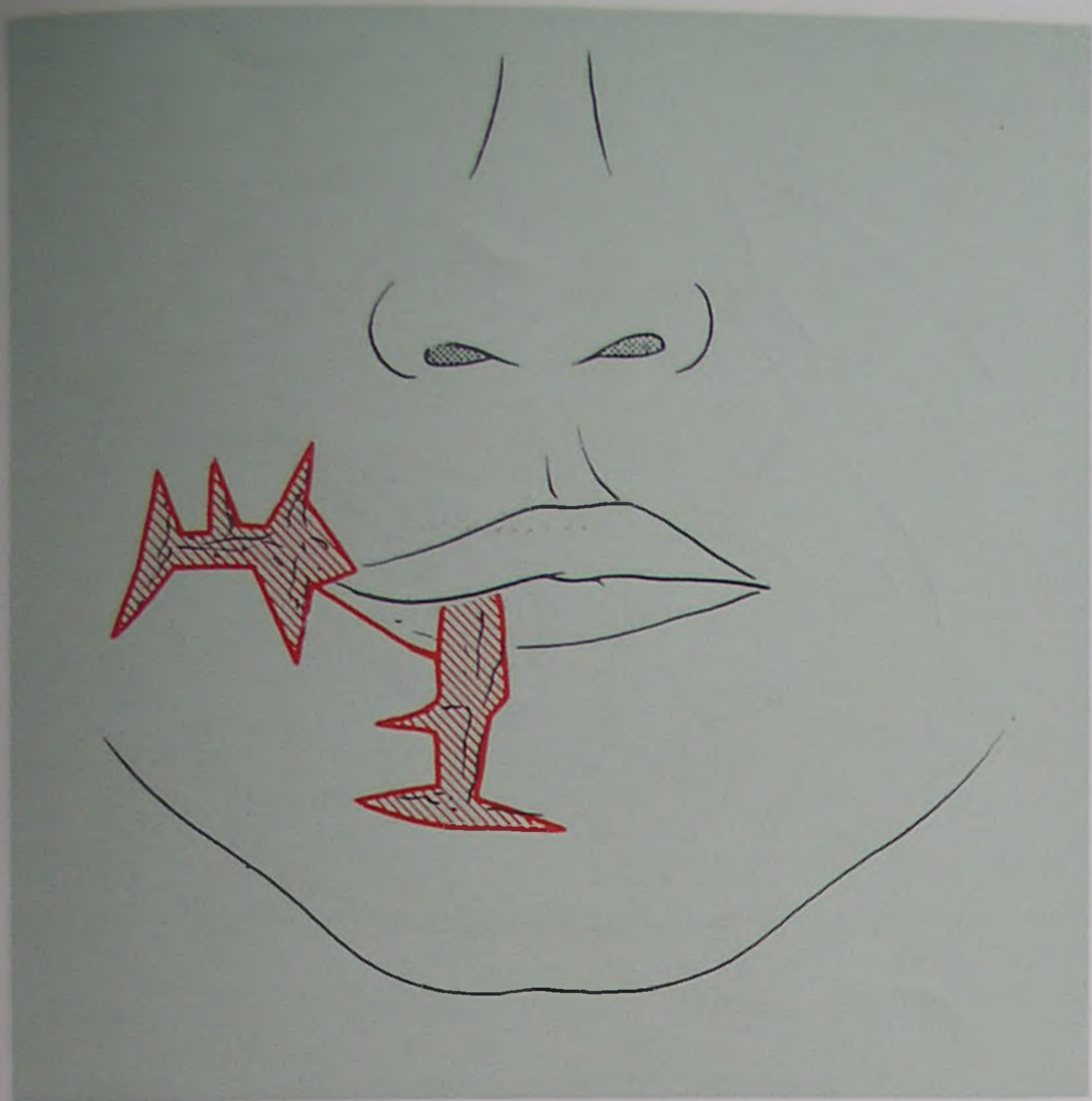
рена этим несовершенным результатом, так как операция избавила ее от мучений, источником которых было непрерывное слюноотделение. — 4. От дальнейшей операции, целью которой было улучшение косметического эффекта, больная отказалась.



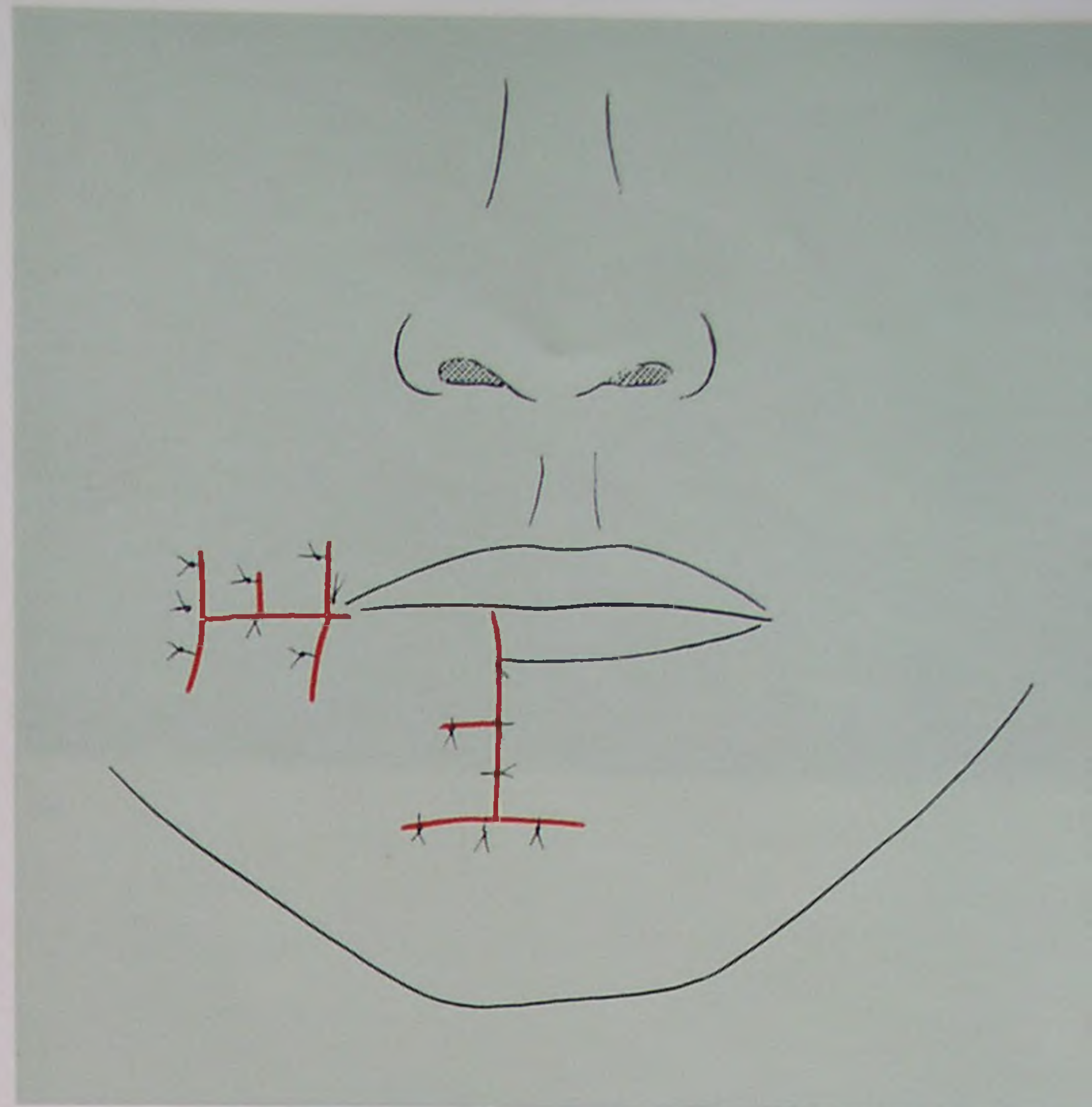
(1)

Р И С. 174.

Состояние после удаления рака нижней губы и облучения. Больной Ф. Г., 40 лет, история болезни № 31 938. Больной три года тому назад подвергся в местной больнице операции по поводу рака нижней губы. 1. С правой стороны ротовая щель удлинена. Из угла рта исходит разветвляющийся в разные стороны рубец. К правой половине губы был, по всей вероятности, подведен лоскут со щеки. Край губы образован за счет рубцовой кожи, правый угол рта широко зияет. Открывание рта ограничено рубцами, которые спускаются книзу по слизистой поверхности губы и сра-



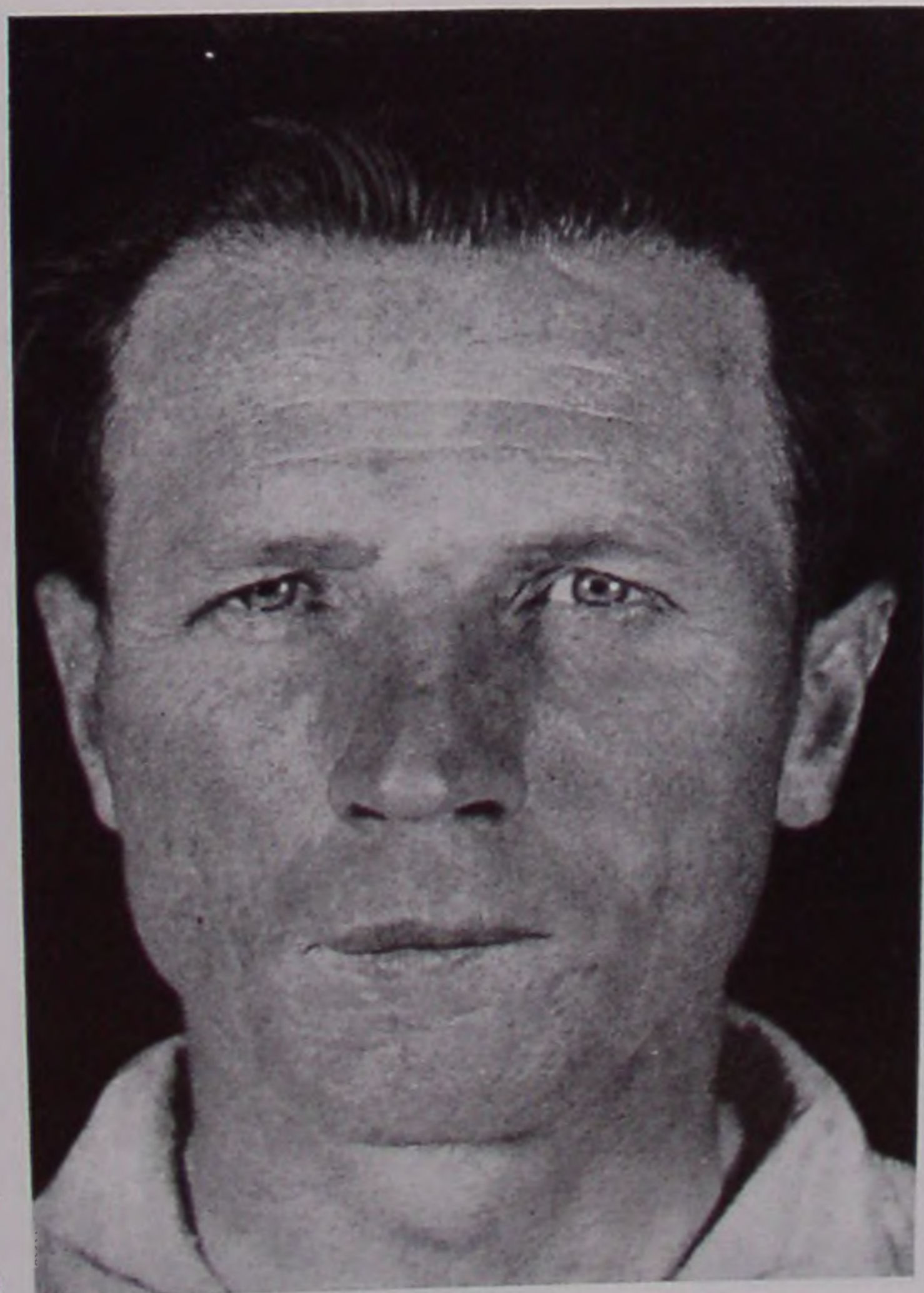
(2)



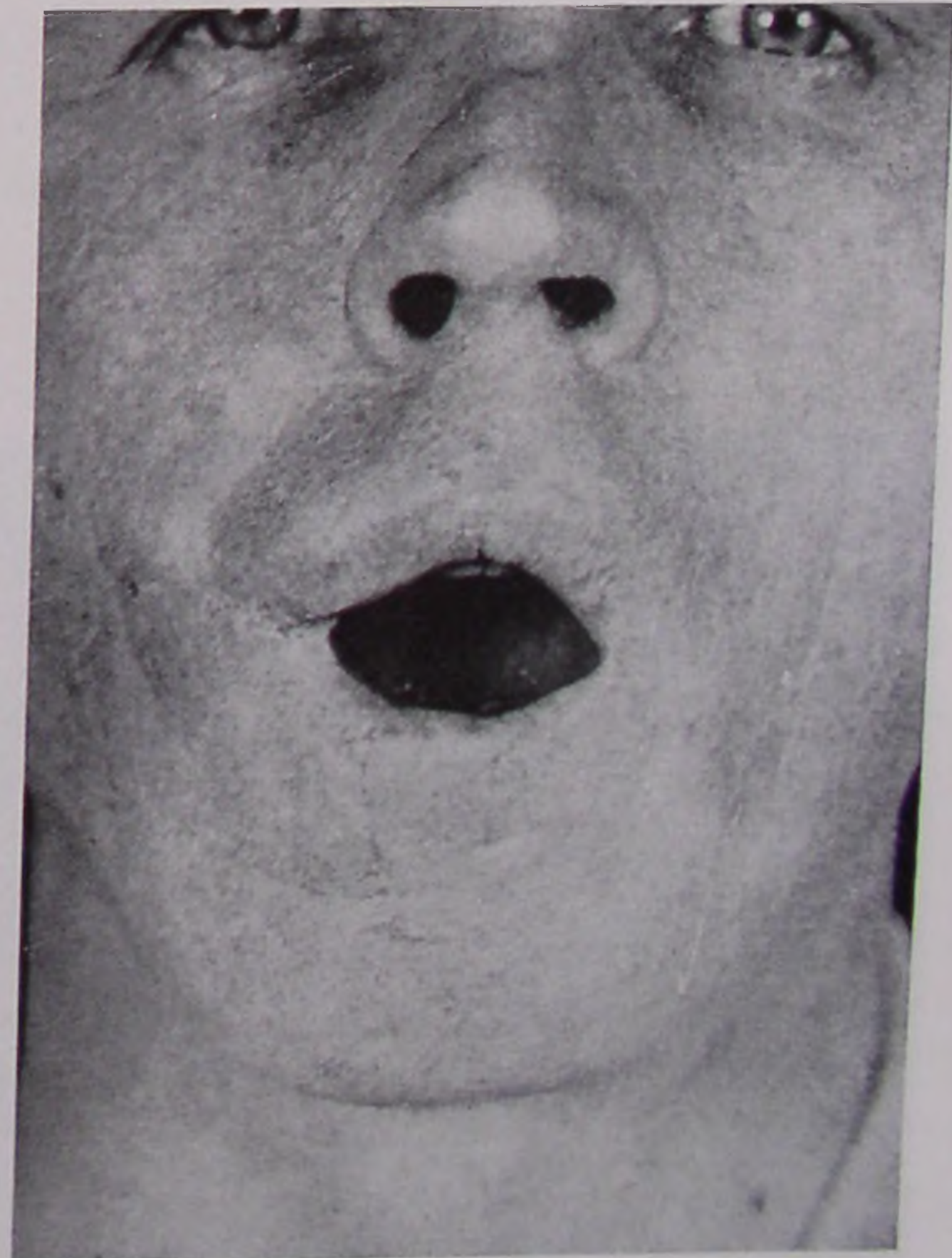
(3)

стаются с нижней челюстью. — 2. Схема иссечения рубцов во всю толщу губы. Наружная часть губы, сросшаяся с челюстью, отсепарована, обнаженная внутренняя поверхность закрыта путем смещения слизистой оболочки щеки. Верхний край этого смещенного слизистого лоскута использован для закрытия края пра-

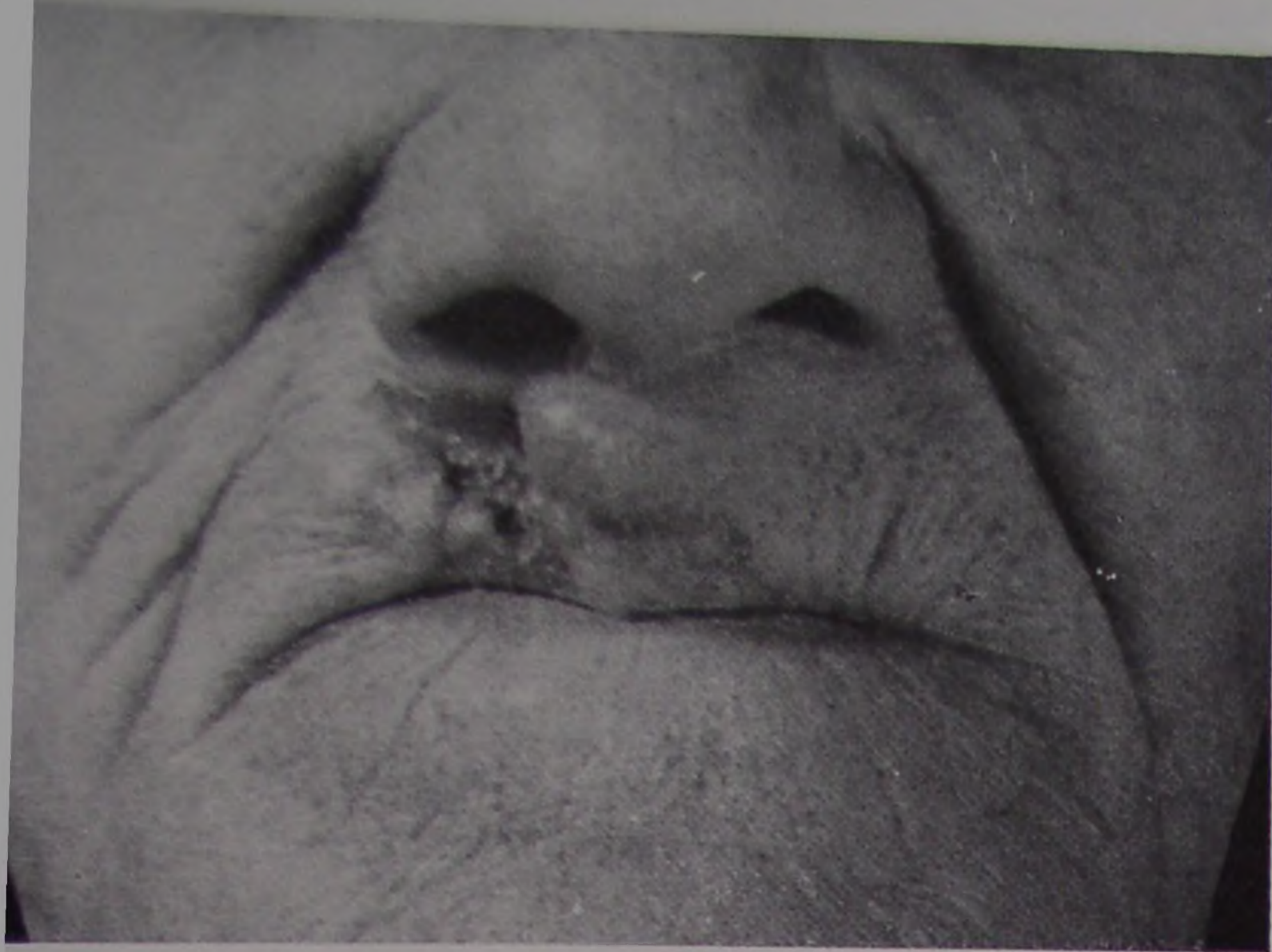
вой части нижней губы и для вшивания во вновь созданный угол рта. Кожные рубцы от угла рта к щеке были иссечены. — 3. Схематическое изображение законченной операции. — 4. Ротовая щель не симметрична и несколько уже, чем в норме. — 5. Больной может свободно открывать рот.



(4)

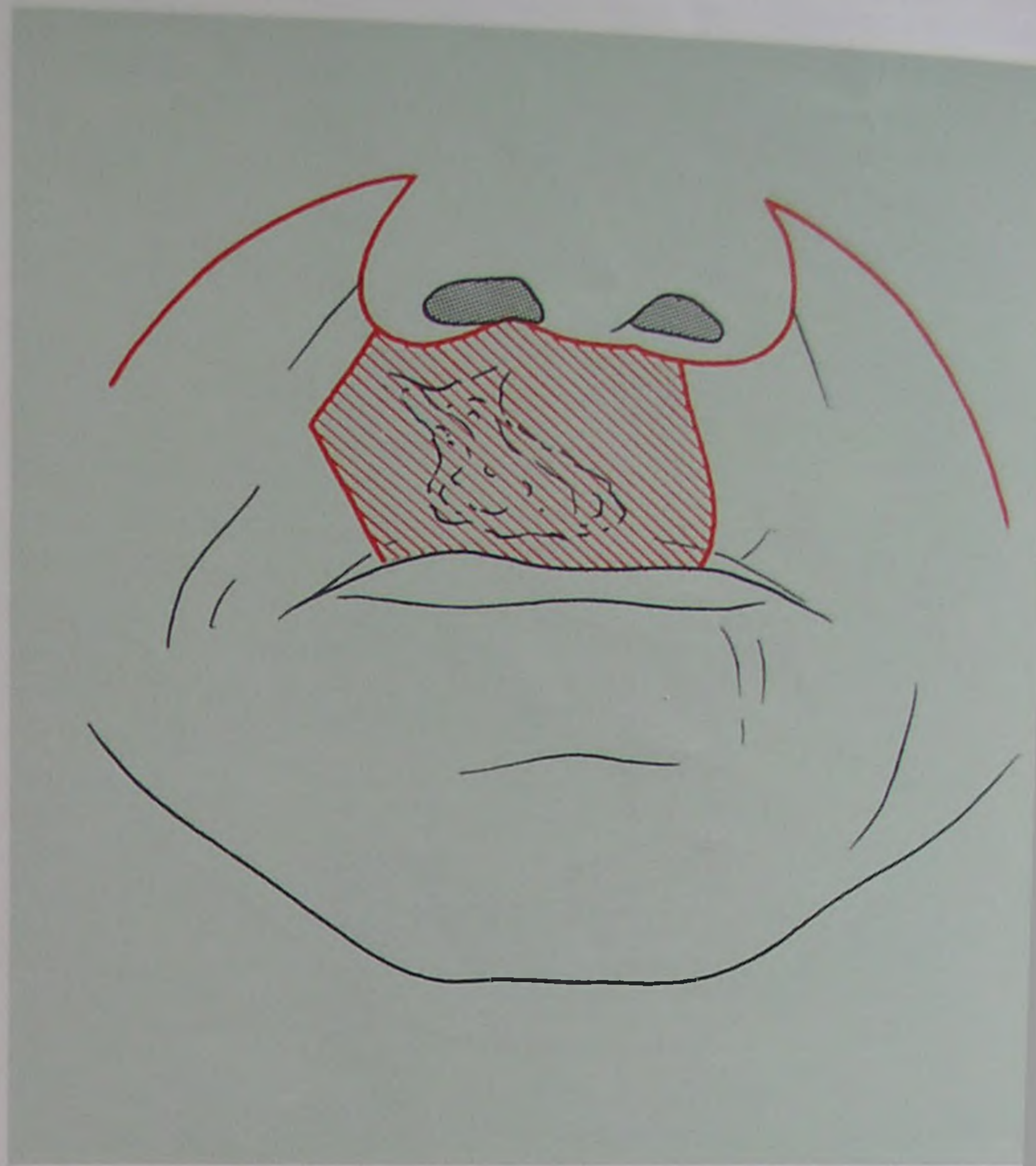


(5)



Т. С. 175.

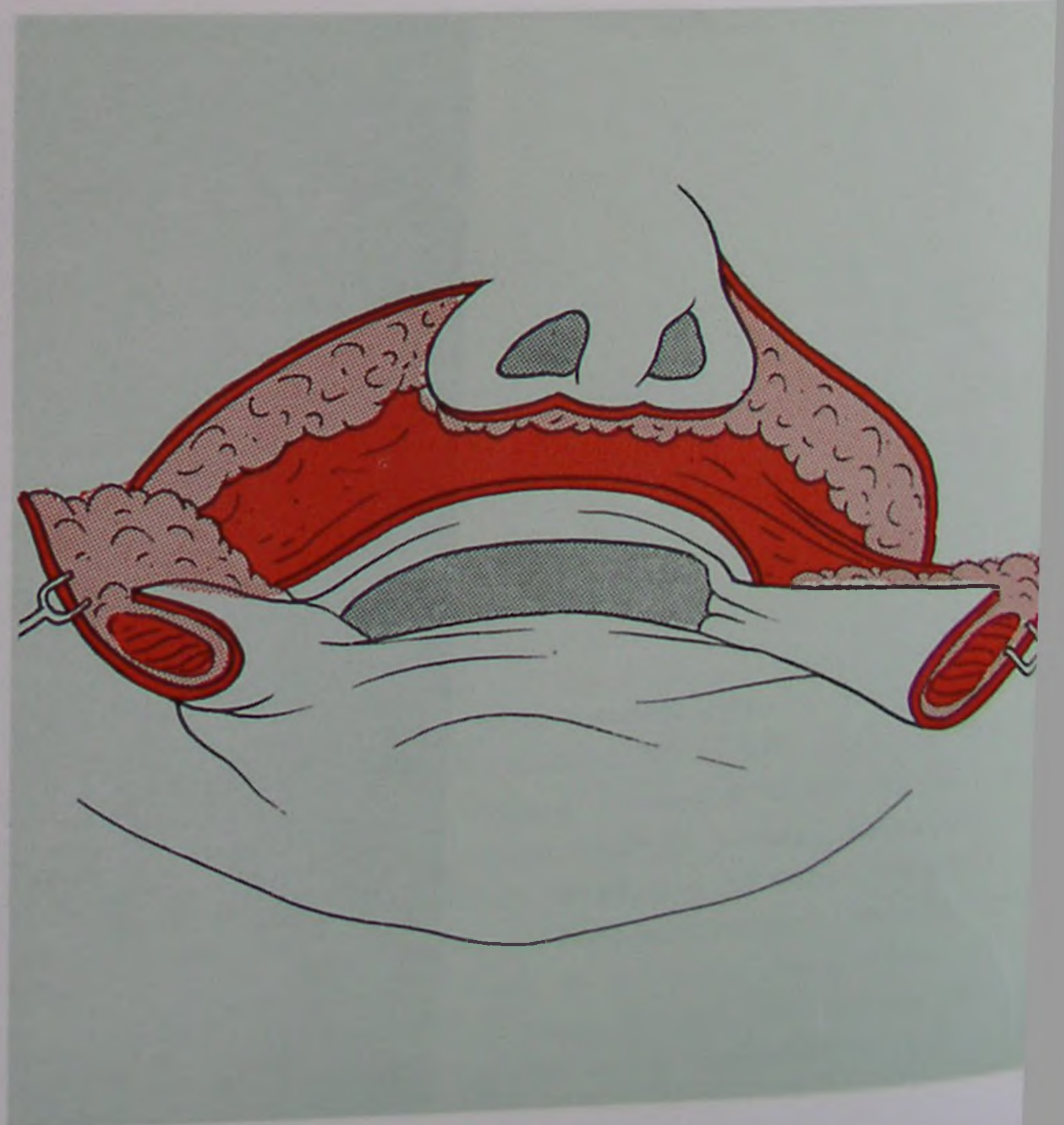
верхней губы, прорастающий всю толщу ее правой половины и пересекающий по ходу границы красной каймы и кожи среднюю линию. Больной И. Б., 56 лет, история болезни № 13 113. 1. По у опухоль относится к канкроидам, края язвы приподняты

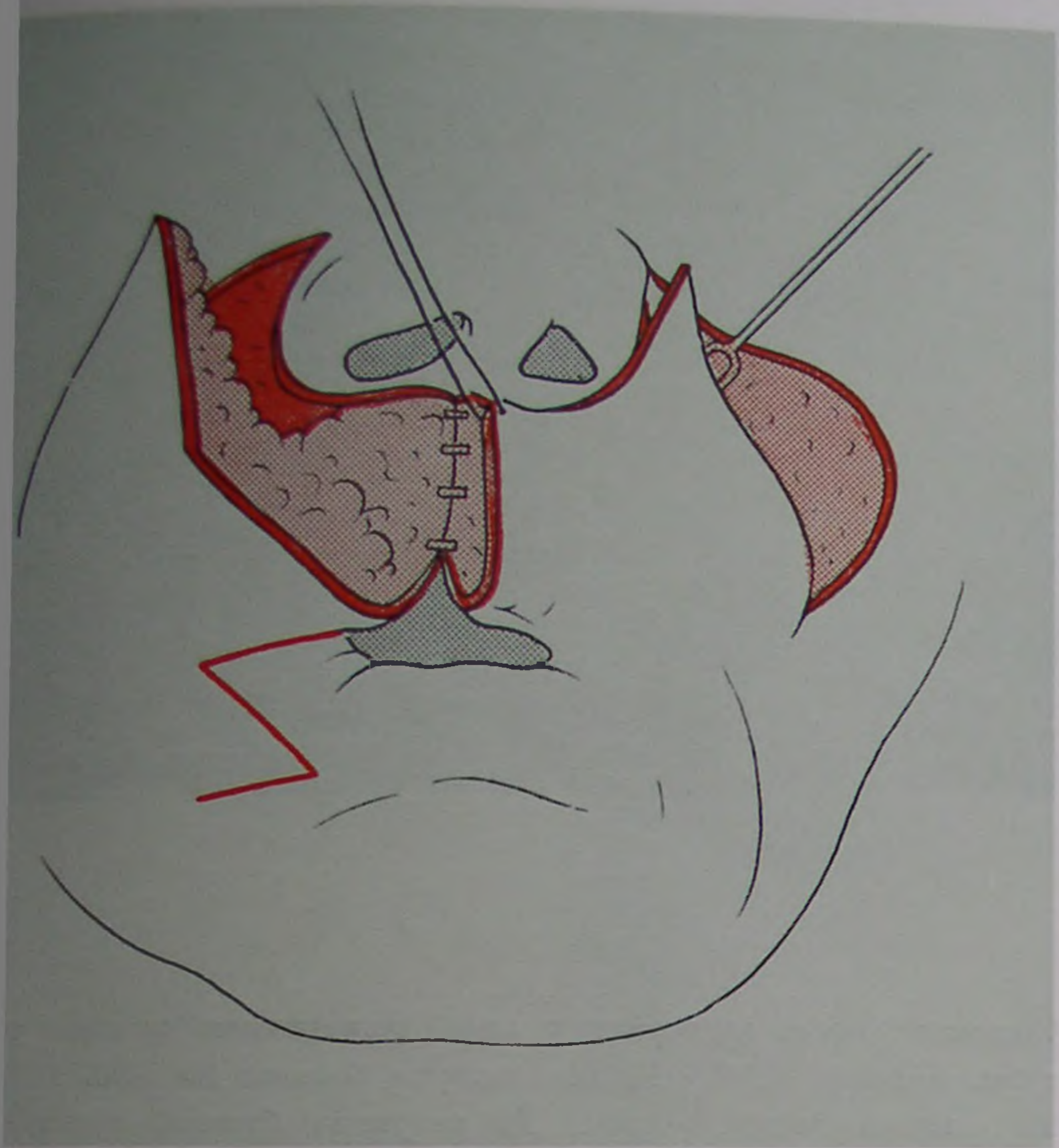


(2)

и неровны. — 2. Схема резекции и выкраивания лоскутов замещения дефекта. — 3, 4. Схематическое изображение внешнего вида после иссечения опухоли. — 5. Способ закрытия дефекта лоскуты, выкраенные из слизистой оболочки, сшиты узловат

(4)

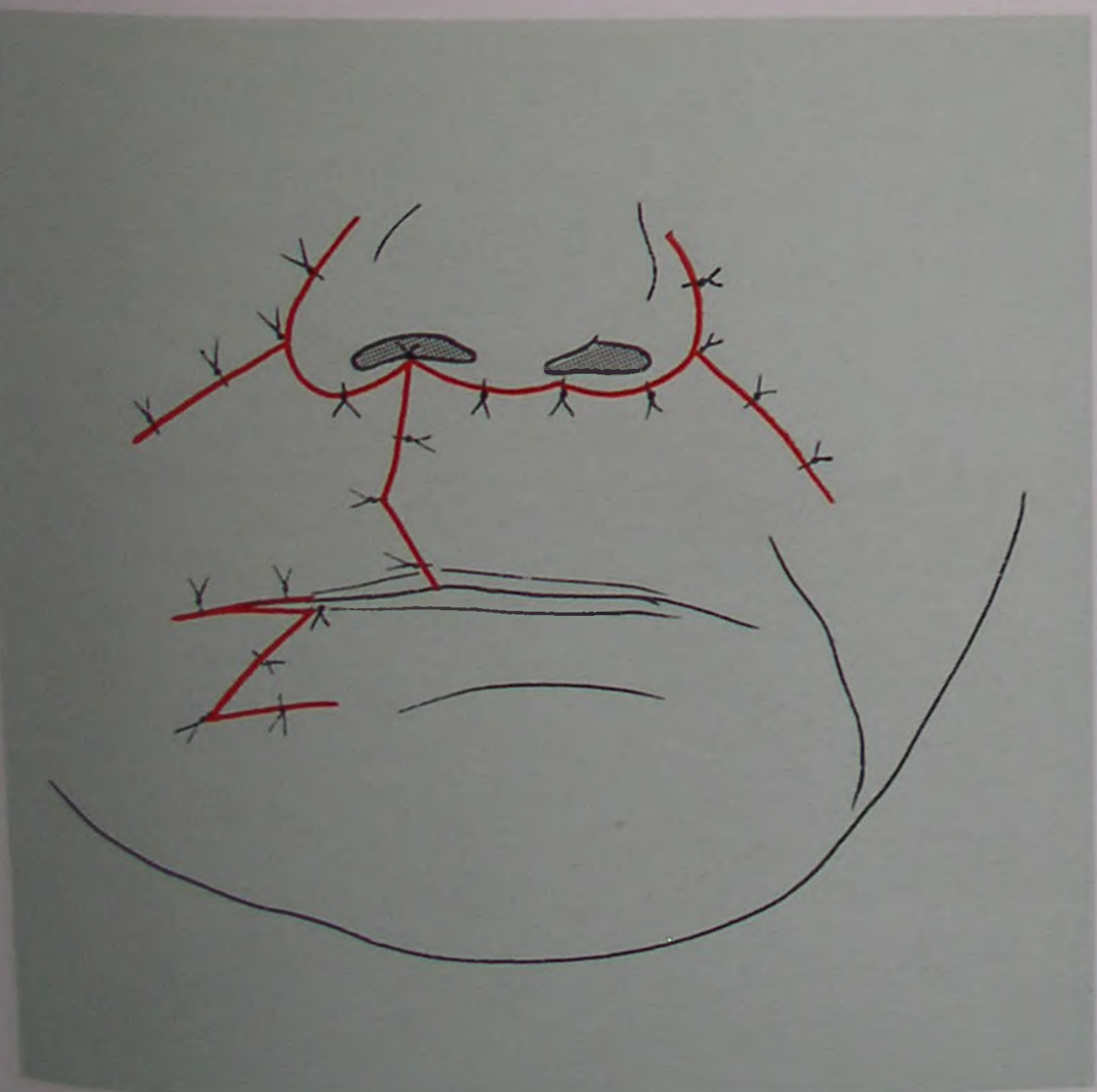




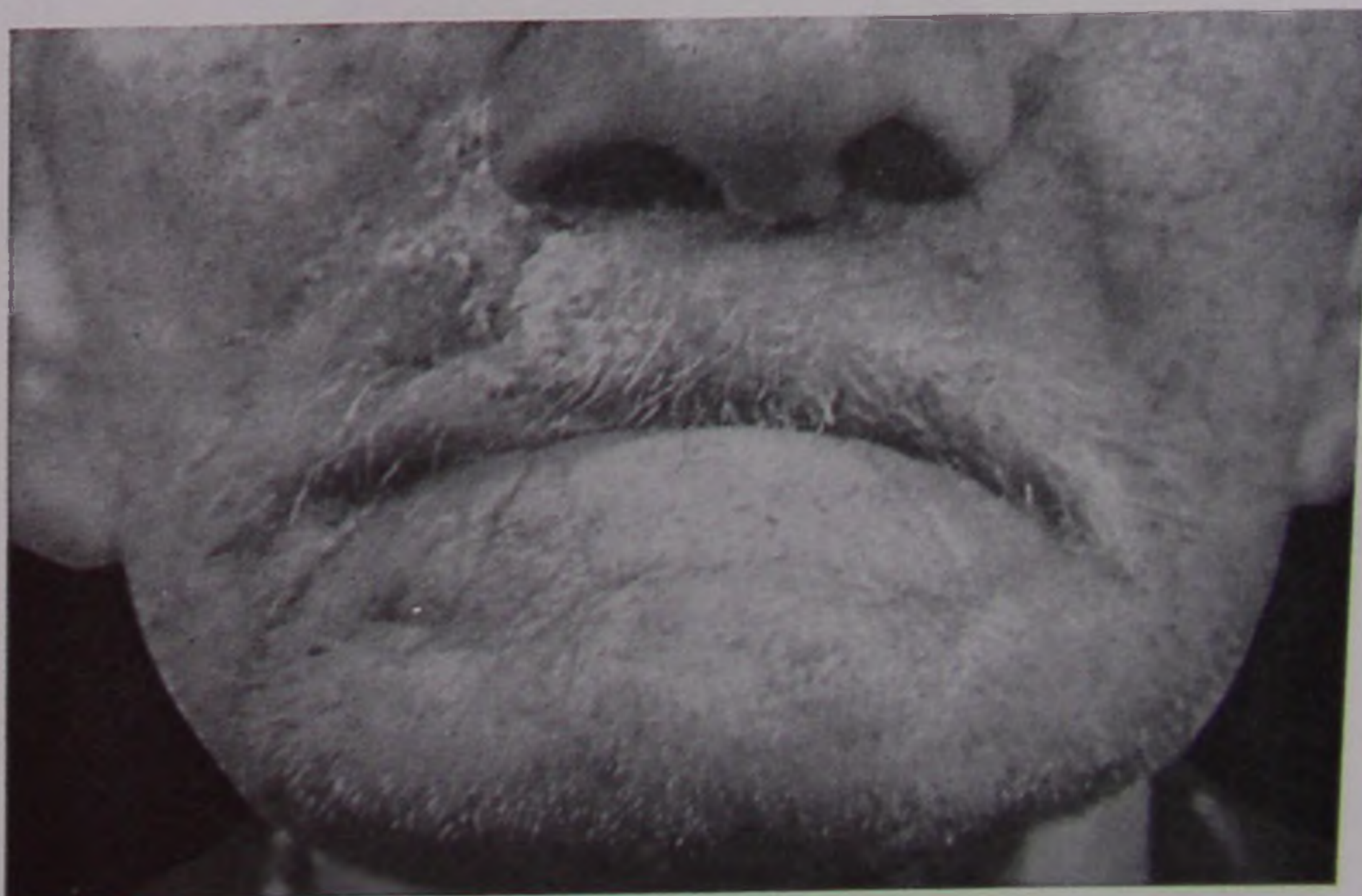
(6)

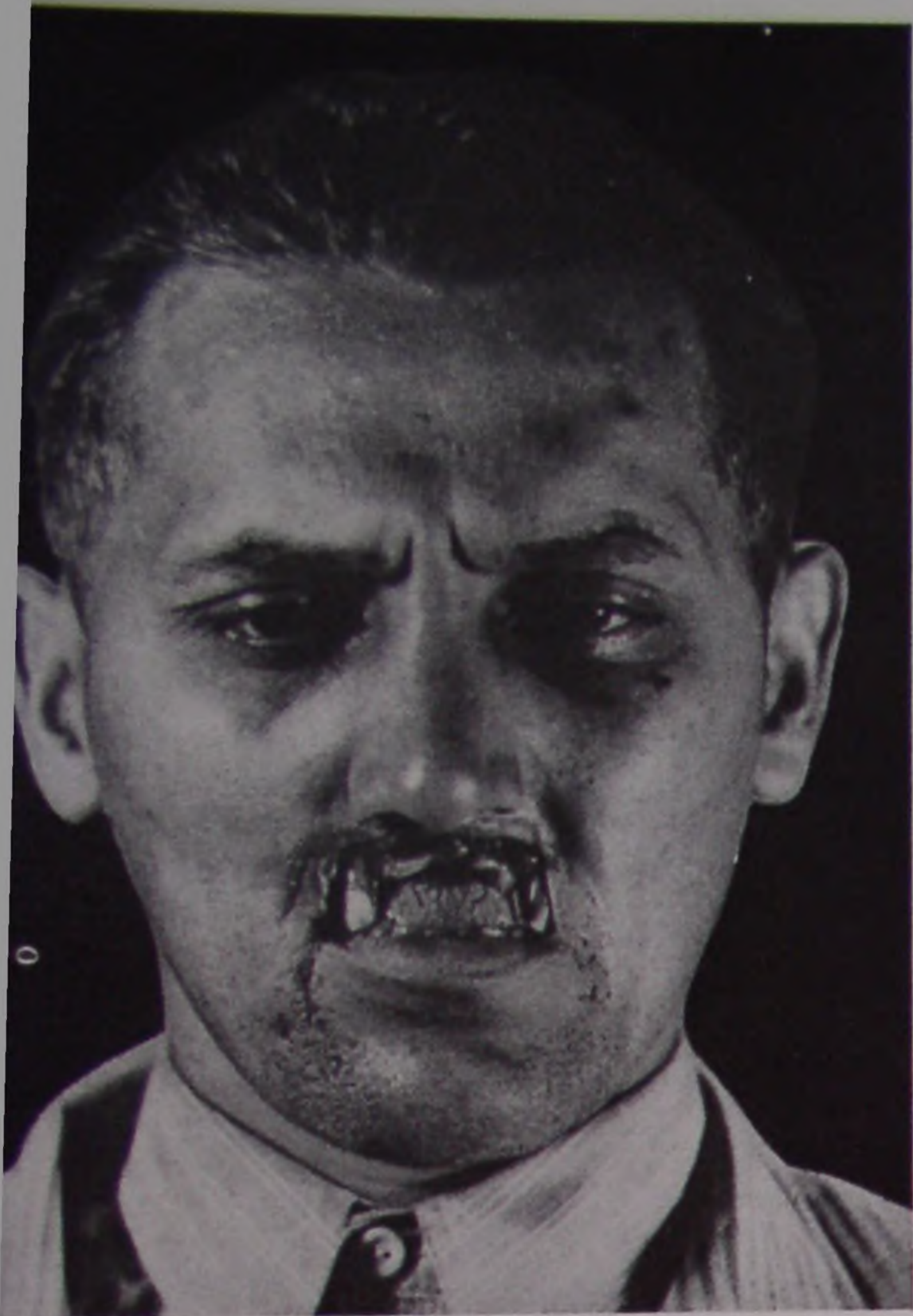
ми. — 6. Укладывание левого лоскута, выкроенного по носовой складке. — 7. Схематическое изображение сшивания лоскутов. Правый угол рта расширен путем рассечения, нижняя губа

сформирована путем перемещения встречных треугольных лоскутов. — 8. Больной после излечения. Операция произведена Бруно Стокаром.



(8)





1)

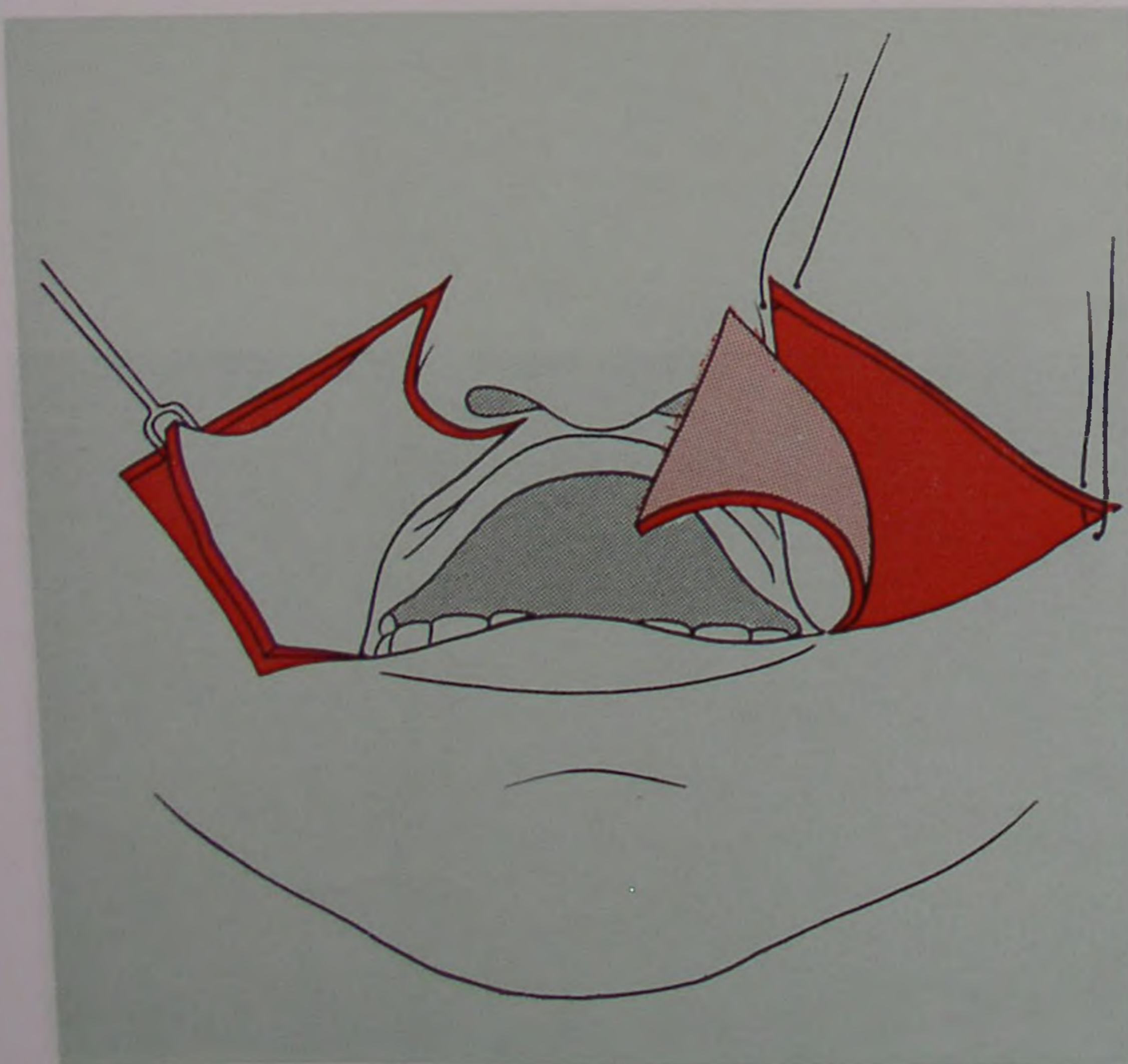
Р И С. 176.



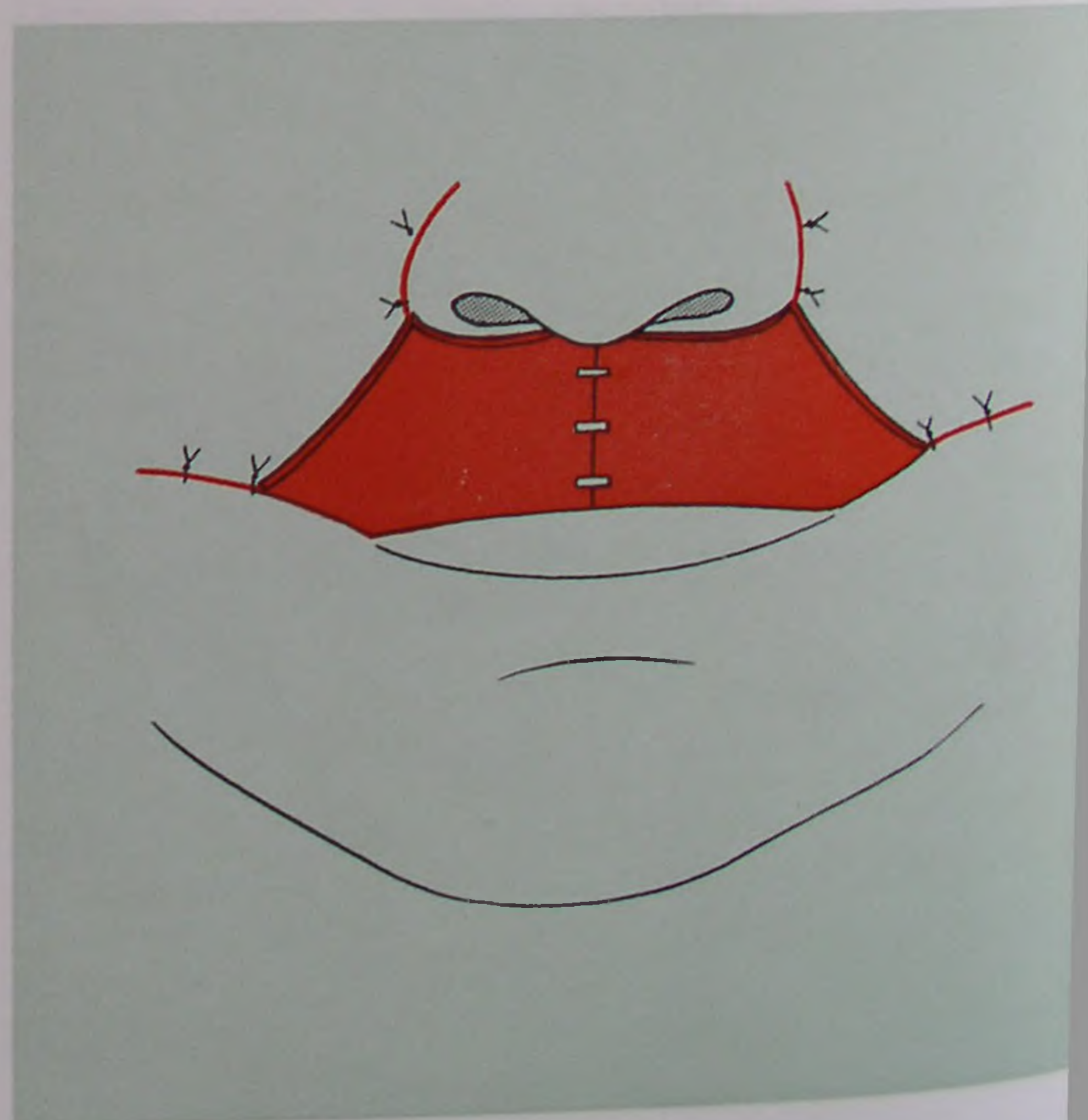
(2)

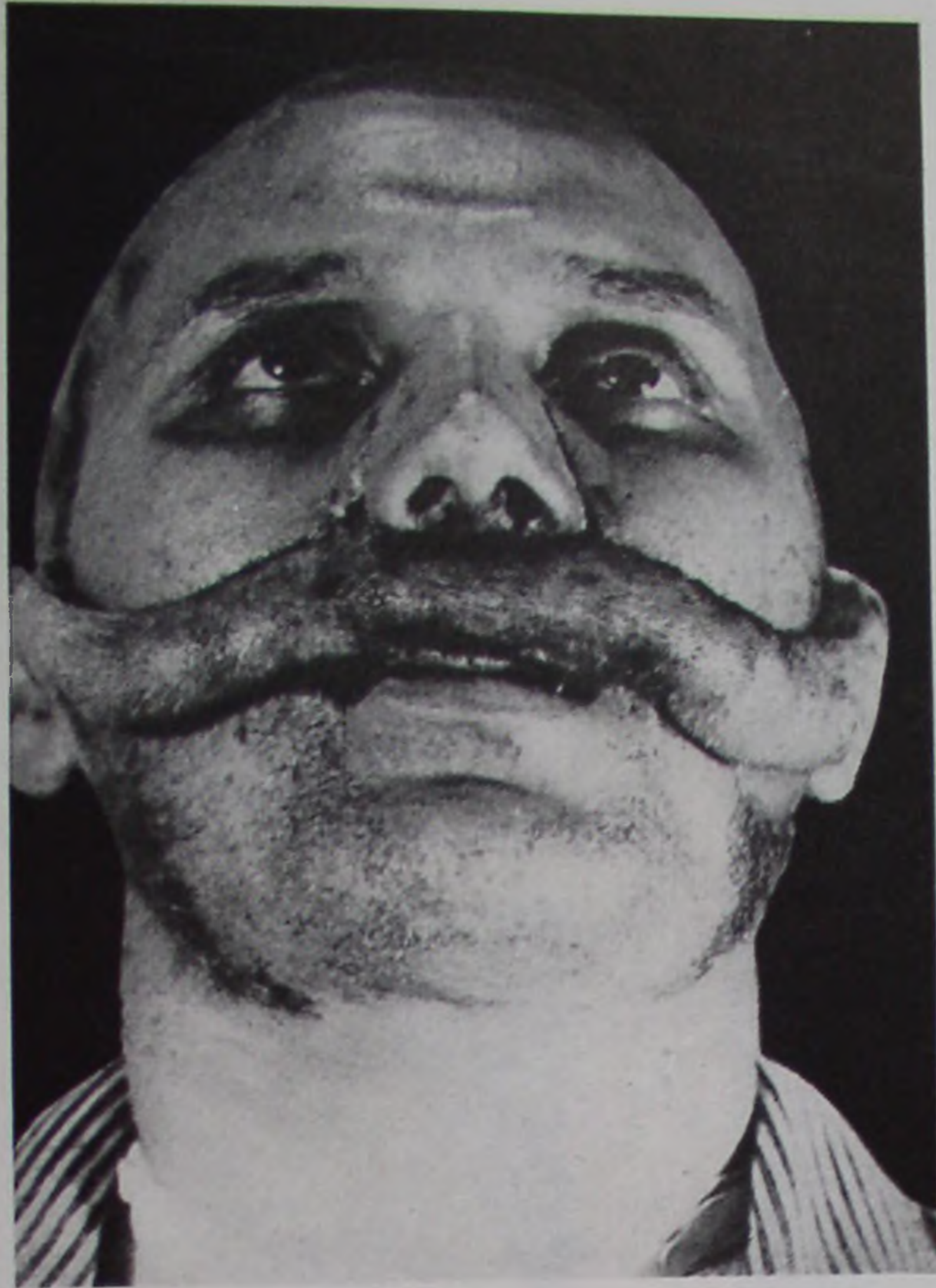
Состояние после экстирпации рака, захватившего среднюю часть губы. Больной К. Л., 39 лет, история болезни № 7460. 1. Полный дефект верхней губы. До операции больной подвергался длительной актинотерапии. — 2. Лоскуты, приготовленные для пересадки на внутреннюю поверхность верхней губы; после отсечения лоскуты вновь были пришиты (delayed) на прежнее место. — 3. Отпрепаровка кожных лоскутов для внутреннего слоя. — 4. Лоскуты повернуты внутрь эпителиальным слоем и сшиты по средней линии. Вторичные дефекты значительны.

(3)

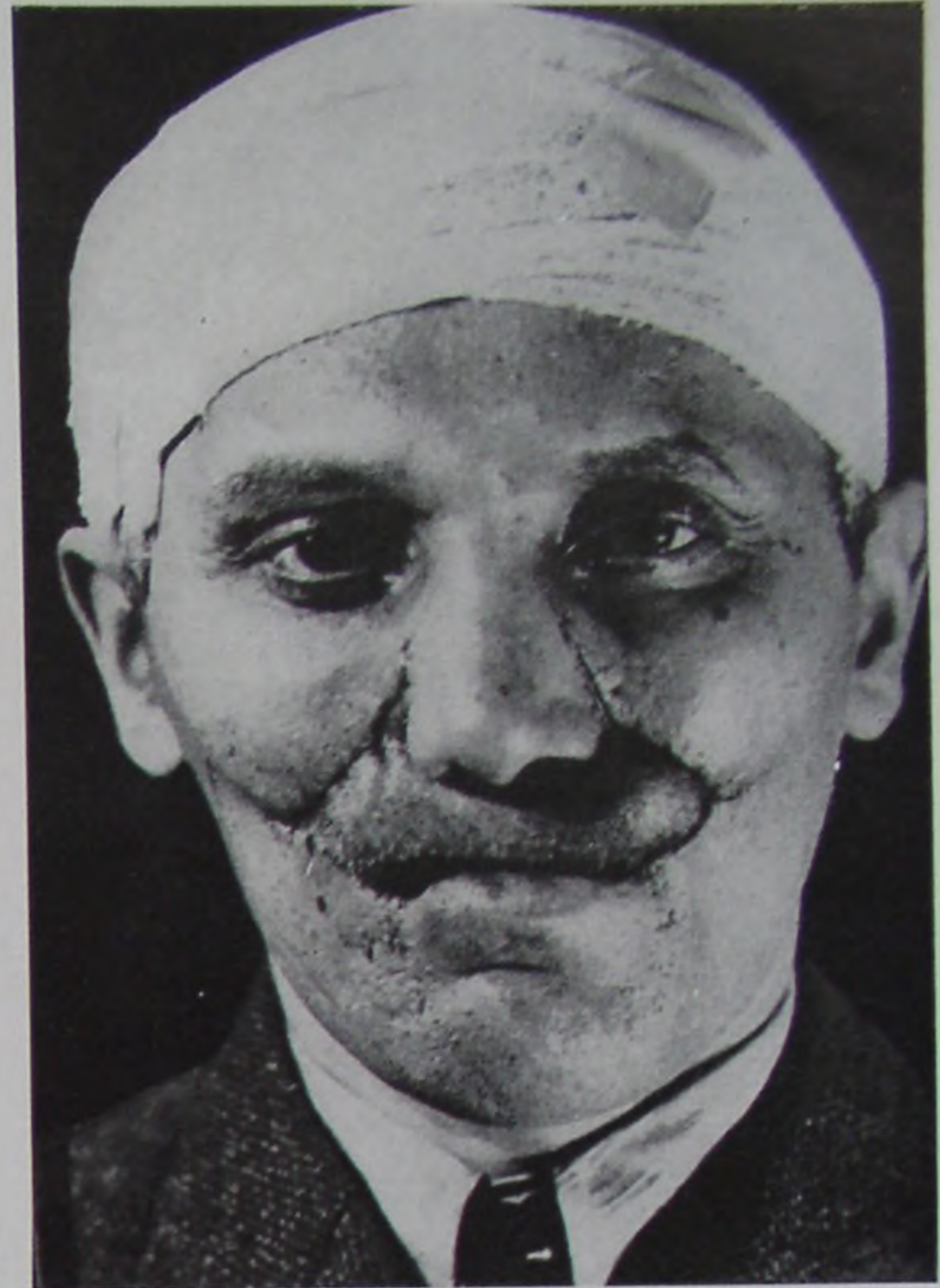


(4)





(5)



(6)

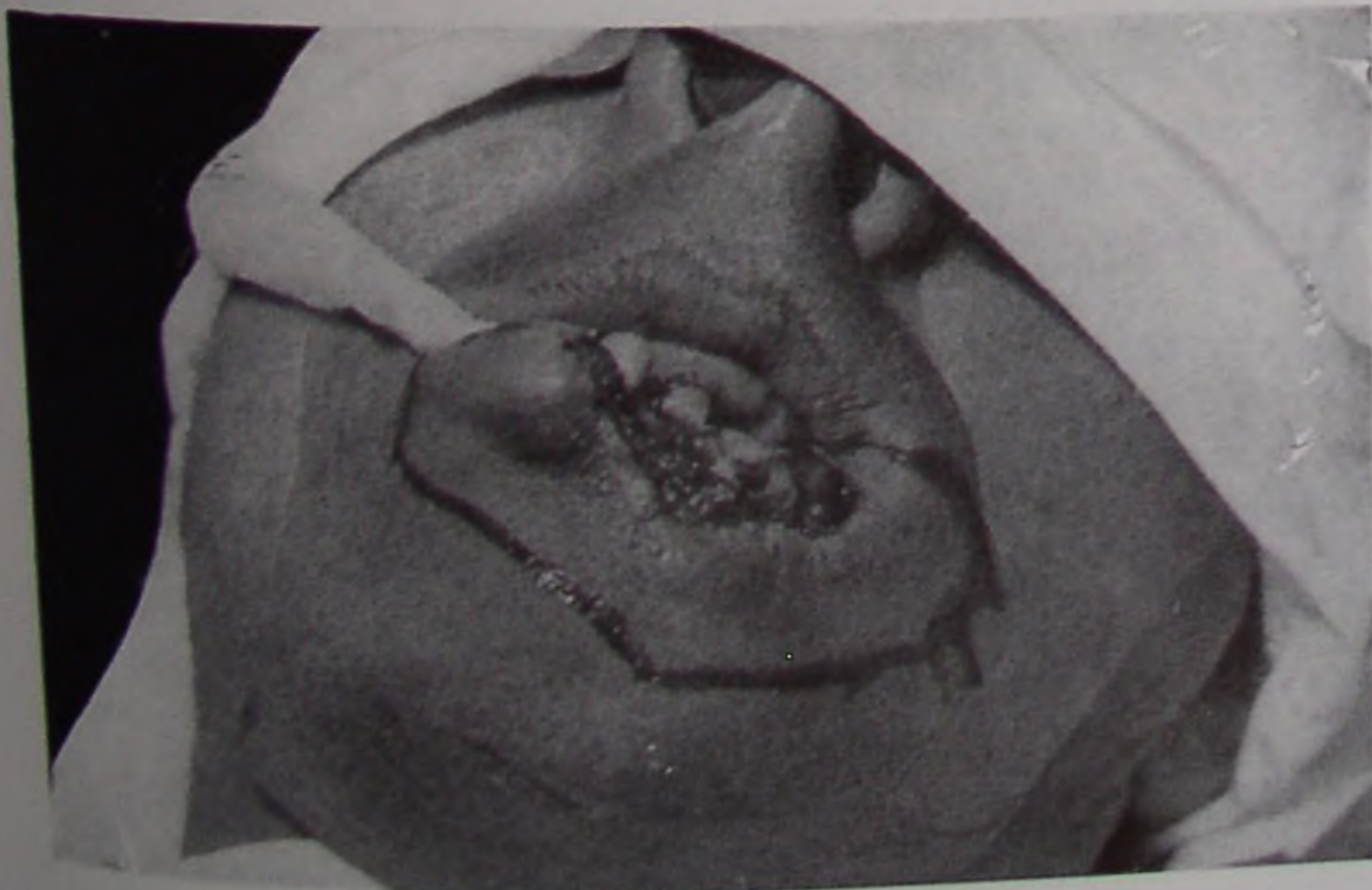
уменьшены путем смещения кожи щеки. — 5. Для наружного слоя губы использован лоскут с волосистой части головы на двух ножках, в основания которых включены височные артерии. —

6. Вид после приживления лоскута. Вскоре после этой операции больной умер. Причиной смерти явились метастазы опухоли в легких.

РИС. 177.

Обширный рак нижней губы. Больной И. В., 60 лет, история болезни № 38 064. 1. Опухоль изъязвлена. Перед операцией была

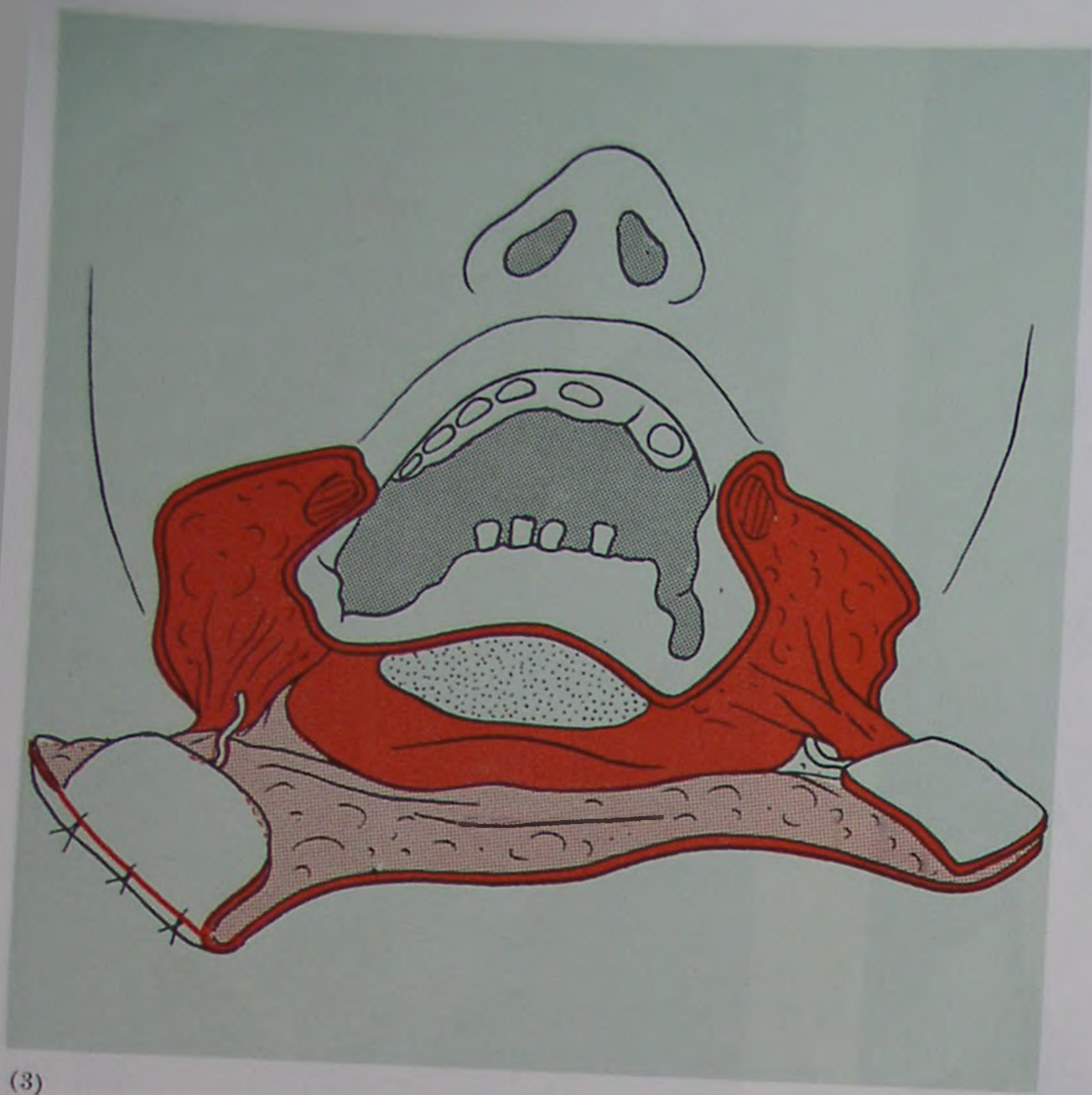
(1)



произведена электрокоагуляция опухоли. Схема планируемой экстирпации. — 2. Этап операции с подготовленными лоскутами

(2)

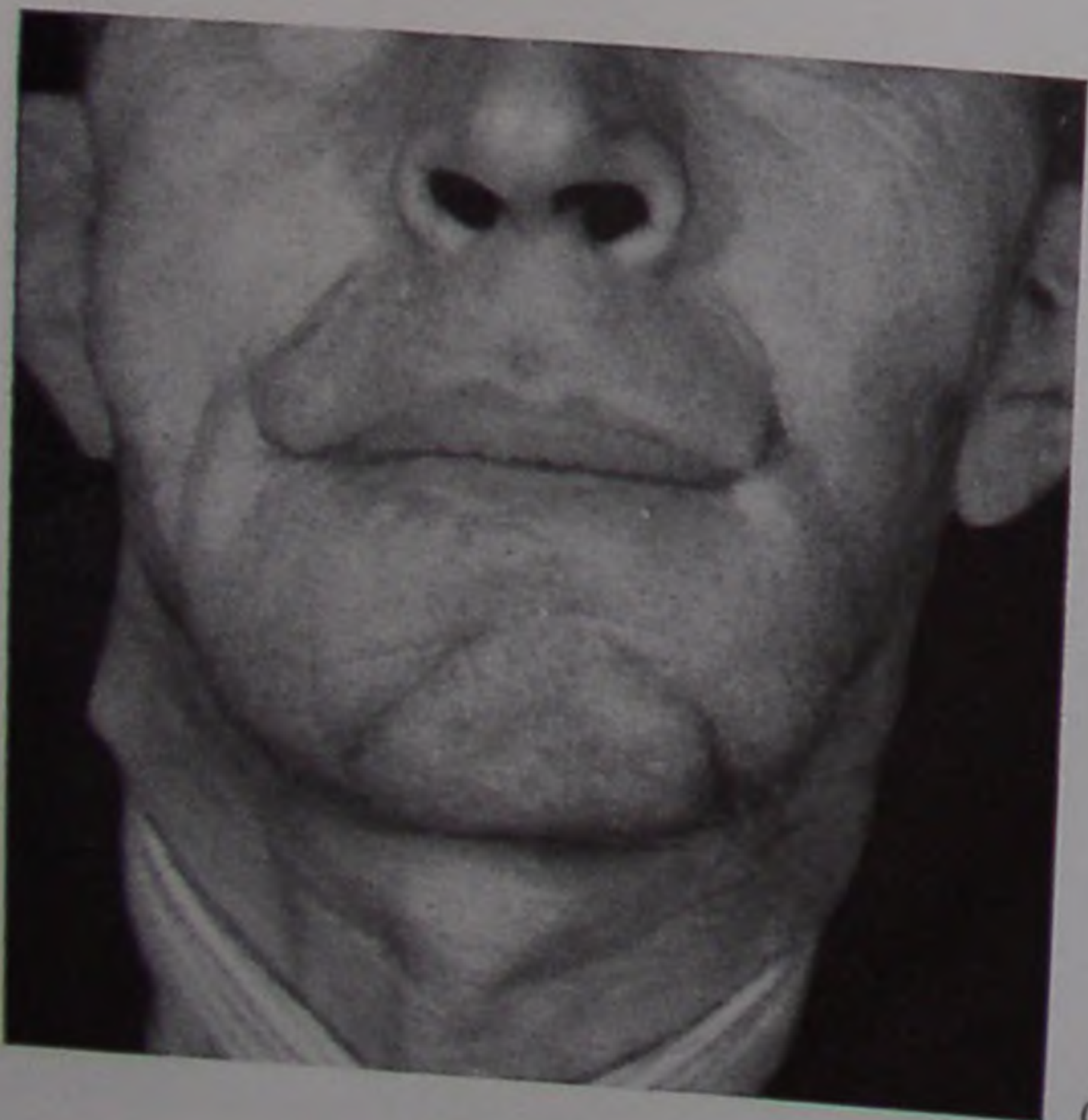




(3)

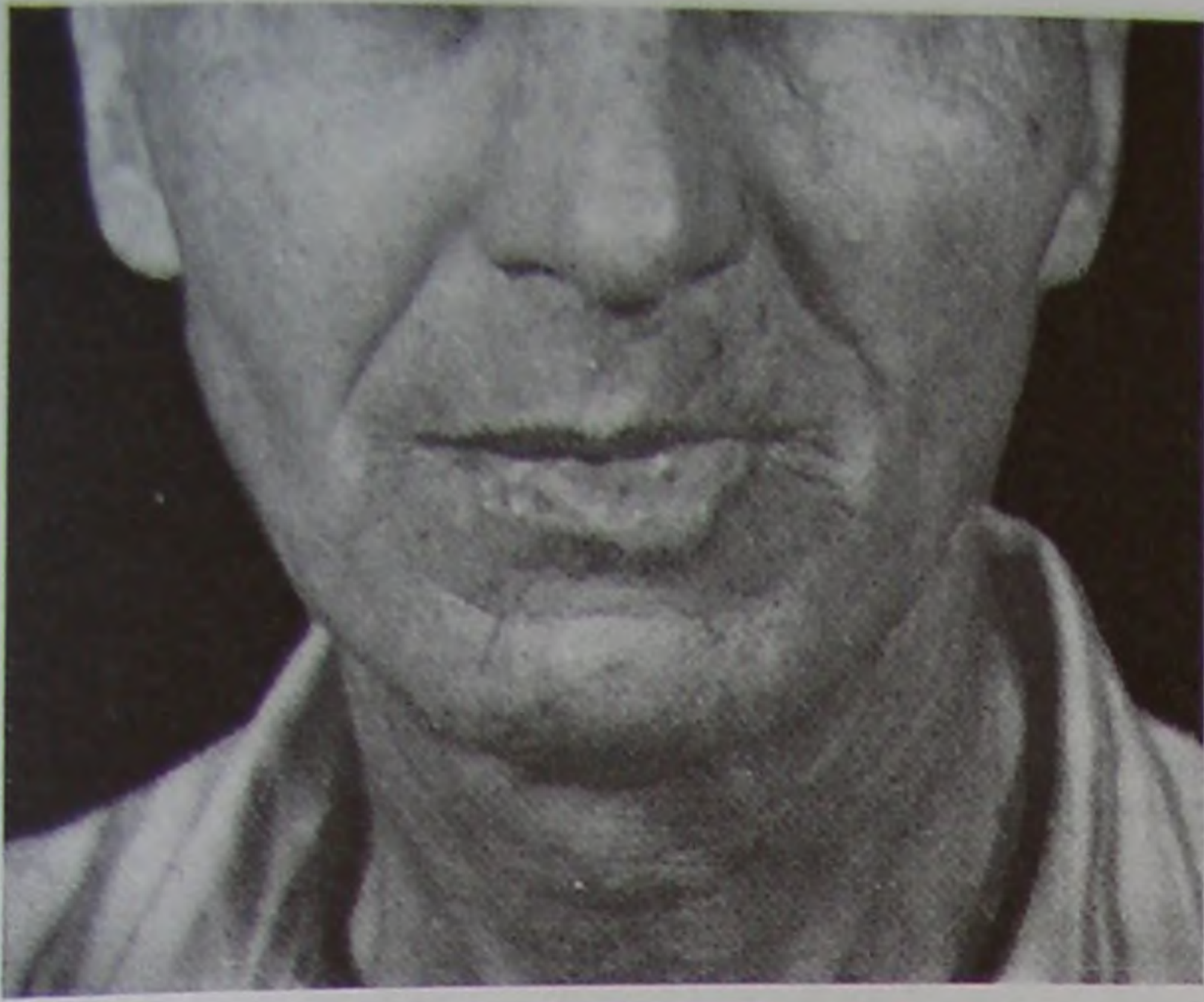


(4)

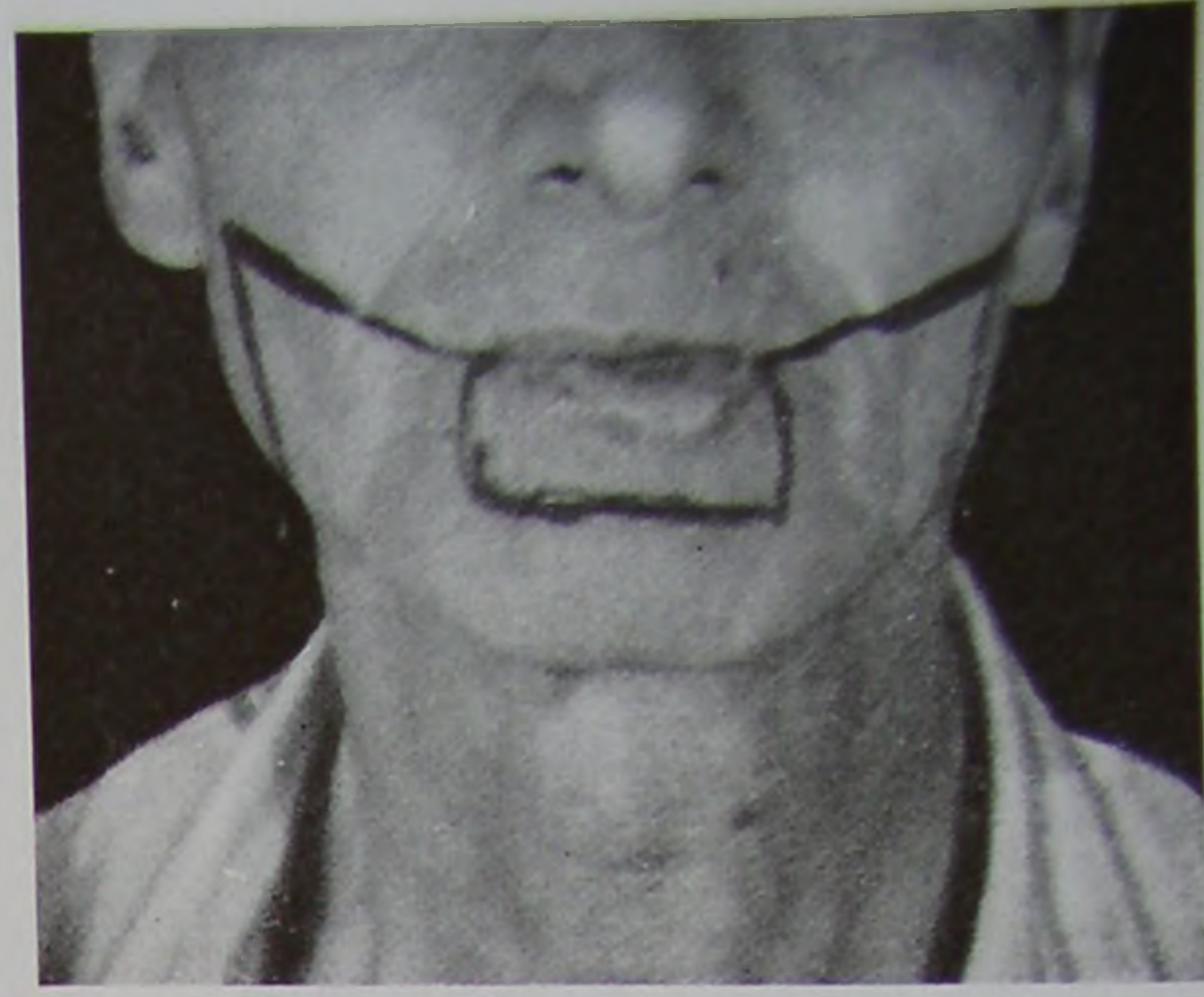


(5)

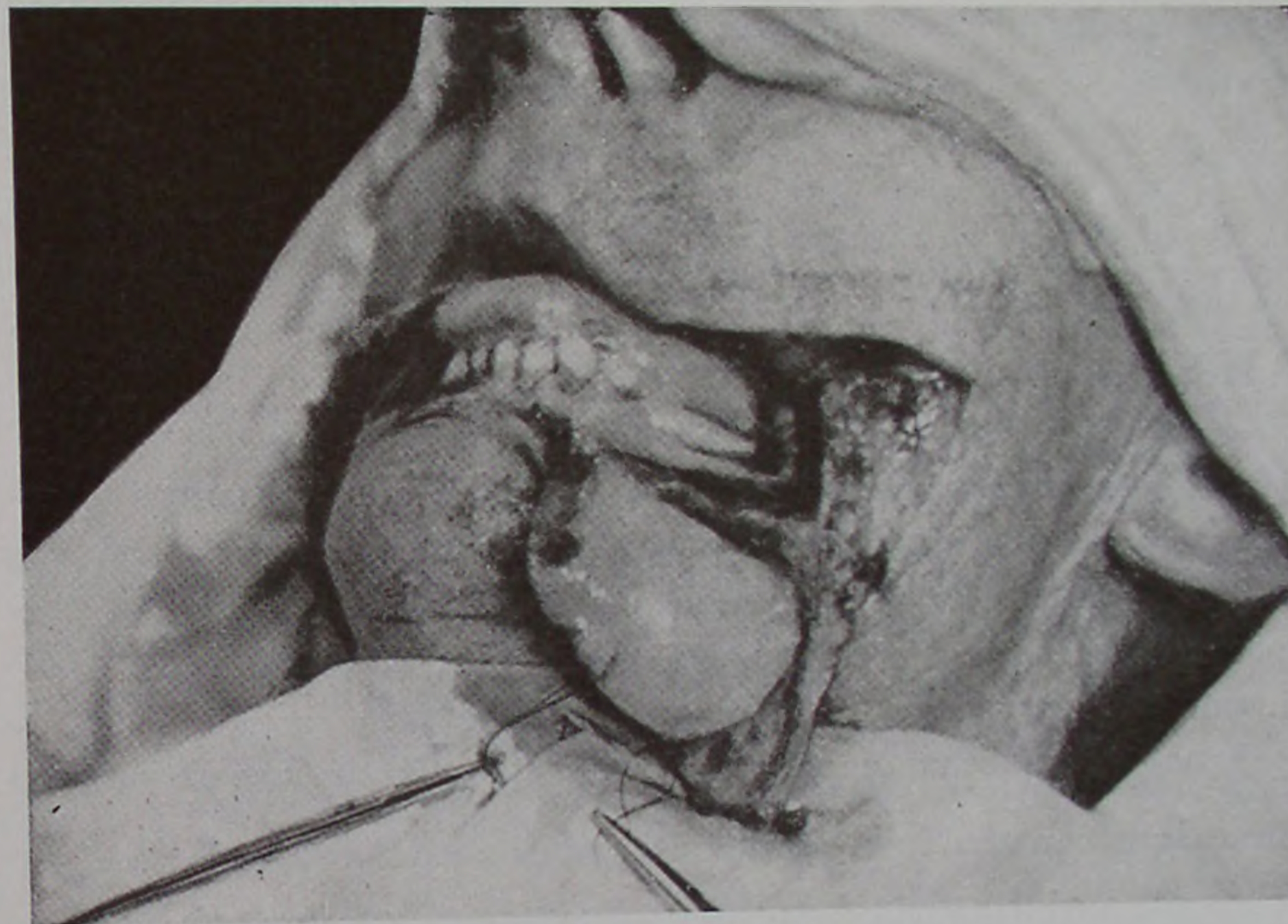
Диффенбаха. — 3. Схема формирования губы. От углов рта разрезы ведут в латеральном направлении к ушным раковинам. Слизистая оболочка рассечена на полтора сантиметра выше, чем щека; ее избыток перебрасывают через край лоскутов и пришивают к коже для образования красной каймы. — 4. Внешний вид больного после окончания операции. Мягкие ткани подбородка высоко подтянуты вверх и укреплены в новом положении двумя матрацными швами, захватывающими надкостницу нижнего края челюсти; концы нитей завязываются на пуговицах. На щеках произведена перестановка встречных треугольных лоскутов кожи в целях предупреждения натяжения линейного рубца. — 5. Больной после излечения. Операцию произвел Бруно Стокар.



(1)



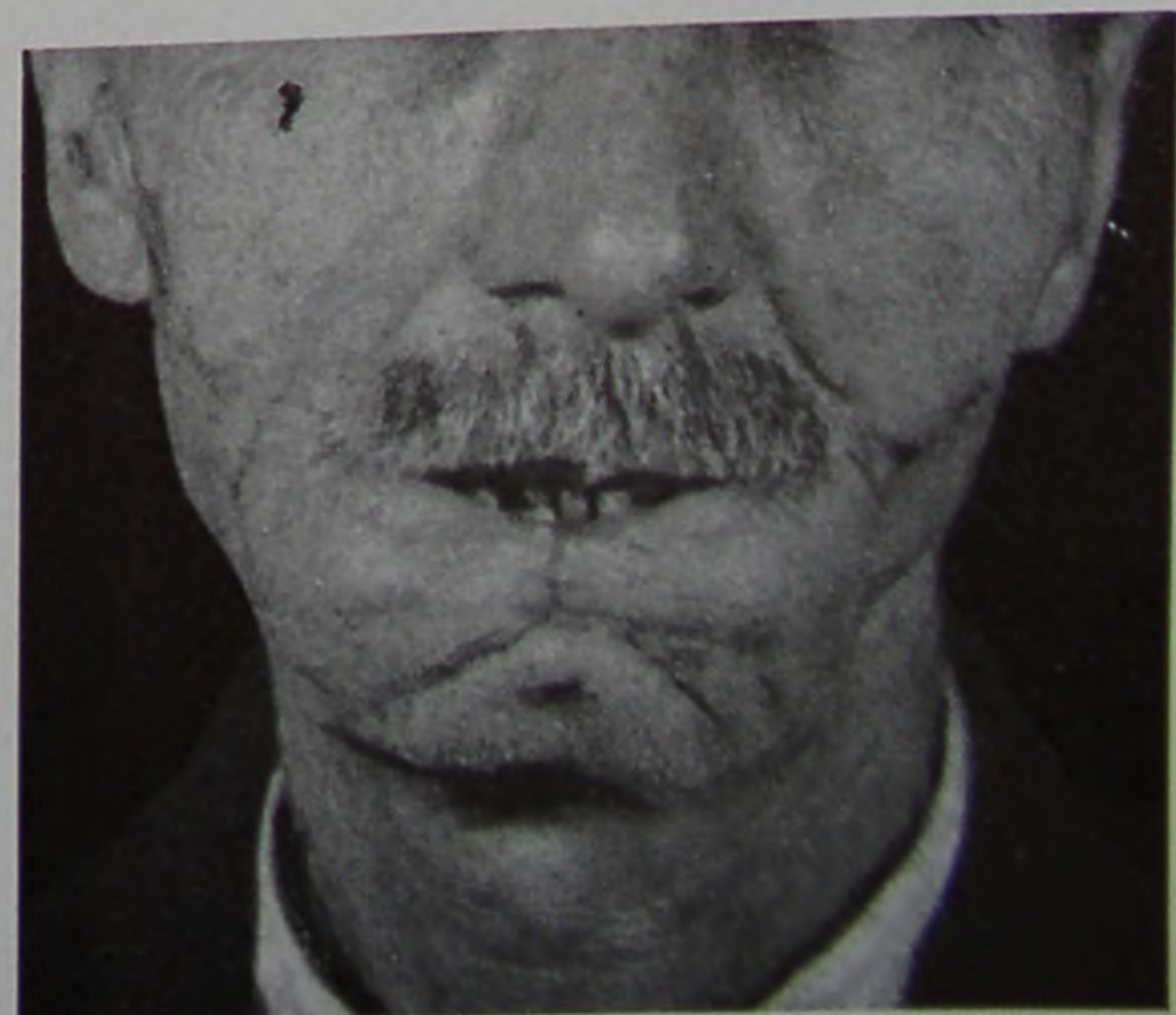
(2)



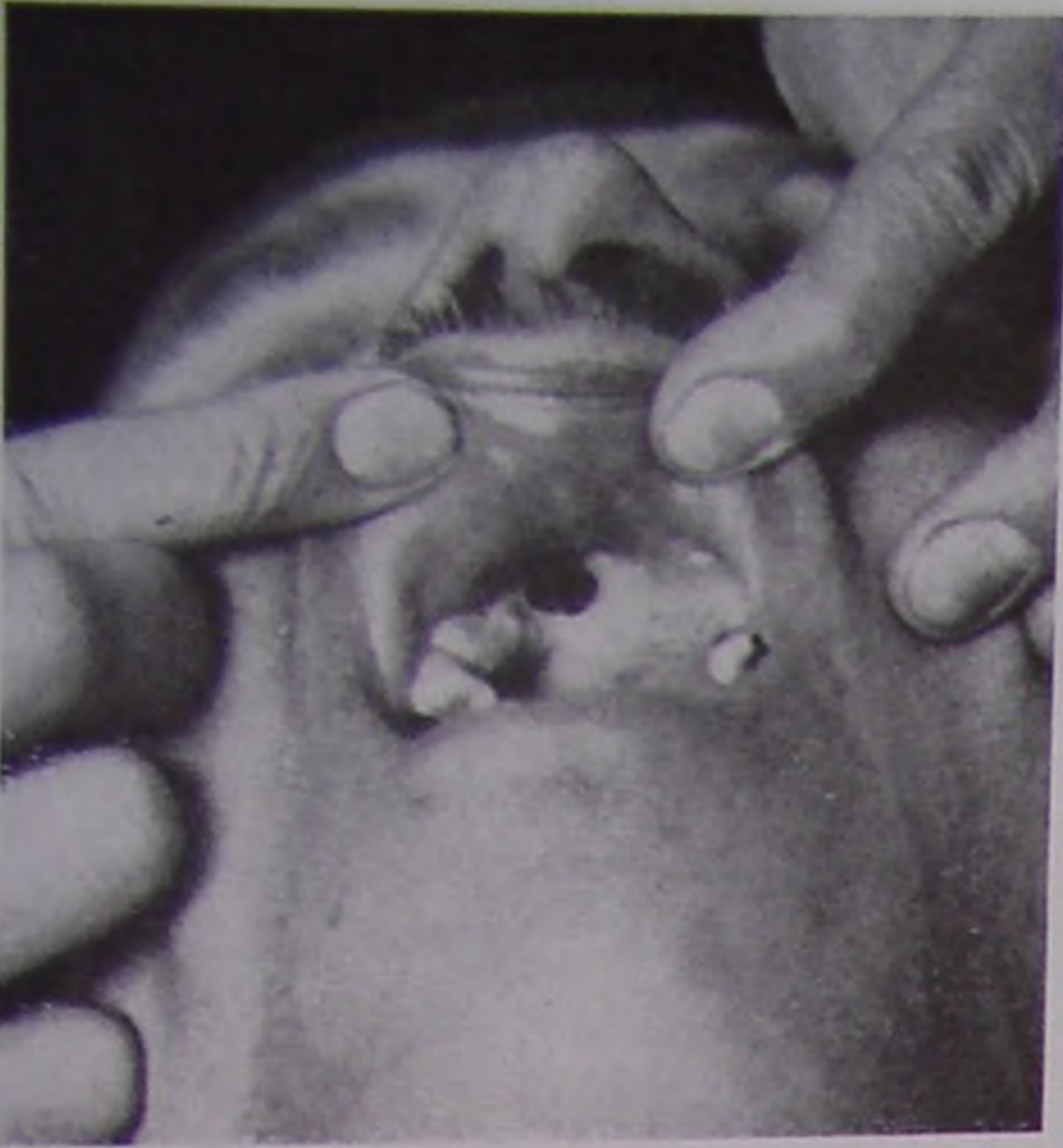
(4)

на нижней губы. Больной К. М., 61 года, история
 39 875. 1. Язва 5-летней давности занимает большую
 часть каймы нижней губы. — 2. Схема выкроенных
 лоскутов Диффенбаха и иссечения нижней губы. —
 3. После иссечения губы. Эта форма иссечения не позволяет
 правильное сближение лоскутов. Необходимо будет
 поднять подбородок, производя дугообразный, выпуклый
 разрез, или произвести иссечение кожи подбородка. —
 4. Щеки подготовлены для следующего этапа опера-
 ции: щеки перекинута через верхний край лоскута
 к коже. При этом было установлено, что медиальный
 лоскут расположен неудачно. — 5. Больной после излече-
 ния страдает недостаточность губы, обусловленная неподходя-
 щей формой иссечения, а поэтому и недостаточным смещением

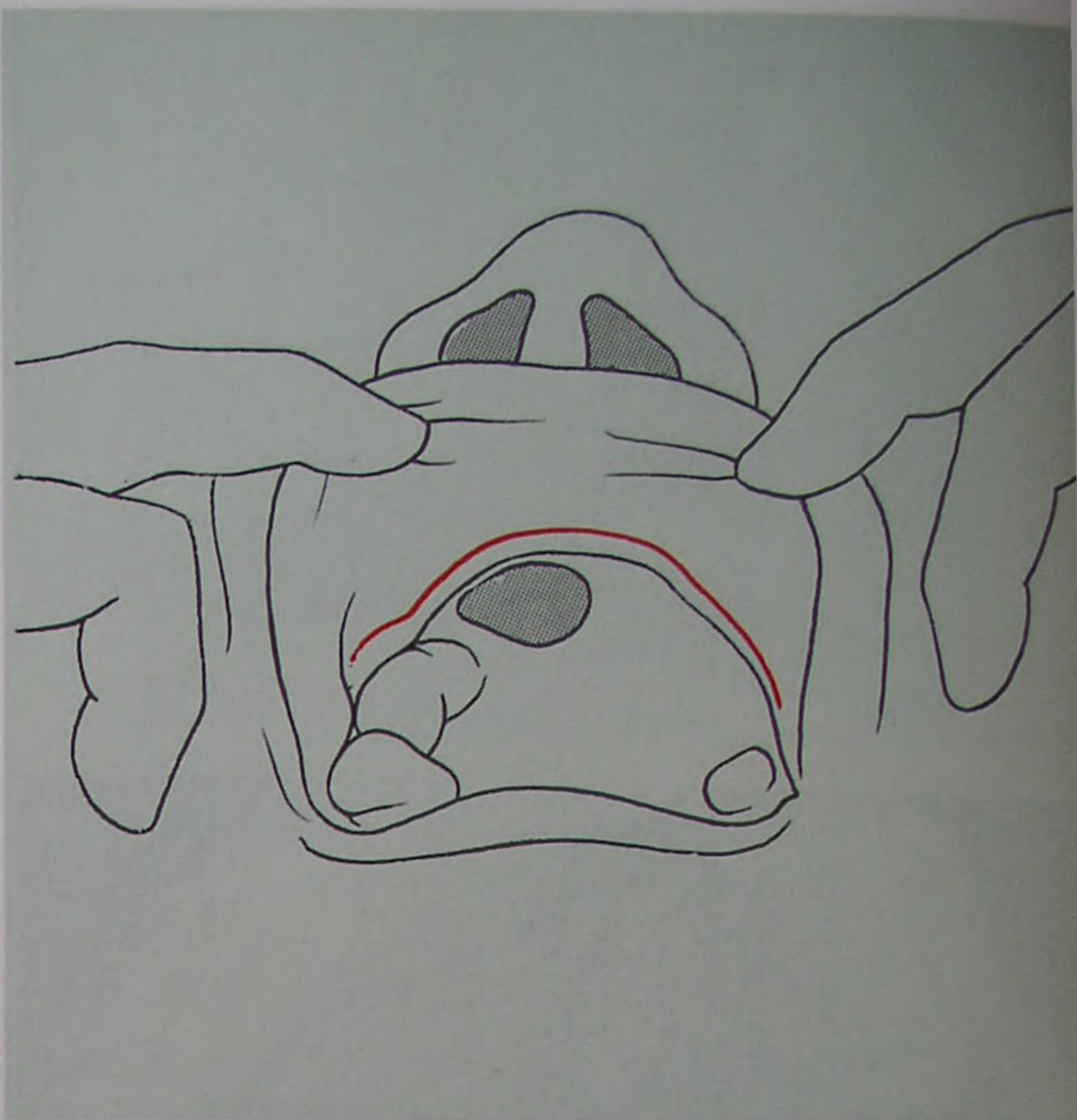
РИС. 178.



(5)



(1)



(2)

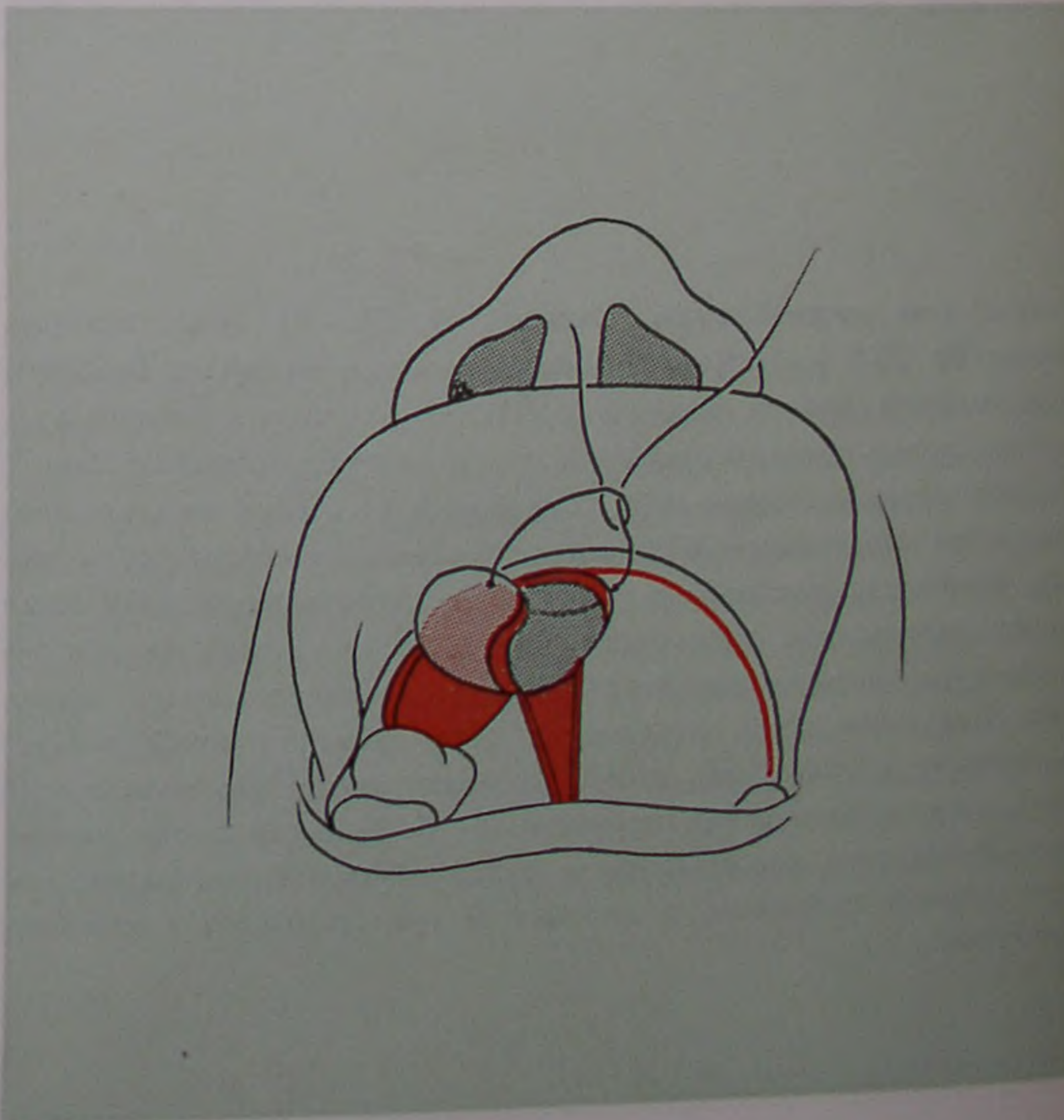
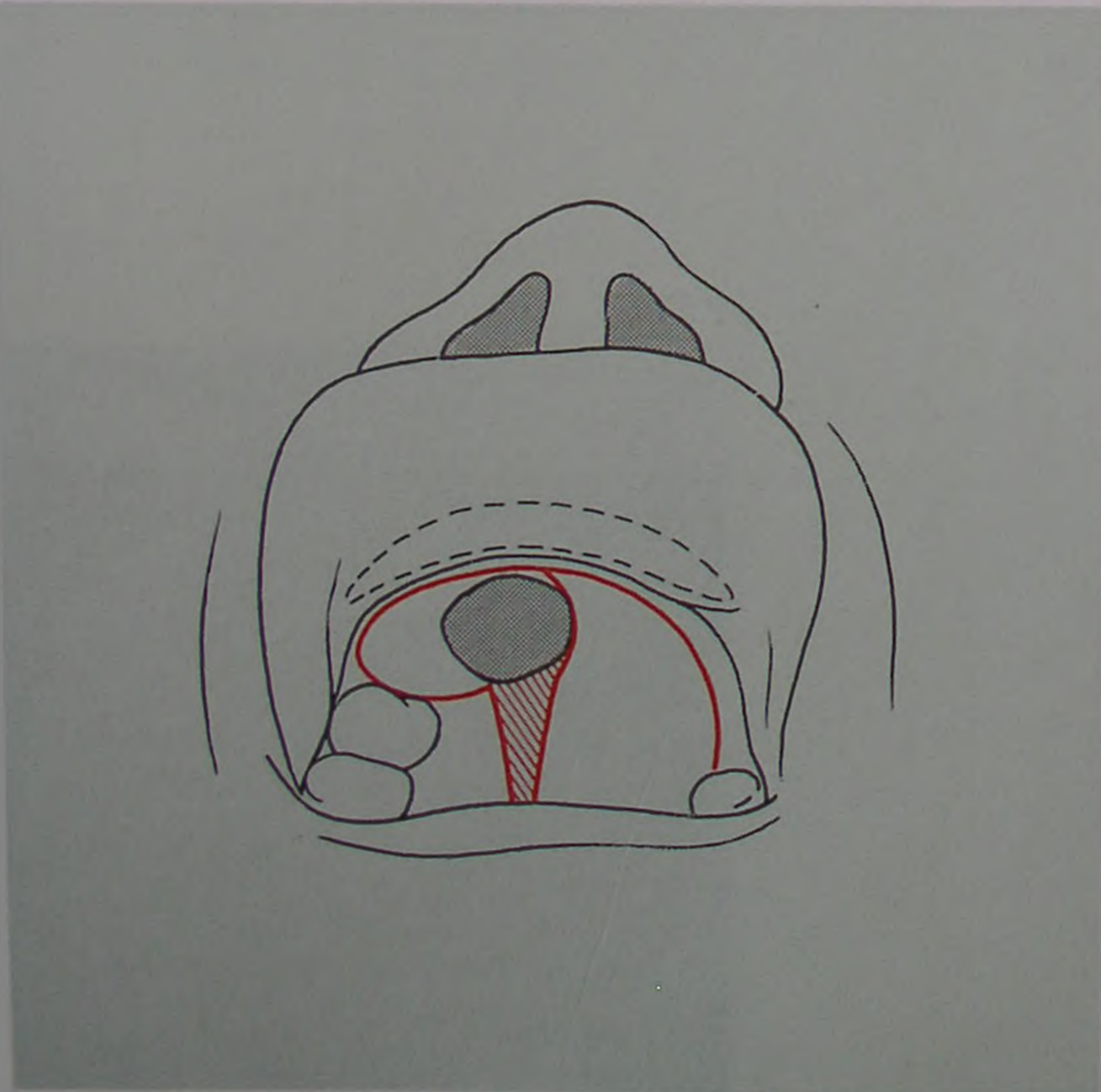
Р И С. 179.

Дефект передней части твердого неба после огнестрельного ранения, полученного в первую мировую войну. Больной П. С., 38 лет, история болезни № 302. 1. Пуля вошла через левую щеку и раздробила переднюю часть верхней челюсти и верхнюю губу. Слизистая оболочка губы спаяна с краем дефекта. — 2. Губа по всей длине отсечена от неба и отпрепарована от кости; удалено

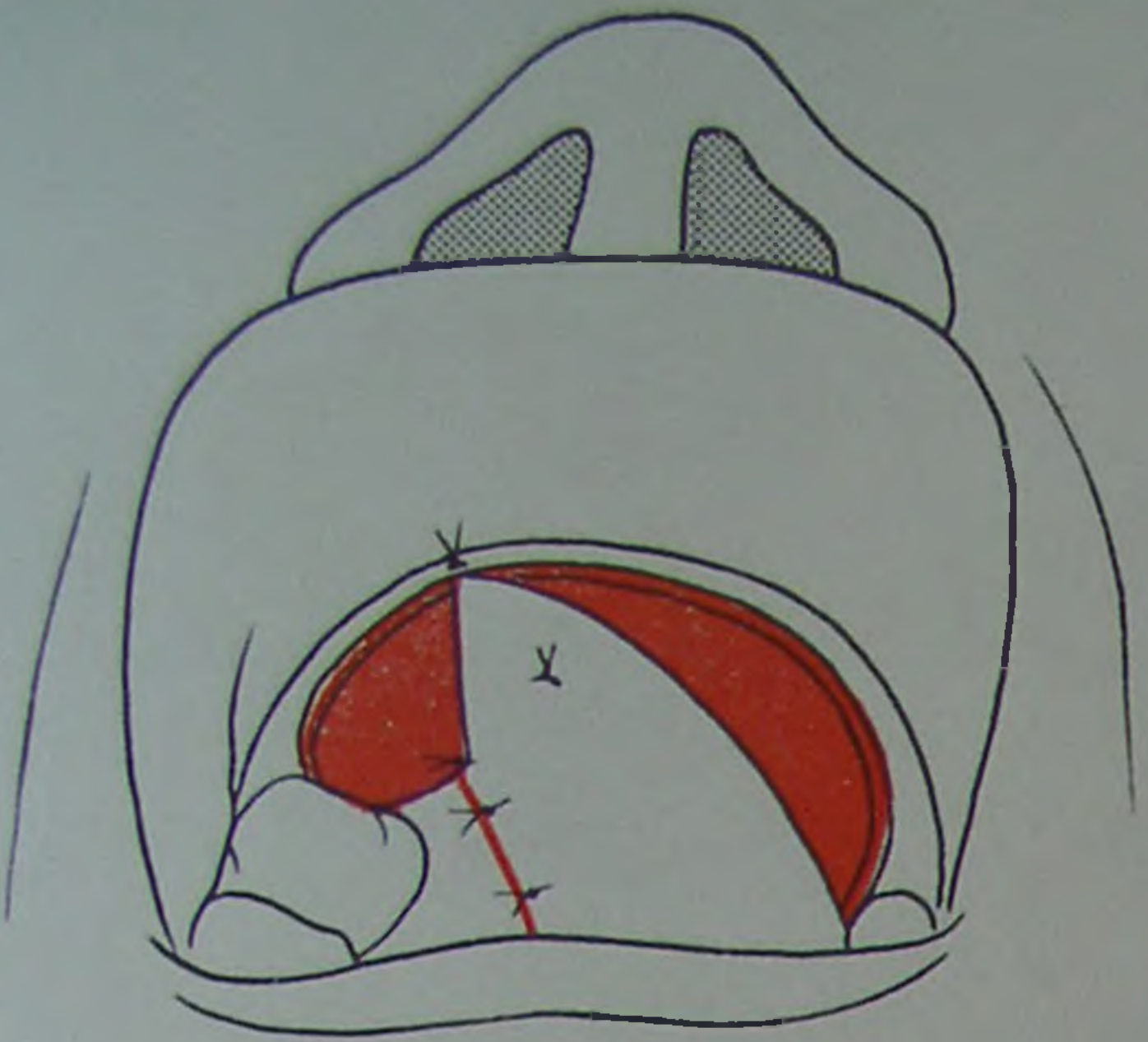
несколько костных отломков. Для эпителизации полости в нее введен на вкладыше из стента лоскут кожи. — 3. Для закрытия дефекта неба с правой стороны выкраивают слизисто-надкостничный лоскут с основанием ножки у края дефекта. Лоскут поворачивают по направлению к носу. По направлению кзади производят клиновидное иссечение слизисто-надкостничного сл

3)

(4)



(5)



(6)

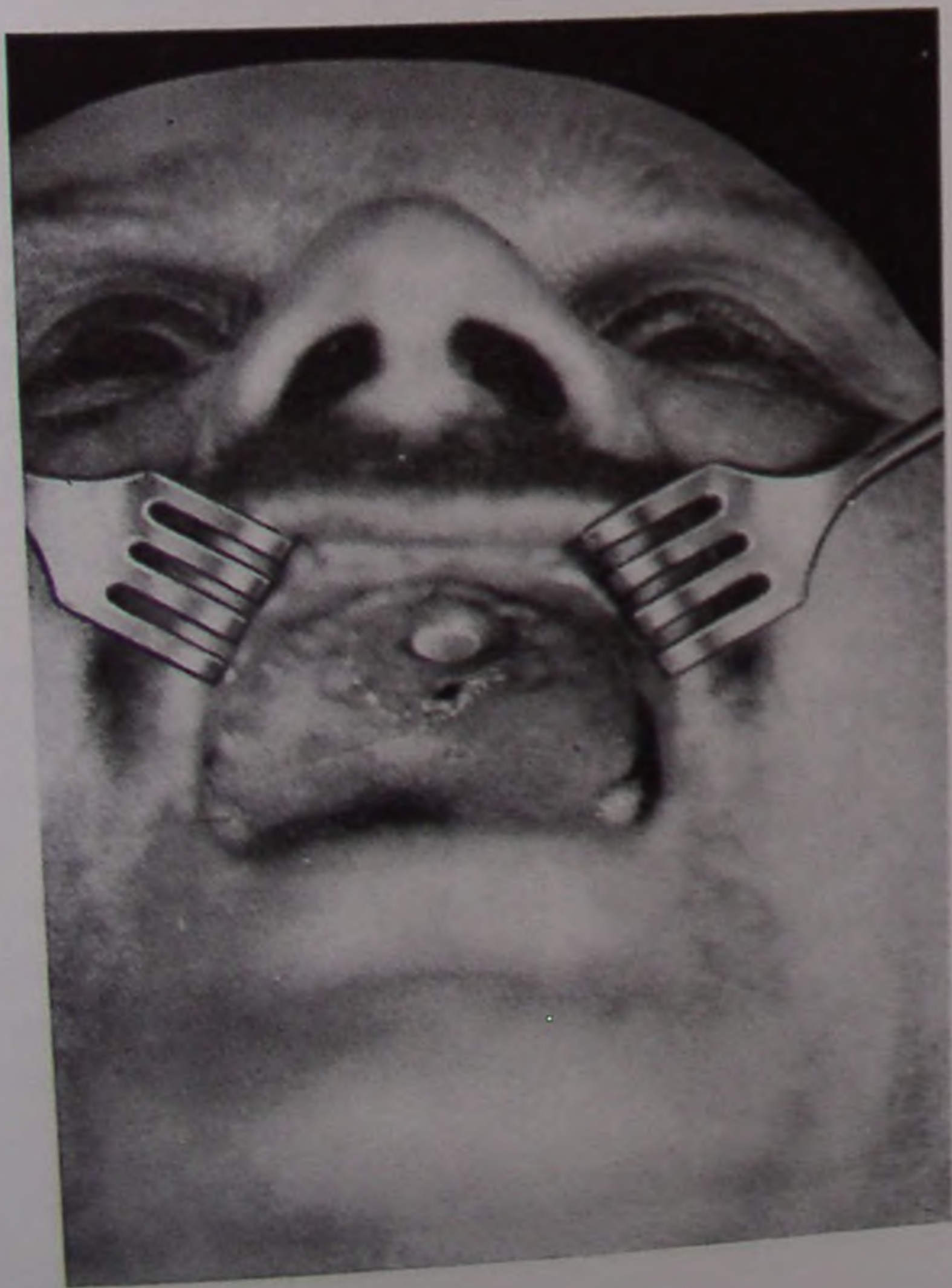


позволяющее произвести сближение лоскутов. — 4. С левой стороны подготовлен большой небный лоскут. — 5. Небный лоскут фиксируют к раневой поверхности первого лоскута. — 6. Больной после излечения.

Р И С. 180.

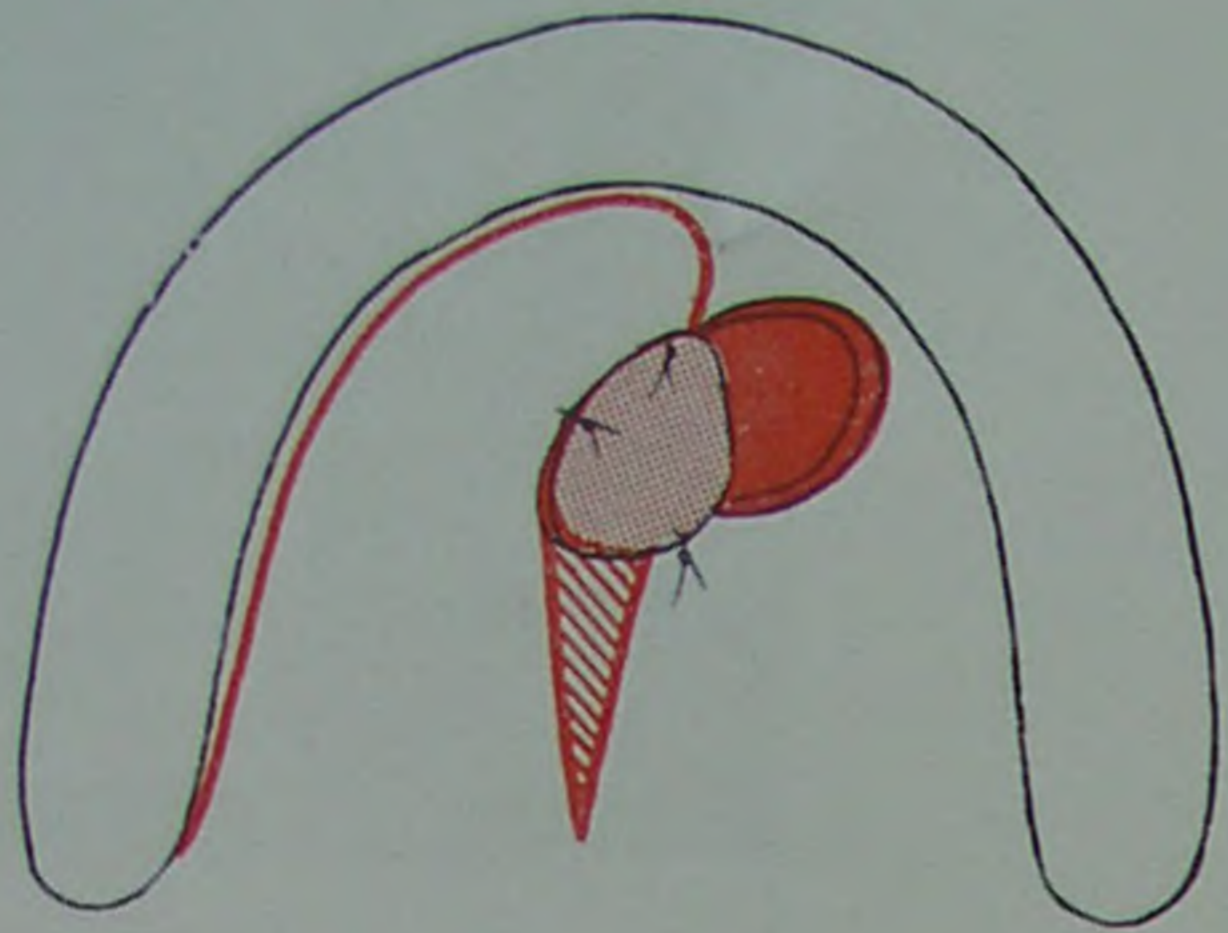
Перфорация твердого неба. Больной А. Д., 51 года, история болезни № 3671. 1. Дефект возник в результате давления присасывающей пластинки протеза. — 2. Схема лоскутов. С левой стороны передней части неба выкраивают лоскут, величиной с дефект, с основанием ножки у края дефекта. На правой стороне дефекта схема большого небного лоскута. — 3. Небной лоскут

(1)



(2)





(3)

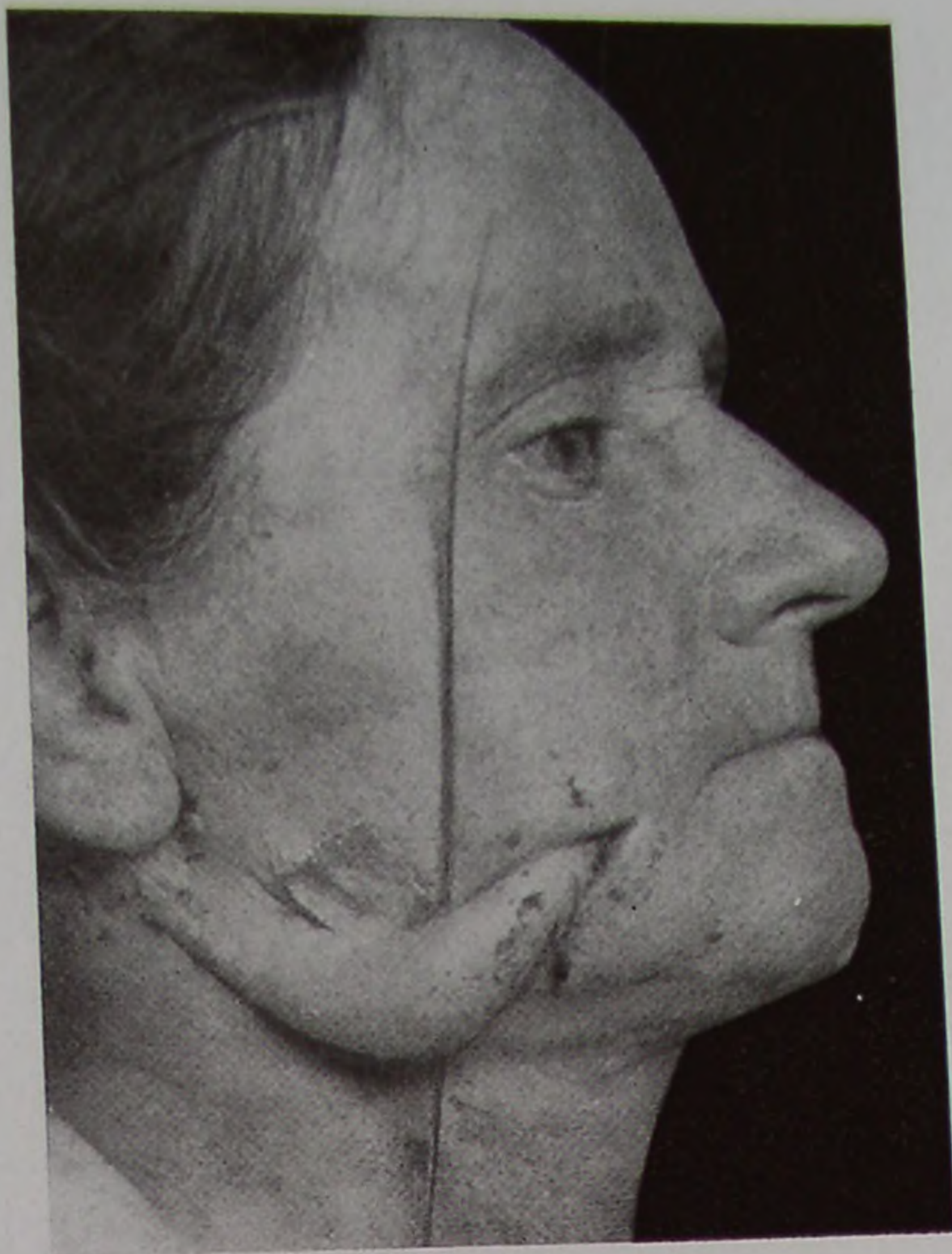


(4)



(5)

подготавливают в 2—3 этапа. Затем его перекидывают к де-
 фекту, освежив края последнего, и подшивают несколькими швами
 к носовому слизисто-надкостничному слою. — 4. На ротовую по-
 верхность укладывают небный лоскут, удалив клиновидно выступ
 слизисто-надкостничного слоя. Делается это для того, чтобы
 лоскут плотно прилегал к дефекту и мог быть с помощью ма-
 традных швов фиксирован к первому лоскуту. — 5. Больной после
 излечения. Хорошо видны очертания небного лоскута.



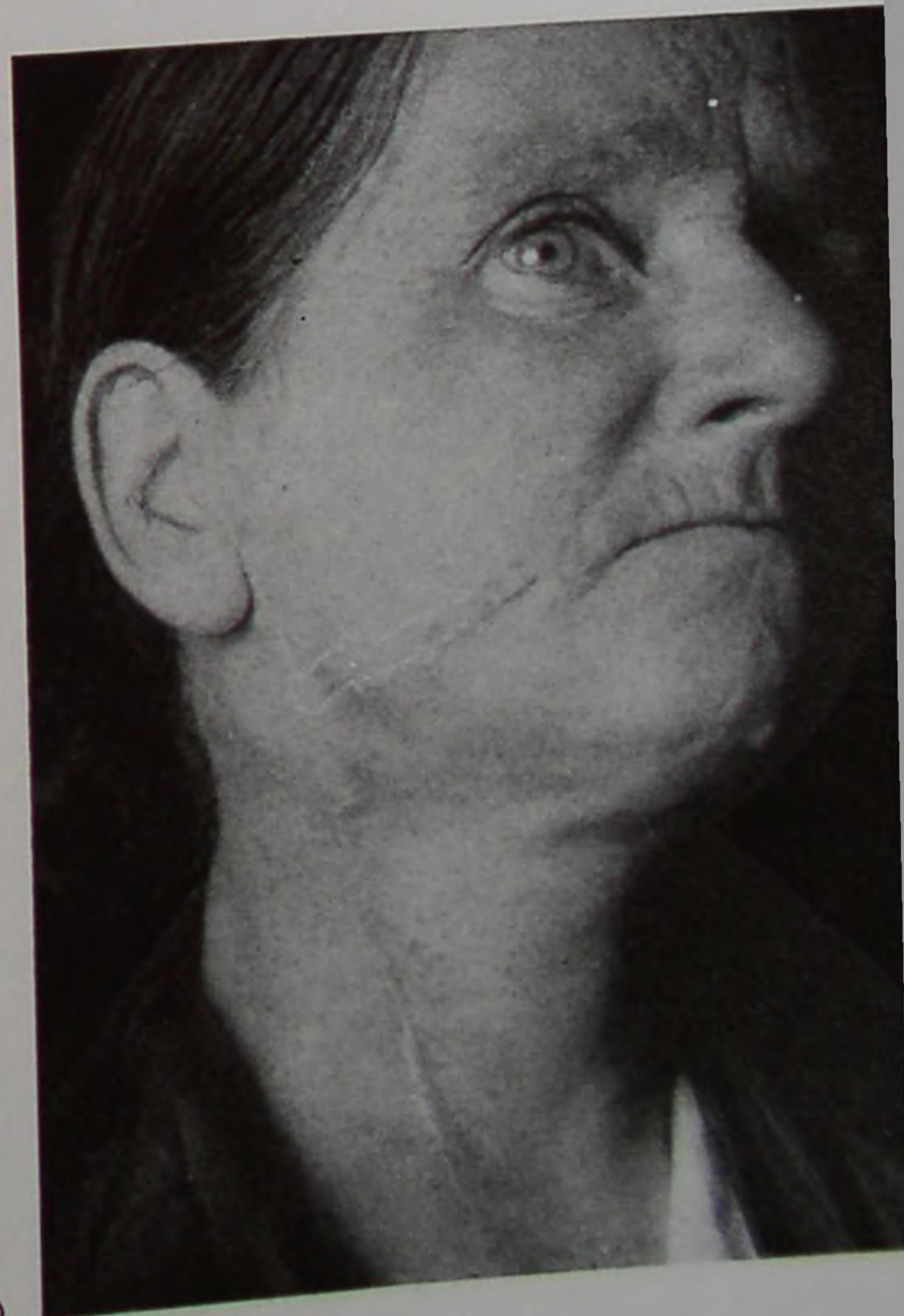
(2)



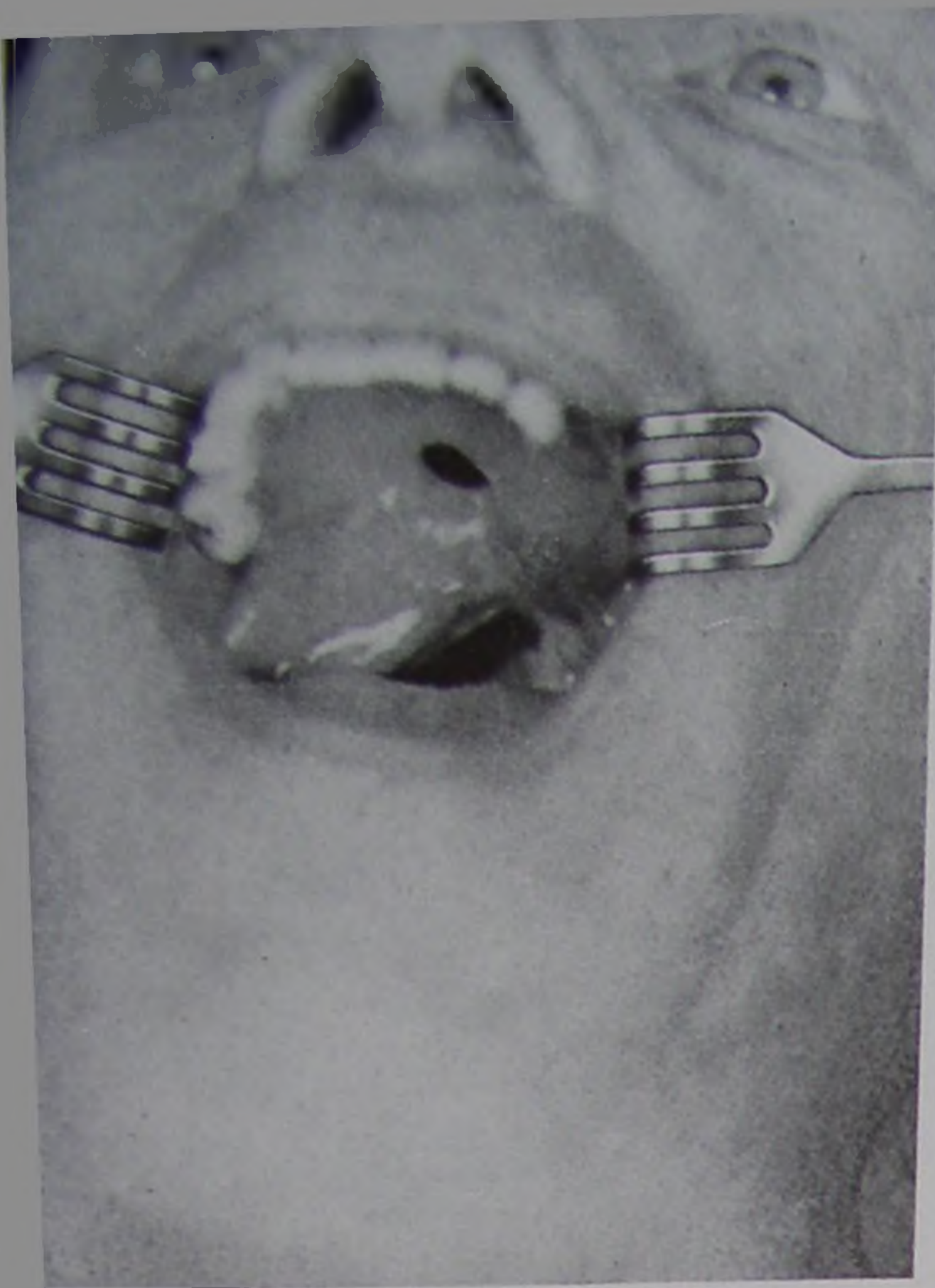
(3)

И С. 181.

язвический дефект неба. Больная М. Г., 56 лет, история болезни № 115. 1. У дефекта, величиной 2 X 3 см, тонкие, острые края. Прилежащий слизисто-надкостничный слой атрофирован, альвеолярная дуга отсутствует. — 2. Учтя плохие качества слизисто-надкостничного слоя и кости, было решено произвести восстановительную операцию с помощью стебельчатого лоскута, подготовленного на шее с основанием ножки под ушной раковиной. Лоскут введен в рот через горизонтальный надрез на щеке. Края дефекта иссечены таким образом, чтобы их можно было расслоить. Поднесенный к дефекту стебель рассекают и подшивают одной из кожных поверхностей к слизисто-надкостничному слою носовой поверхности, второй кожной поверхностью к освеженному краю слизистой дефекта в сторону полости рта. — 3. После приживления избыточную часть лоскута отсекают и заканчивают вшивание имплантата на носовой и ротовой поверхностях. В результате перфорация неба закрывается. Закрытие отверстия щеки осуществляется путем освежения его краев, которые к этому времени уже зажали, и последовательного сшивания всех трех слоев. — 4. Рубец, образовавшийся с правой стороны, несколько гипертрофичен.



(4)



(1)

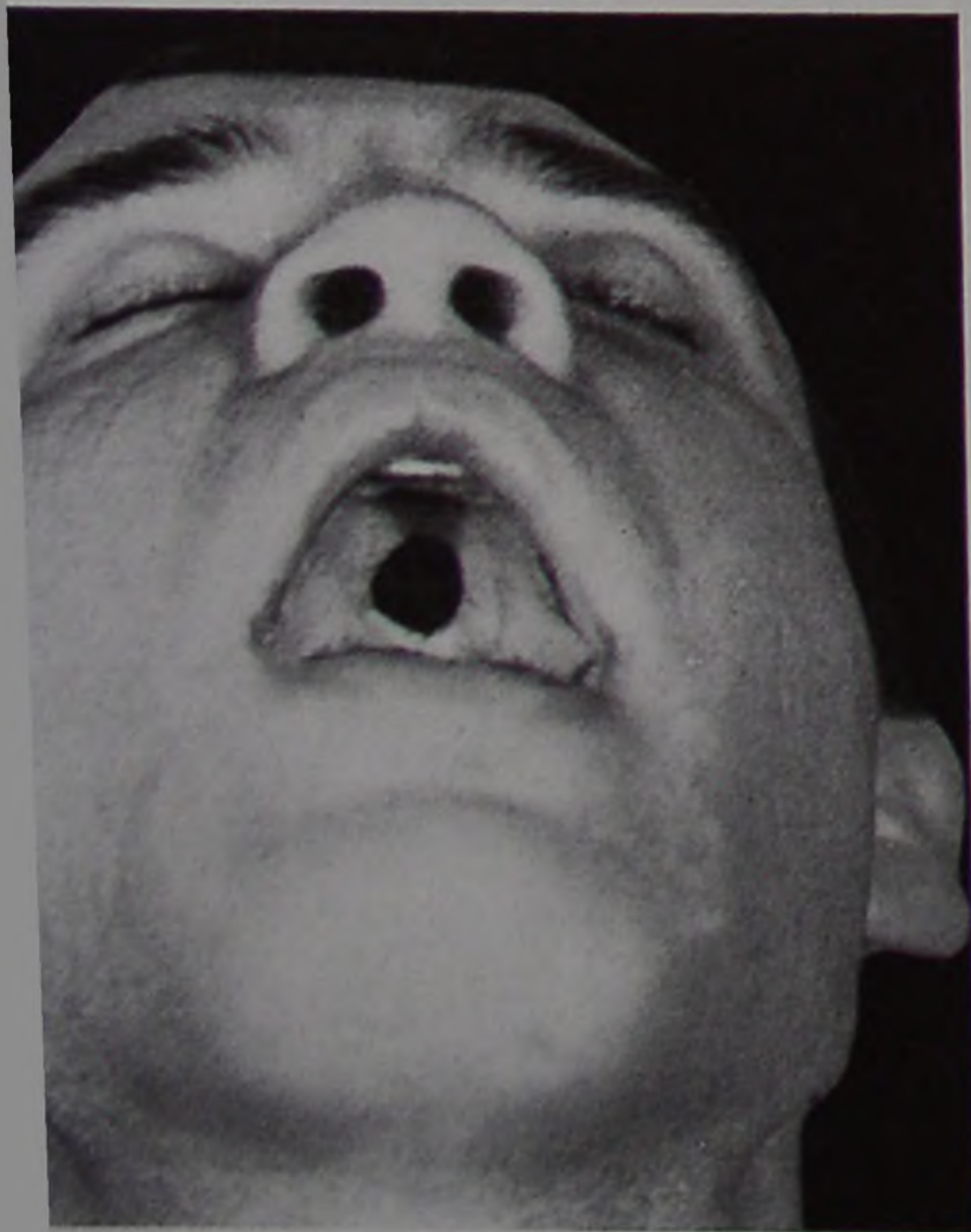


(2)

Р И С. 18

атический дефект неба. Больной К. М., 47 лет, история бо-
 ли № 4103. Заражение произошло 20 лет тому назад. Лечение
 о начато после появления язвенного процесса на небе и в
 глотке. Речь сильно нарушена и гнусавая. 1. Посередине неба
 ьный дефект диаметром 1 см. На прилежащих участках
 ы. Задняя часть мягкого неба с обеими дужками от-
 ьует. Толстый рубцовый тяж фиксирует мягкое небо с левой
 оны к задней стенке глотки. — 2. С правой стороны выкроен

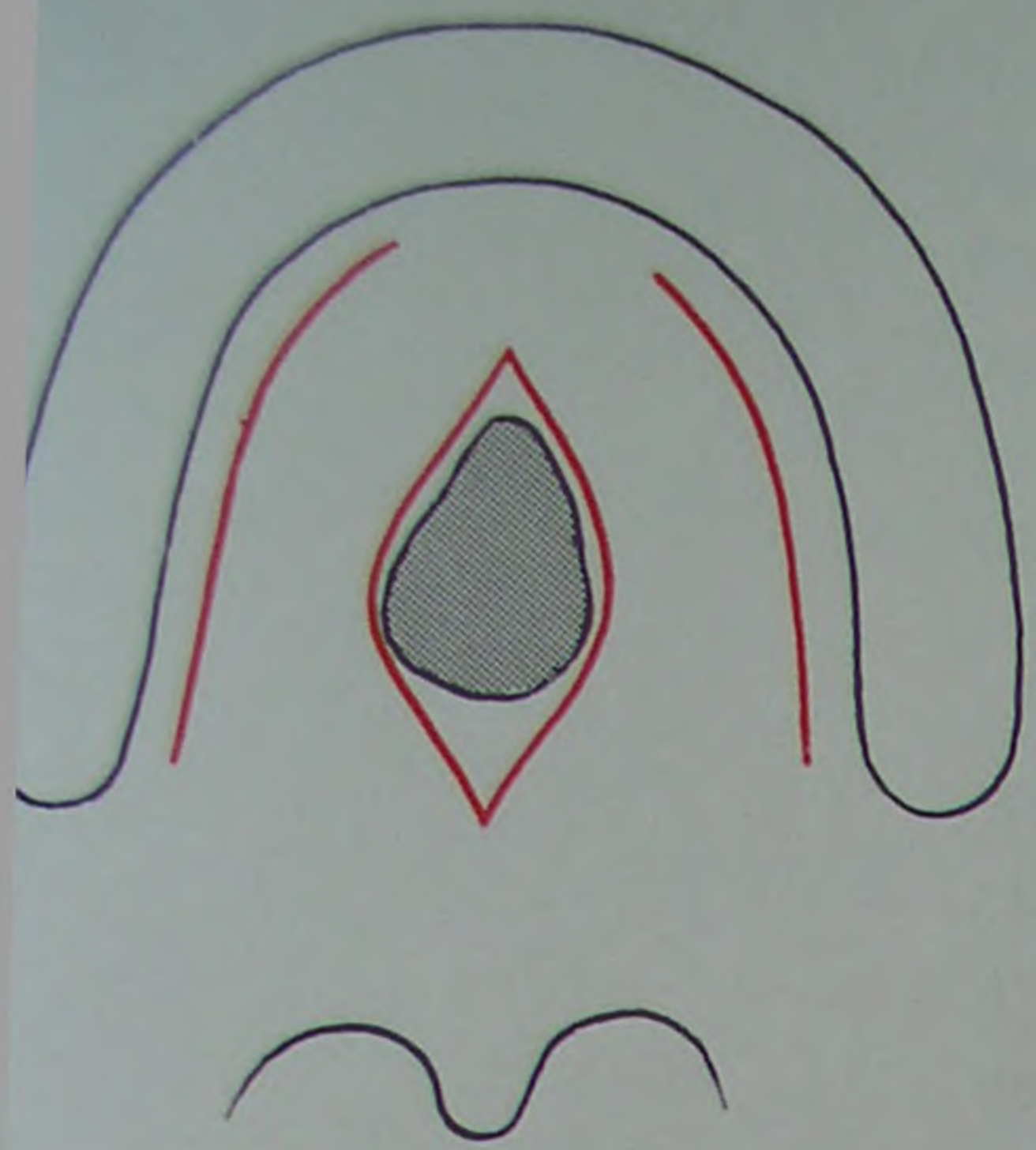
небольшой слизисто-надкостничный лоскут и перекинут к
 фекту в качестве покрова носа. К раневой поверхности подвел
 большой небный лоскут с левой стороны. Видны очертания лоску-
 та. Удлинить мягкое небо с помощью слизисто-мышечного лоску-
 с задней стенки глотки не удалось из-за ее рубцовых изменени
 Оказалось возможным лишь отслоить мягкое небо от кости с л
 вой стороны и сместить его кзади. Речь через несколько месяц
 после операции значительно улучшилась.



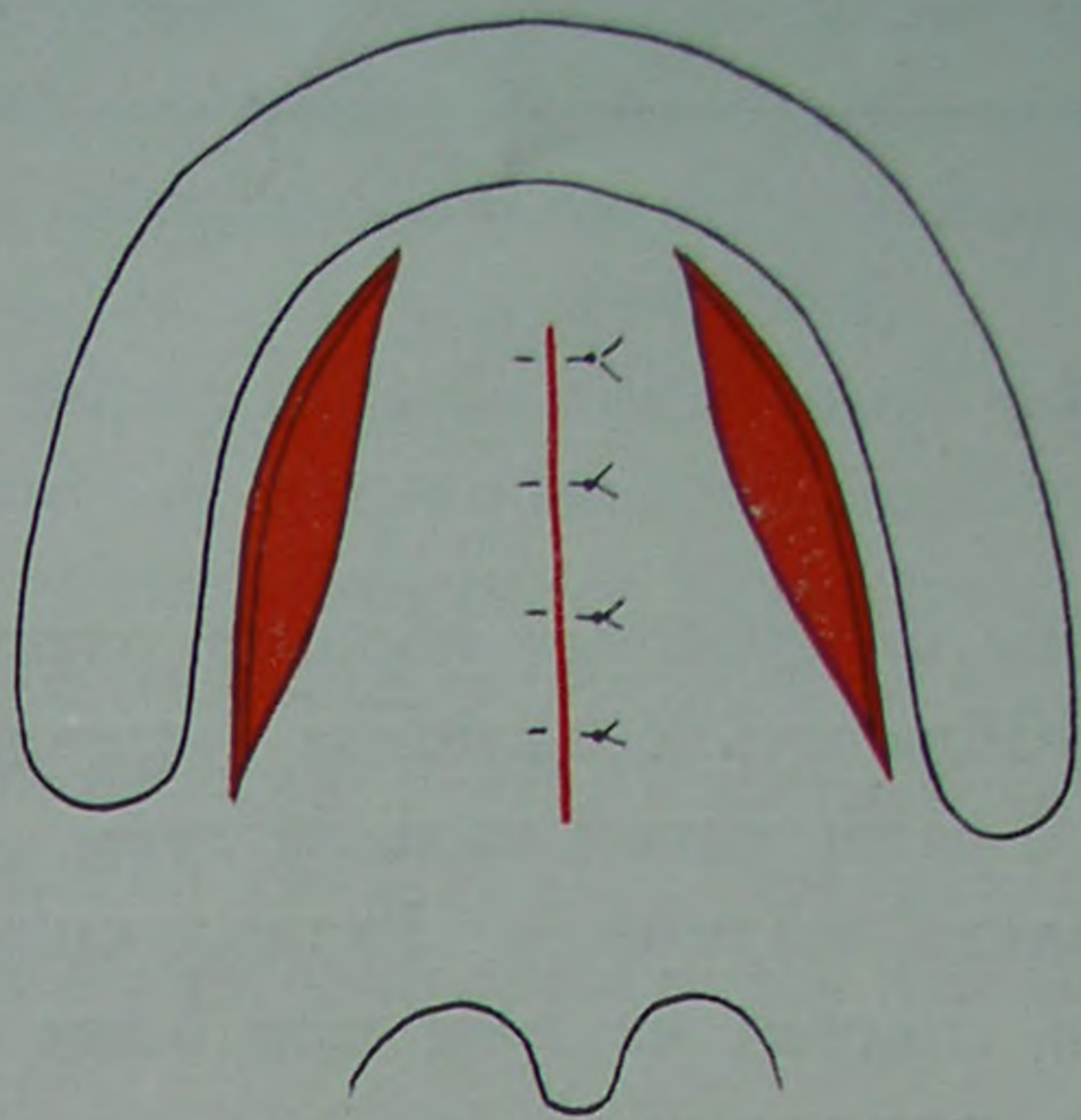
(1)

Р И С. 183.

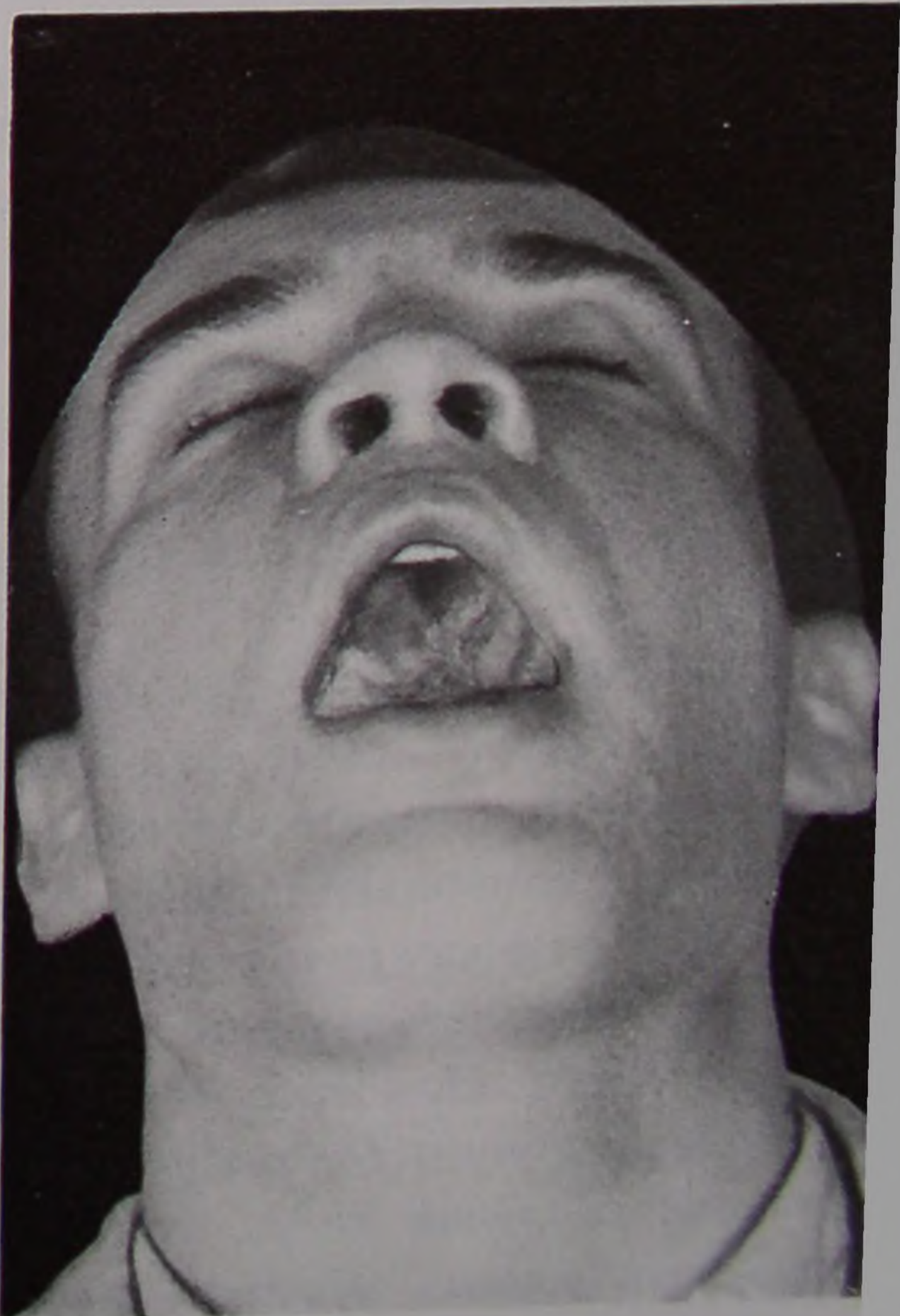
Перфорация неба опухолевого происхождения. Больной А. К.,
 история болезни № 12 132. У больного на протяжении нескольких
 лет имеется на небе опухоль, по поводу которой он безуспешно
 подвергался актинотерапии и был 4 раза оперирован. 1. Посере-
 дине свода неба персистирует широкая перфорация. Слизисто-



(3)



ичный слой истончен и рубцовоизменен. — 2. Схема для выкраивания двух слизисто-надкостничных лоскутов в полости, как при операции Лангенбека по поводу расщелины неба. — 3. Оба слизисто-надкостничные лоскута отсепарованы от кости и смещают к средней линии; края лоскутов ушивают нейлоновыми матрацными швами. Оставшиеся по сторонам раневые поверхности гранулируют. — 4. Больной после операции.



(4)

ПОДБОРОДОК И НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

Что касается врожденных пороков развития, то в очень редких случаях приходится наблюдать срединные расщелины нижней челюсти, возникающие в связи с расщелиной нижней губы. Диастаз челюсти может быть полным, или только частичным. Раздвоенным по средней линии может быть и подбородок, причем на губе при этом иногда наблюдается лишь намек на срединную расщелину.

Подбородок должен быть расположен в плоскости верхненокосовой точки, перпендикулярной к франкфуртской плоскости. Отклонения от этого положения среди населения как в смысле выступания вперед нижней челюсти, так и в смысле ее смещения кзади наблюдается весьма часто и нельзя точно установить, когда такое отклонение становится действительной аномалией.

При прогении подбородок выступает кпереди, так что зубы нижней челюсти расположены перед резцами верхней челюсти.

Ложная, или относительная прогения обусловлена уменьшением или смещением верхней челюсти кзади, которое может быть врожденным у лиц с гипоплазией верхней челюсти (dish-face) и при вторичных деформациях, возникающих при расщелинах губ и неба. Неправильный прикус при этих аномалиях обуславливает не только возникновение расстройств при жевании, но и нарушение речи.

Коррекция выраженной эссенциальной прогении и относительной прогении в тех случаях, где нельзя добиться улучшения конфигурации верхней челюсти, сводится к обеспечению ретропозиции нижней челюсти путем остеотомии восходящих ветвей верхней челюсти. Применяют различные методы этой операции; в Чехословакии наиболее распространенным методом является способ Костечки (Kostečka), а также резекция горизонтальных ветвей нижней челюсти. Эти операции относятся к сфере деятельности стоматологов.

Противоположным пороком развития, по сравнению с прогенией, является ретрогения. Ретрогения может быть врожденной, самостоятельной, или является компонентом некоторых синдромов. В последнем случае она является проявлением гипоплазии, больше всего поражающей нижнюю часть дуги подбородка; альвеолярный отросток и зубы имеют наклон вперед.

Степень гипоплазии нижней челюсти может быть при отдельных синдромах различной. Наиболее резко выраженный синдром бывает у больных с гипоплазией ушных раковин, атрезией наружных слуховых проходов, гипоплазией скуловой части лица. Эти случаи были рассмотрены в группе редких врожденных уродств. Формы птичьего лица встречаются при нор-

мальном в остальном развитии лицевого скелета и не сопровождаются никакими соматическими или психическими осложнениями.

Приобретенные пороки этого типа являются результатом перенесенных в детстве воспалительных процессов, развившихся в течение инфекционной болезни. Одностороннее или двустороннее воспаление челюстного сустава ведет к фиброзным или костным анкилозам, сопровождающимся тяжелыми функциональными нарушениями и обуславливающими гипоплазию нижней челюсти и возникновение птичьего лица (р и с. 184, 185).

Травматические деформации подбородка часто приходится наблюдать при тяжелых увечьях, главным образом как осложнение ранений военного времени. На рисунках 186—189 демонстрируются различные деформации и коррекции при дефектах нижней челюсти в средней части подбородка. Прекрасным материалом для имплантации в эту область является гребень подвздошной кости, из которого можно создать дугу, которая, будучи пересажена на культю челюсти, создает опору подбородка. На ней можно с успехом формировать мягкие ткани.

При одновременной потере мягких тканей, что часто встречается во время войны, восстановление подбородка весьма сложно. Необходимо производить пересадку больших лоскутов с других частей тела, а в их лопасти вживлять костные имплантаты. Этим путем, однако, удается добиться только относительных результатов (р и с. 190). С этими же трудностями приходится сталкиваться и после резекции всей нижней челюсти и при опухолях, когда нельзя сохранить мягкие ткани подбородка.

Посттравматические потери тканей, ложные суставы на горизонтальных ветвях нижней челюсти обуславливают уклонение подбородка, а тем самым ретрогению и расстройство артикуляции со всеми сопровождающими явлениями. В этом случае лучшим средством восстановлением органа являются костные имплантаты и аутотрансплантаты, взятые лучше всего из гребня подвздошной кости. Прежде всего следует заранее на культях челюсти тщательно подготовить ложе, в которое будет пересажен трансплантат. Стоматолог должен фиксировать отломки с помощью шин, после чего можно надежно произвести пересадку трансплантатов с большой вероятностью, что она увенчается успехом.

Тяжелые деформации возникают при переломах, разделяющих лицо надвое, при этом одна половина лица смещается книзу. Если лечение после такой травмы проводится неправильно, то возникают крайне тяжелые формы деформации, почти не поддающиеся коррекции (р и с. 191).



(1)



(2)

Анкилоз нижнечелюстных суставов после перенесенной в детстве дифтерии. Больная М. М., 22 лет, история болезни № 14 199. 1. Выраженная атрофия челюсти, потеря подбородка. Состояние через год после операции. — 2. Произведена резекция нижне-

челюстных суставов. После полной отсечена интерпозиция мышцы. В области трансплантат из гребня подвздошной кости с жиром. Операция произведена

Анкилоз обоих нижнечелюстных суставов после перенесенной в детстве скарлатины. Больной А. Б., 25 лет, история болезни

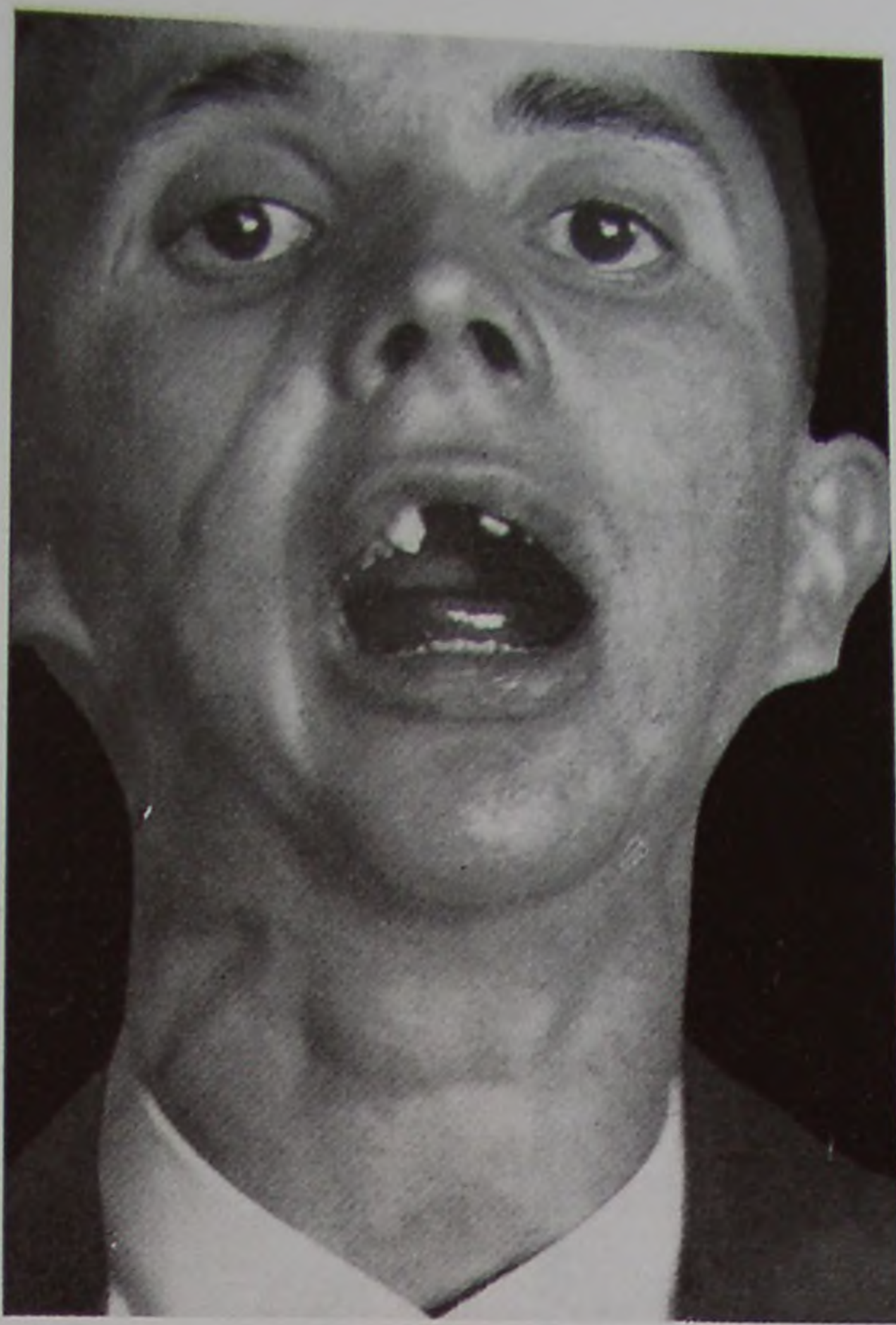
№ 25. 1, 2. Резко выраженная гипоплазия. 3. Произведена резекция обоих нижнечелюстных суставов.



(1)



(2)



(3)



(4)

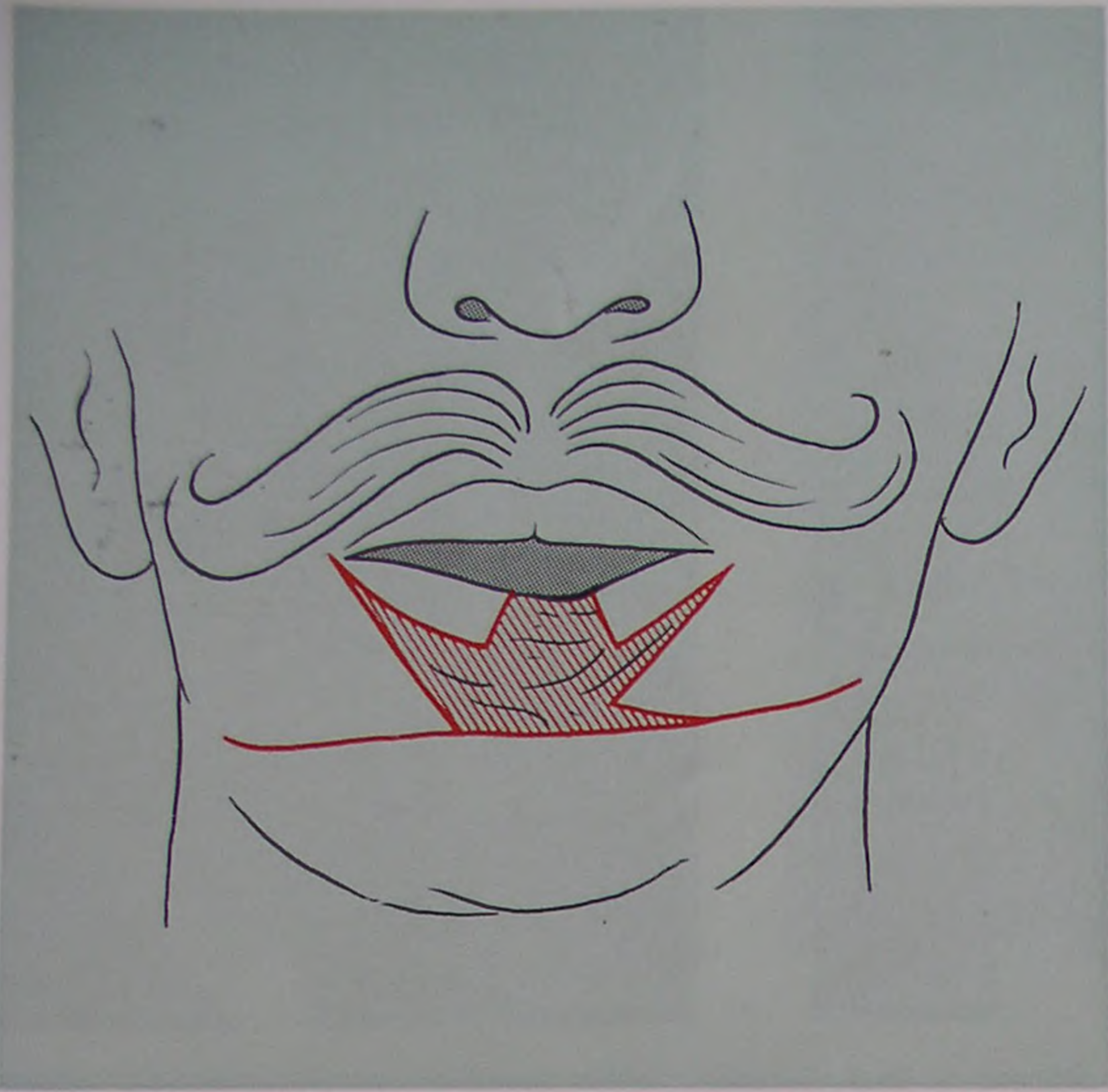
имплантацией в область подбородка взятого из ребра
о трансплантата. После операции стало возможным от-
рта. — 4. Очертания лица при боковом обозрении
более нормальный вид.

С. 186.

ненный перелом нижней челюсти после огнестрельного ра-
е порочным положением отдельных органов. Инвалид пер-
ировой войны. 1. Рубцы губы и подбородка спаяны с ниж-
елюстью; выворот нижней губы. Слюноотделение причиняет
ому большие неприятности. — 2, 3. Произведено иссечение



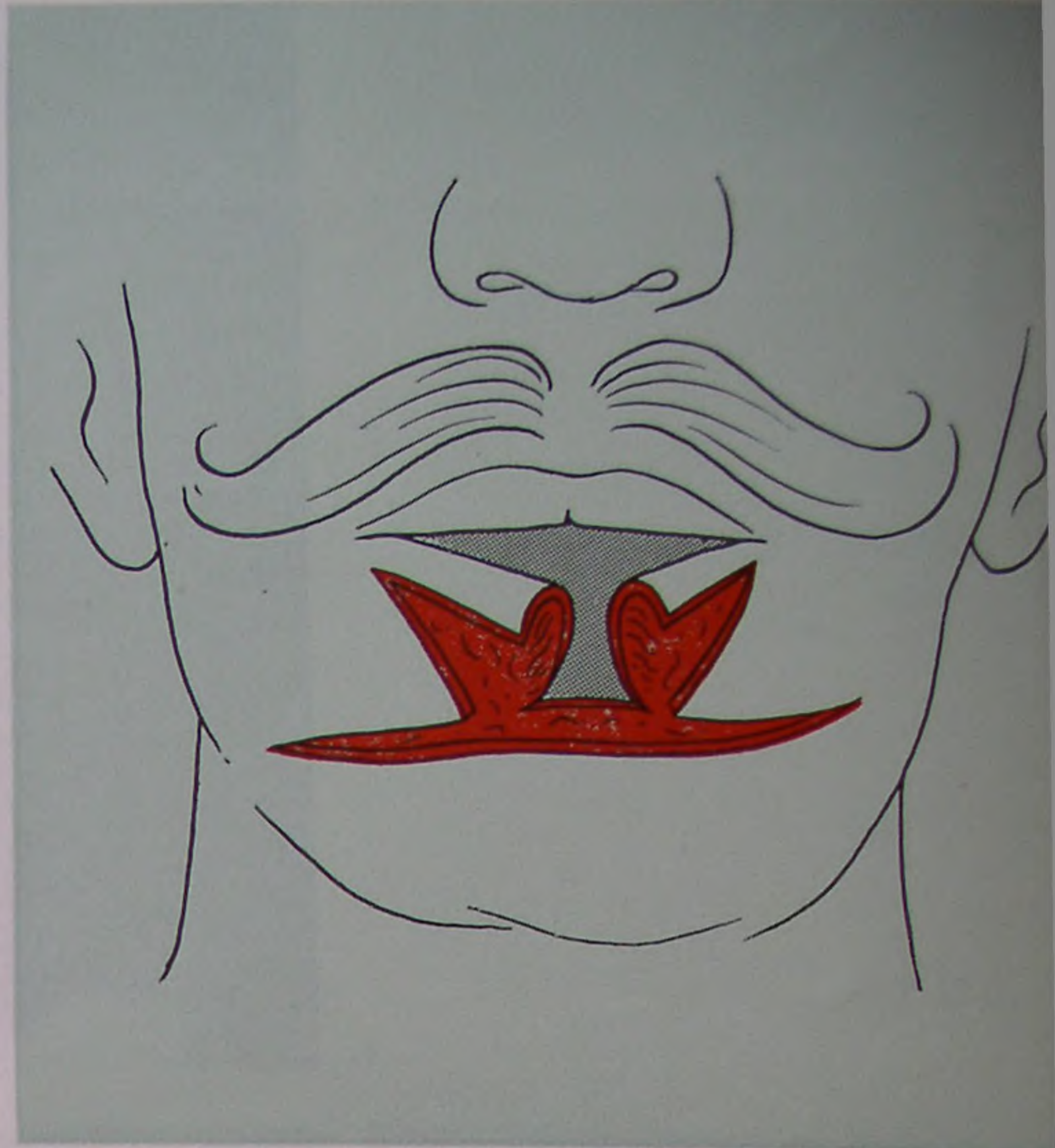
(1)



(2)

рубцов губы. По мере возможности, изолированы мышечные пучки и отсепарована слизистая оболочка щек. — 4. Путем сближения с обеих боковых сторон слизистой оболочки создан внутренний

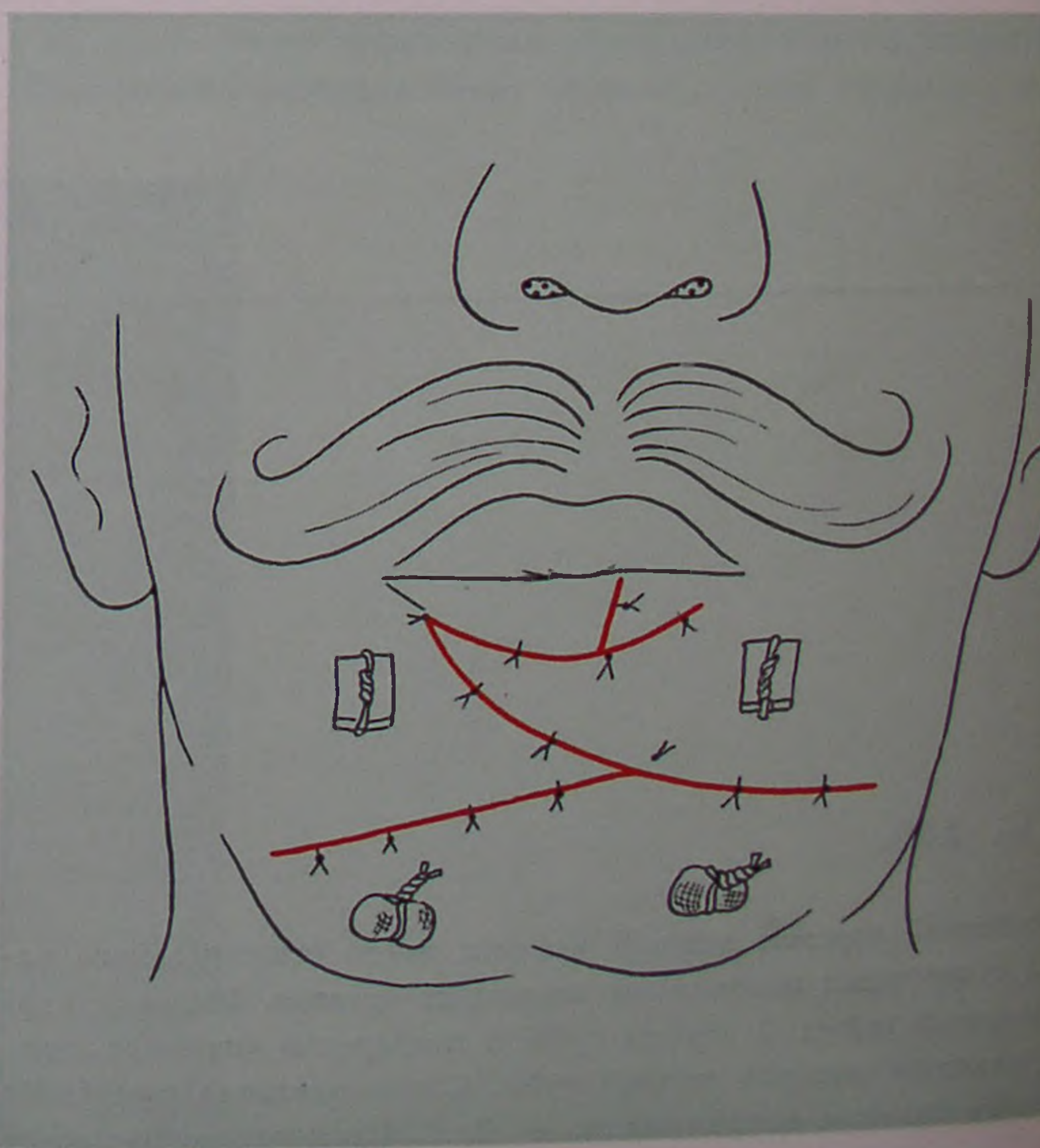
(4)



(3)

покров губы. Отсепарована кожа подбородка и пришита лочными швами к периосту нижней челюсти. — 5. К лоскуты сдвинуты с обеих сторон и фиксированы проволо

(5)



ни, концы которых завязывают на турундах и пластинках. —
больной после излечения. Функциональные результаты опера-
оказались прекрасными.

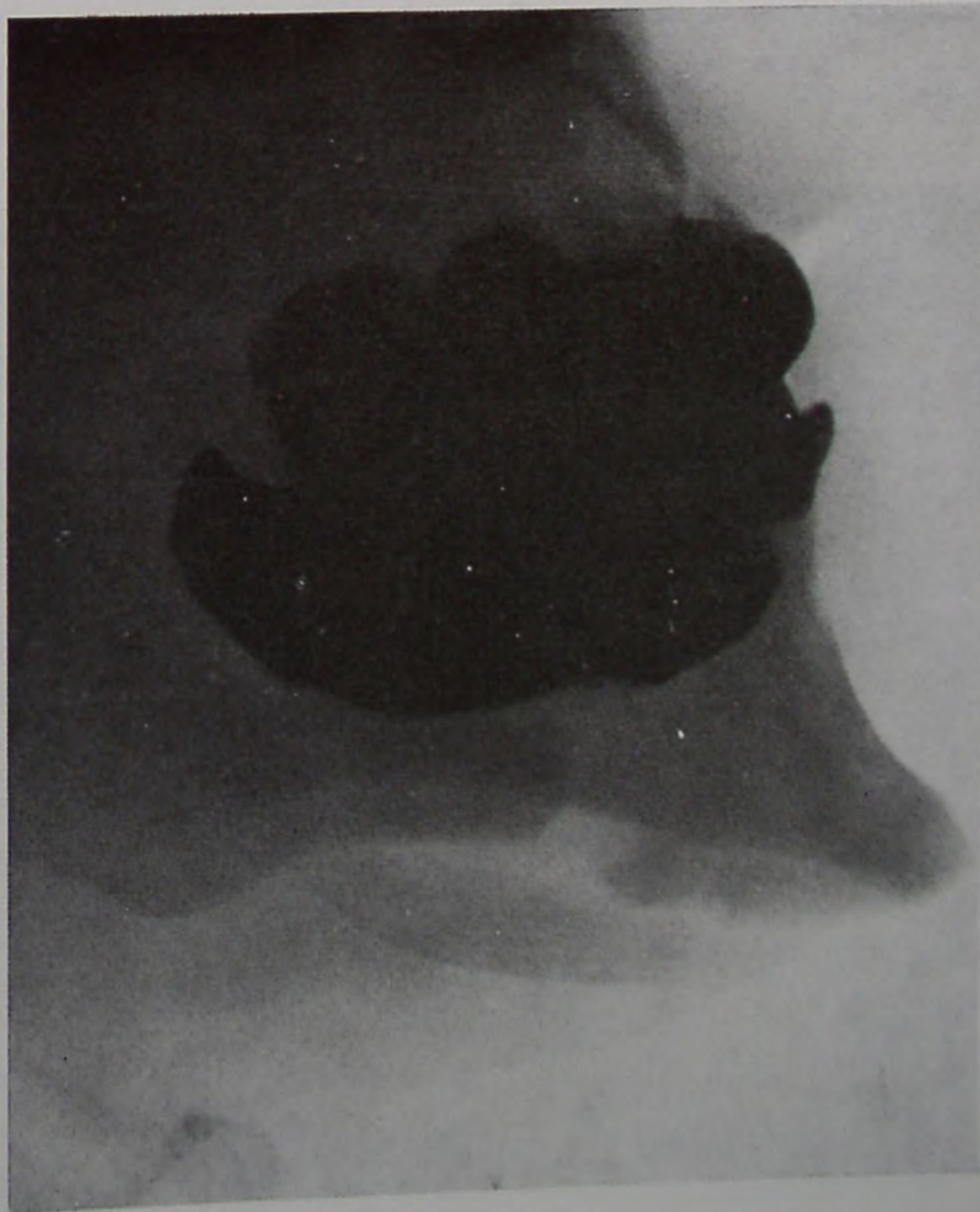
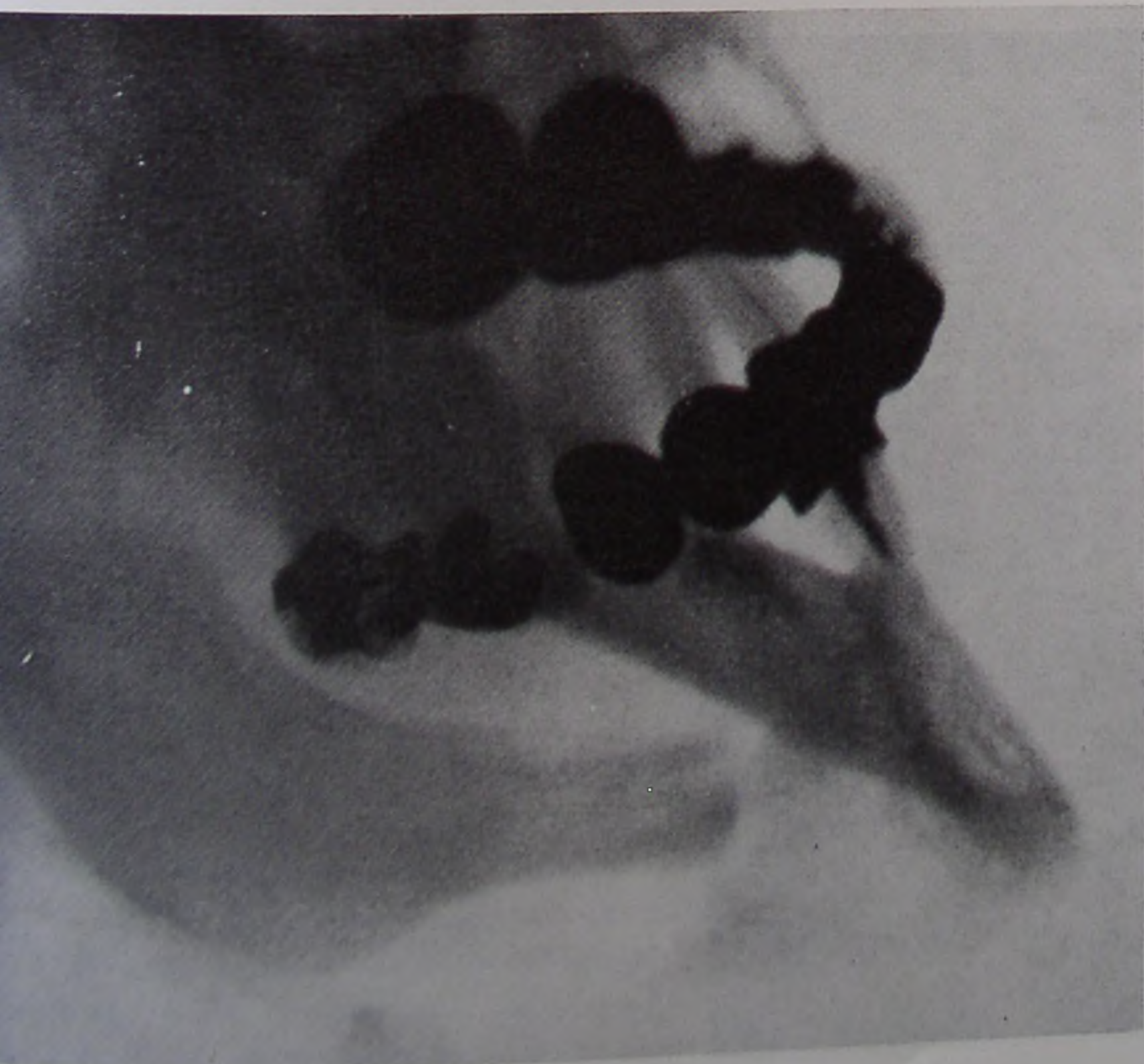
С. 187.

ние после остеомиелита нижней челюсти. Больная И. Ф.,
т, история болезни № 2370. 1. Воспалительный процесс
ил всю нижнюю челюсть. Больная подверглась целому ряду
гологических операций, после которых, однако, остался
ий сустав горизонтальной ветви левой половины нижней
ти и значительная атрофия всей кости. — 2. В дефект

пересажен трансплантат из гребня подвздошной кости, заострен-
ные концы которого введены под рубцовоизмененный периост куль-
тей нижней челюсти, поверхность которых была освежена при по-



(6)



(2)



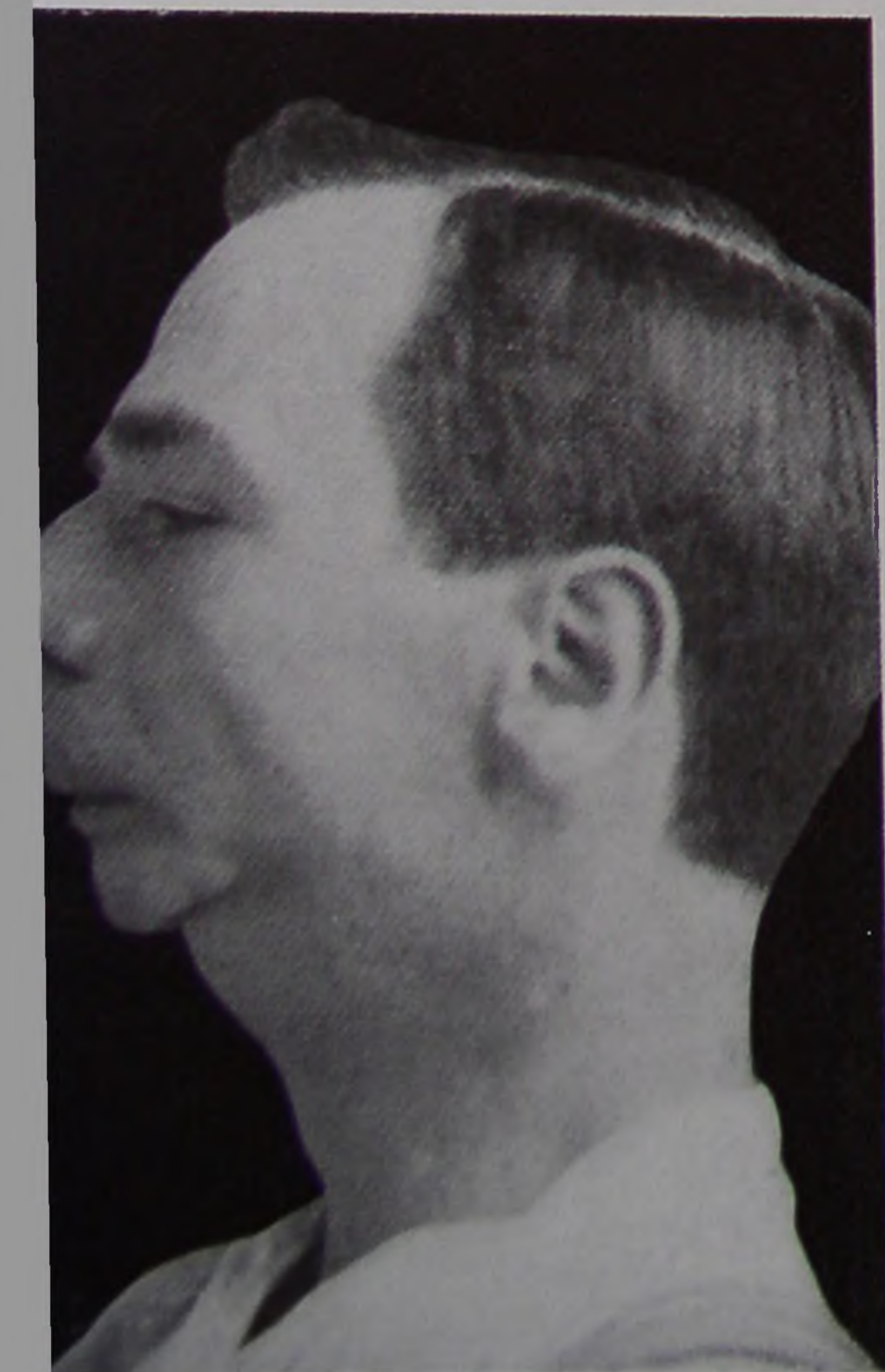
мощи долота. — 3. Хотя на протяжении месяцев производилась фиксация перелома, точно прочная костная мозоль, в особенности у заднего конца трансплантата, все еще не звалась.

(3)

[С. 188.

ояние после огнестрельного ранения с дефектом подбородоч-
части нижней челюсти. Больной А. К., инвалид первой ми-

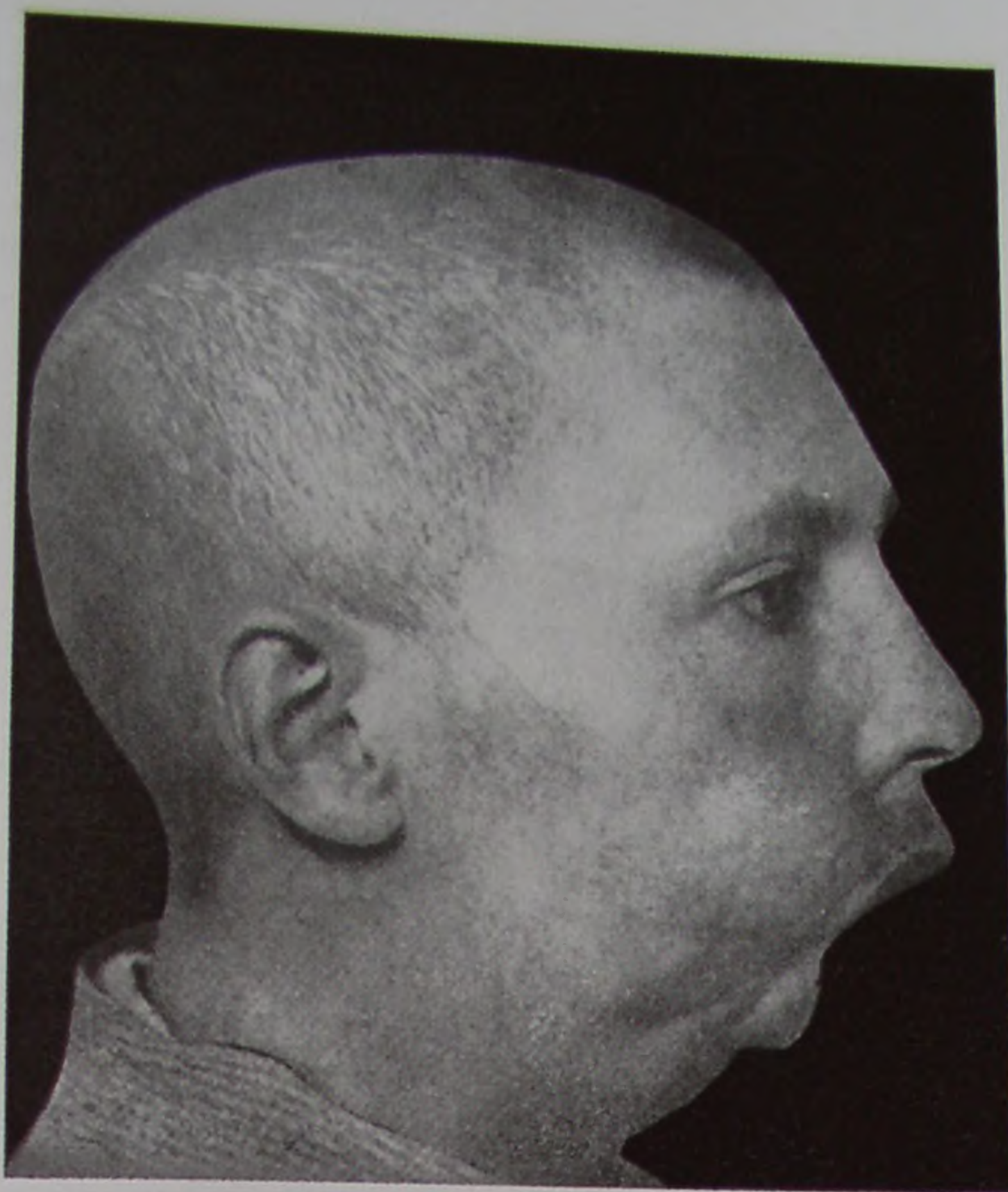
ровой войны. 1. Тяжелые рубцовые изменения кожи подб
Кожа глубоко втянута и спаяна с культями челюсти. Резк
стройства жевания и речи. — 2. Больной после операц
ключавшейся в иссечении рубца, отсепаровке и обработке
нижней челюсти и пересадке трансплантата, взятого из
подвздошной кости.



(1)



(2)



(1)



(2)

Р И С. 189.

потеря передней части нижней челюсти и части нижней губы. Инвалид первой мировой войны. 1. Культы нижней челюсти паяны с рубцовым блоком, переходящим на шею. Эти же рубцы фиксируют и язык. Слюноотделение вызывает стойкую экзему кожи шеи. Речь больного сильно нарушена. Произведено иссечение рубцов, мобилизация мягких тканей щек и шеи, освобождение из рубцов языка, смещение слизистой оболочки щеки, из

которой был создан внутренний покров нижней губы. Кожа нижней губы и подбородка замещена лоскутом с волосистой частью головы. Он опущен вниз в виде мостовидного лоскута. В дальнейшем обе ножки этого лоскута возвращают на прежнее место. — 2. Больной после пересадки трансплантата, взятого из гребня подвздошной кости, и после ряда оперативных вмешательств. Функциональные результаты оказались очень хорошими.

Р И С. 190.

Большой дефект нижней челюсти. Больная А. Г., 35 лет, история болезни № 10 068. Во время пражского восстания 1945 года была ранена осколком гранаты. 1. В результате ранения больная потеряла мягкие ткани подбородка, часть нижней губы, шеи и переднего отдела левой горизонтальной ветви нижней челюсти. —



(1)



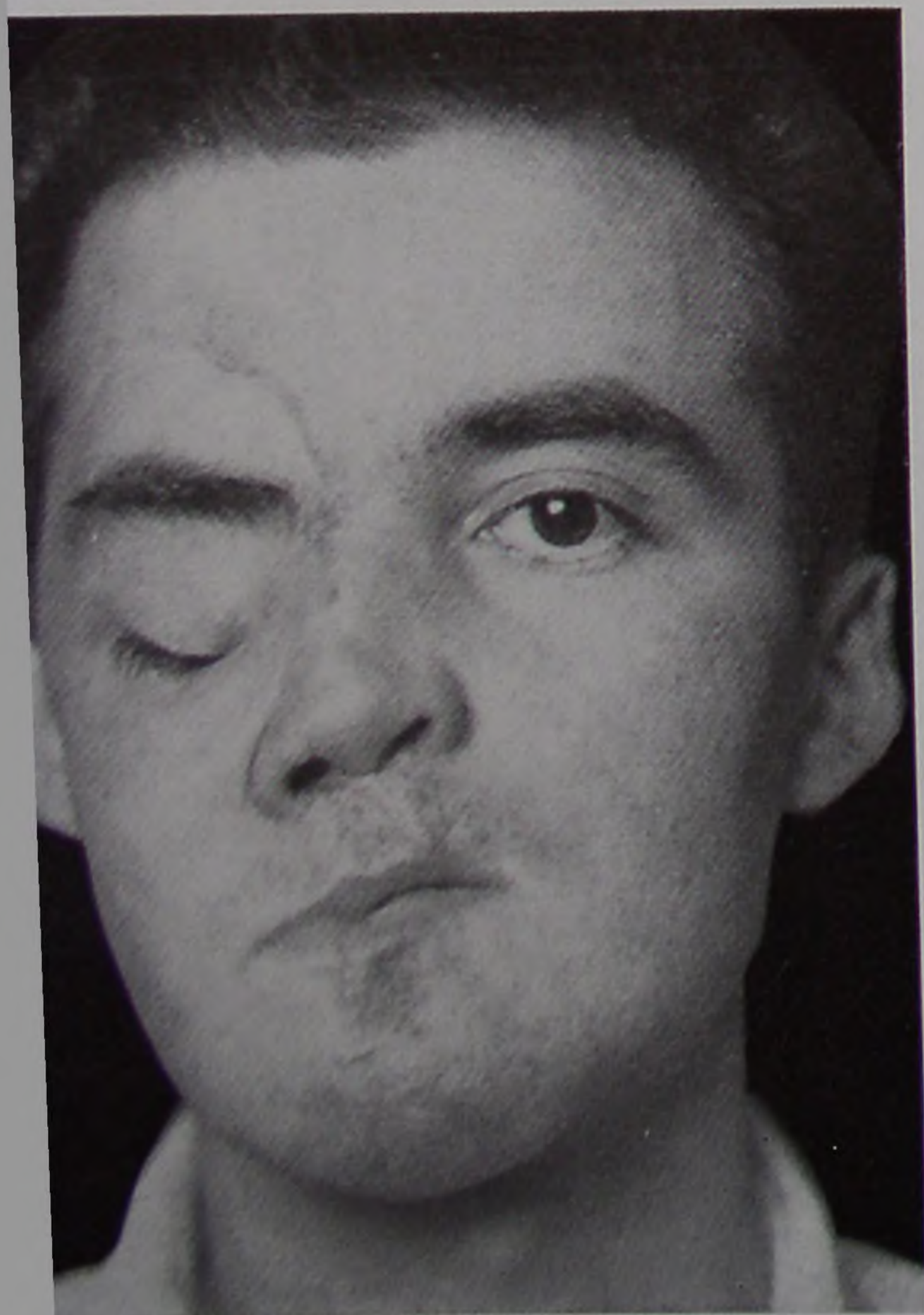
(2)

И С. 191.

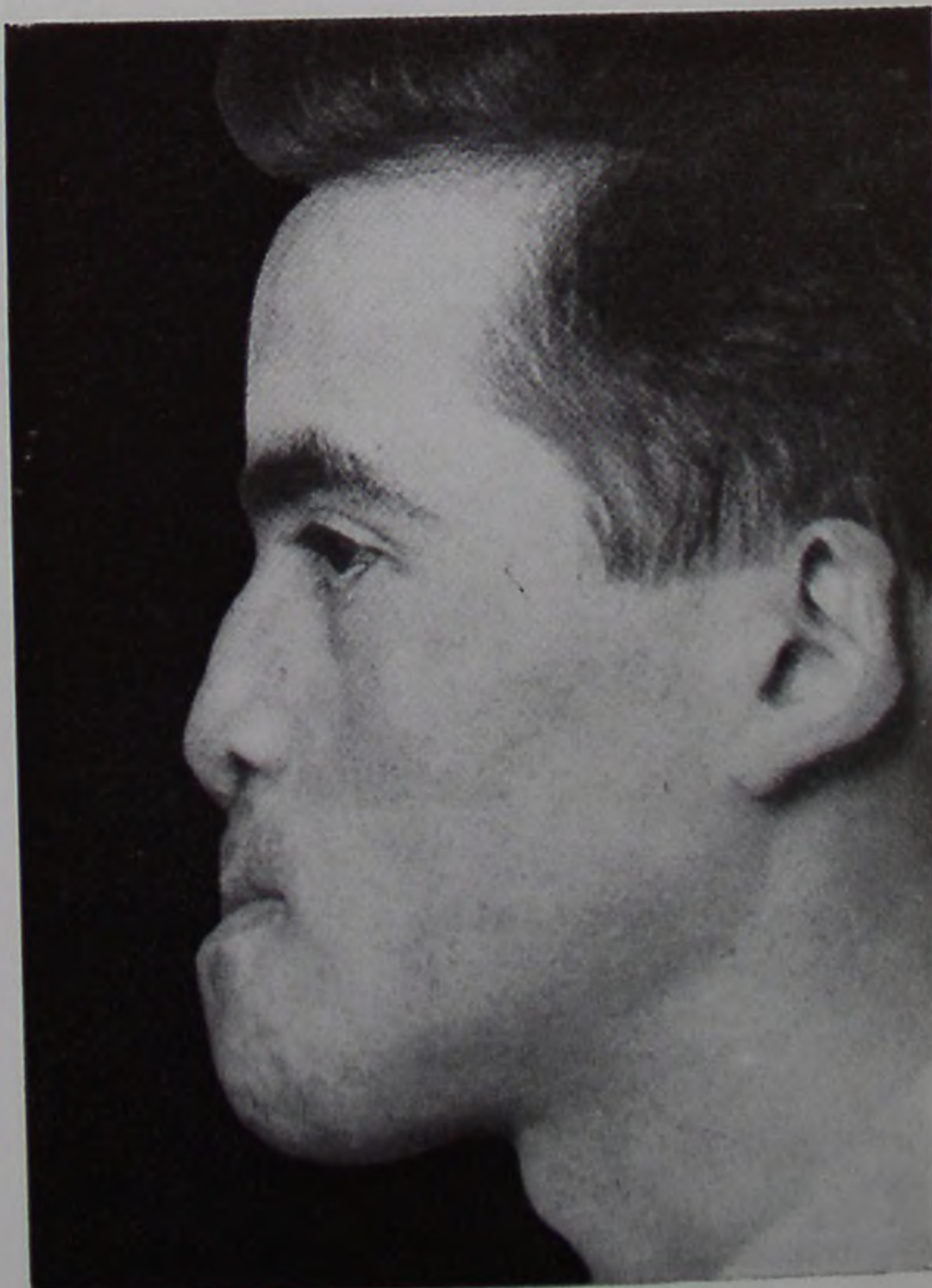
Желая деформация лица, после вертикального перелома черепа скелета лица. Больной Л., 19 лет, история болезни № 258. Правая половина черепа сильно смещена книзу. Линия перелома пересекает лобную, теменную и затылочную области, сред-

2. Мягкие ткани восполняет круглый трубчатый лоскут брюшной стенки. Челюсть восстановлена путем пересадки костного трансплантата, взятого из подвздошной кости. С левой стороны часть трансплантата рассосалась, в результате чего образовался ложный сустав.

нюю область лица, верхнюю челюсть и подбородок. — Смещение отломков наступило со значительным смещением: половина нижней челюсти выступает по средней линии. Для того, чтобы придать нижней челюсти правильное положение, потребовалось произвести целый ряд операций. Через несколько разрезов кожи выделены отломки кости, после чего с помощью эластических растяжений и гипсовых повязок этим отломкам удалось придать почти правильное положение. — 3. Наиб

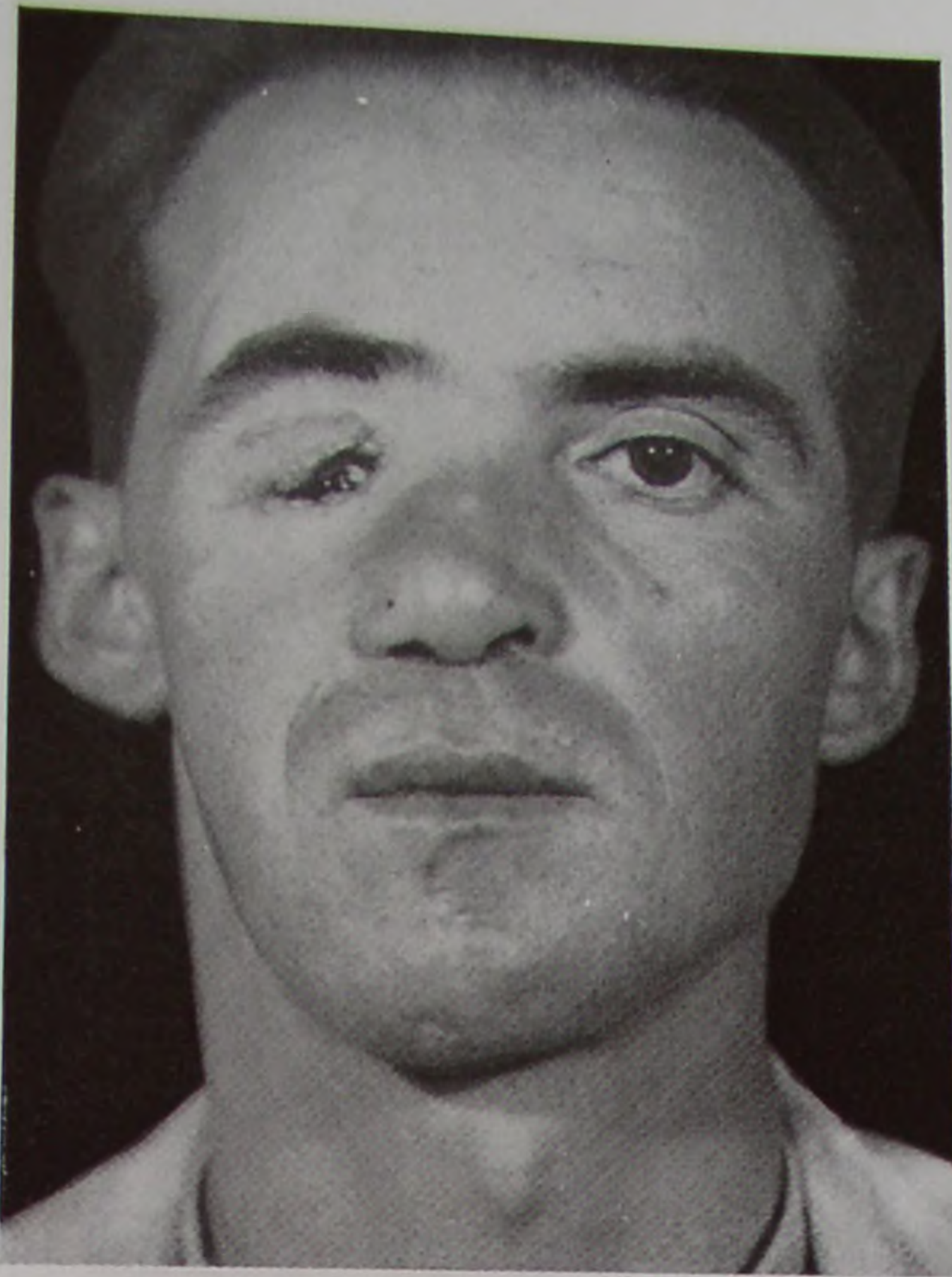


(1)



(2)

фектом продолжает оста-
 вление верхнего века
 глаза, обусловленное раз-
 м надглазничной дуги
 стенки глазницы. — 4.
 лица при боковом
 имеют удовлетвори-
 вид. Больному было
 о произвести коррек-
 мации, но он не явился
 ию.



(3)

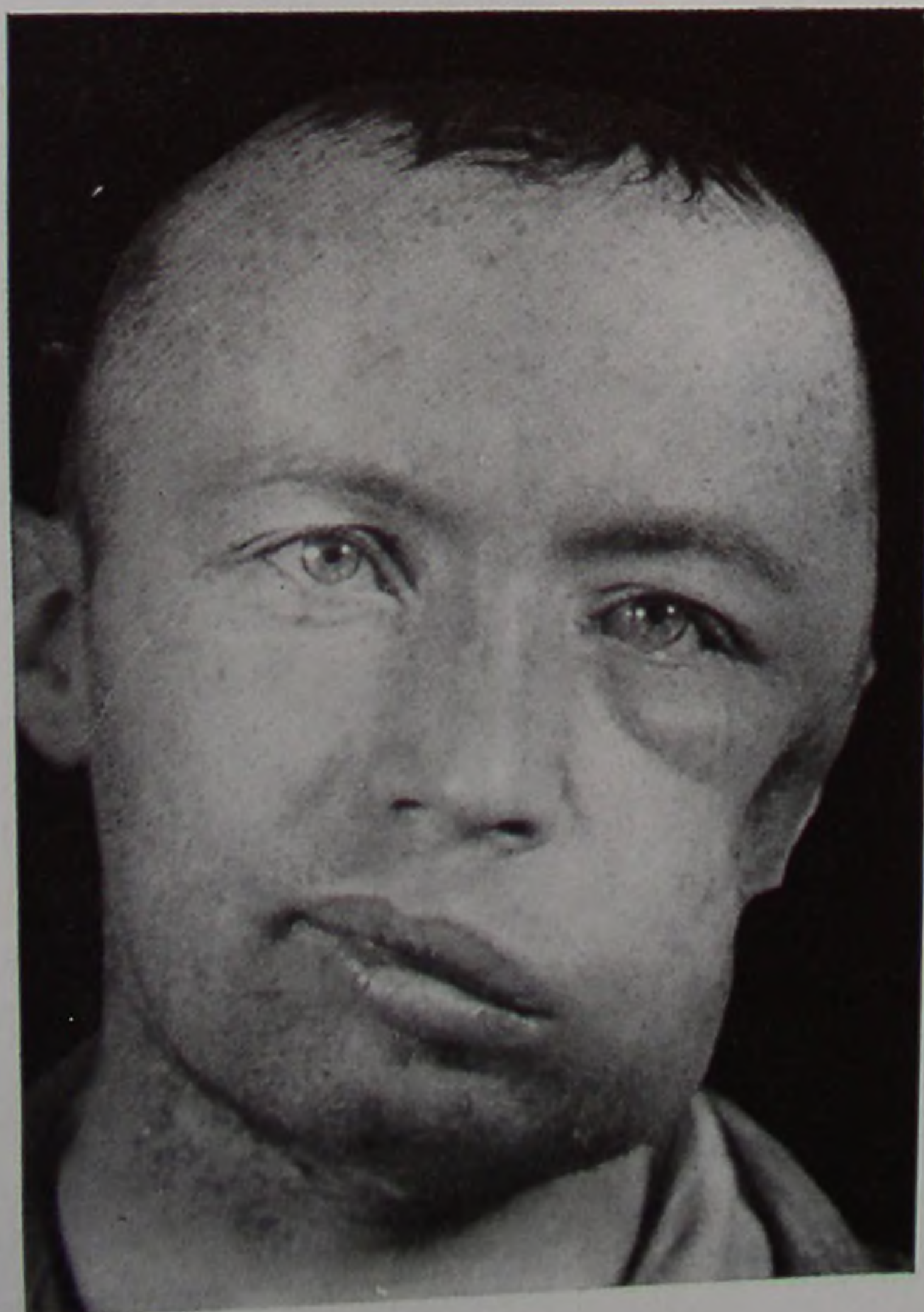


(4)

192.

ий некроз в области угла нижней челюсти после остео-
 и облучения, произведенного по поводу этого заболе-

вания. Сквозной дефект щеки с полным параличом лицевого
 нерва. Больной Б. Б., 27 лет, история болезни № 2784. 1, 2.
 Свищ, ведущий к остеомиелитическому очагу нижней челюсти.
 Большой сквозной дефект, открывающийся в ротовую полость,
 и окруженный многочисленными поперечно расположенными руб-
 цами. Рубцы появились в результате попыток закрыть дефект



(1)



(2)



(3)



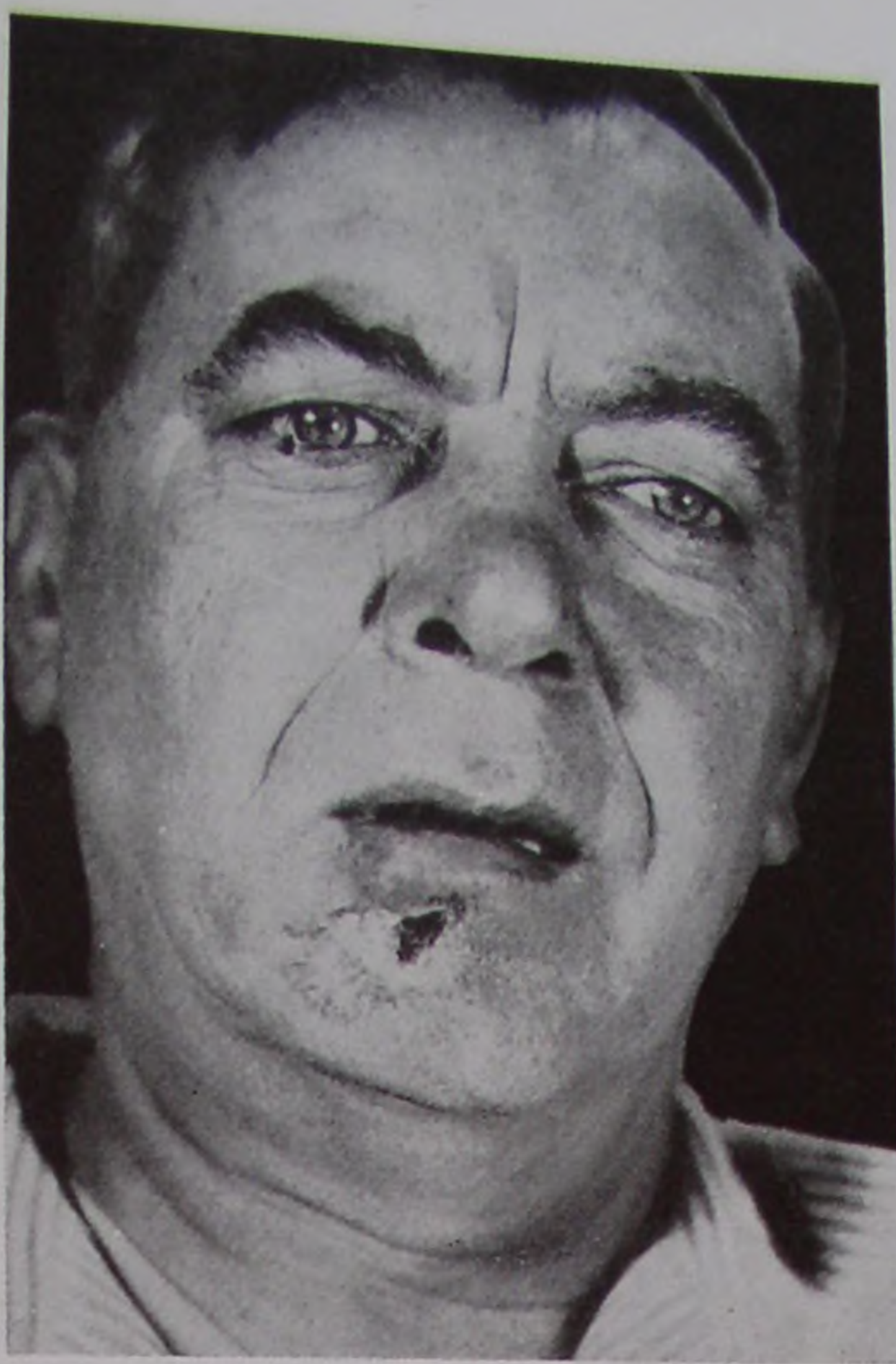
(4)

путем простого сближения его краев. — 3. Операция по поводу остеомиелита с удалением секвестра. После заживления произведена пластика щеки; производят циркулярный разрез кожи вокруг дефекта, края которого выворачиваются внутрь. Удалось произвести полное сшивание вывернутых внутрь краев дефекта. Наружный покров образован спереди путем смещения кожи щеки и подбородка, а сзади путем перемещения кожи шеи. Сзади внизу произведено перемещение встречных треугольных лоскутов. В оба века левого глаза введены ленты апоневроза, прикреплен-

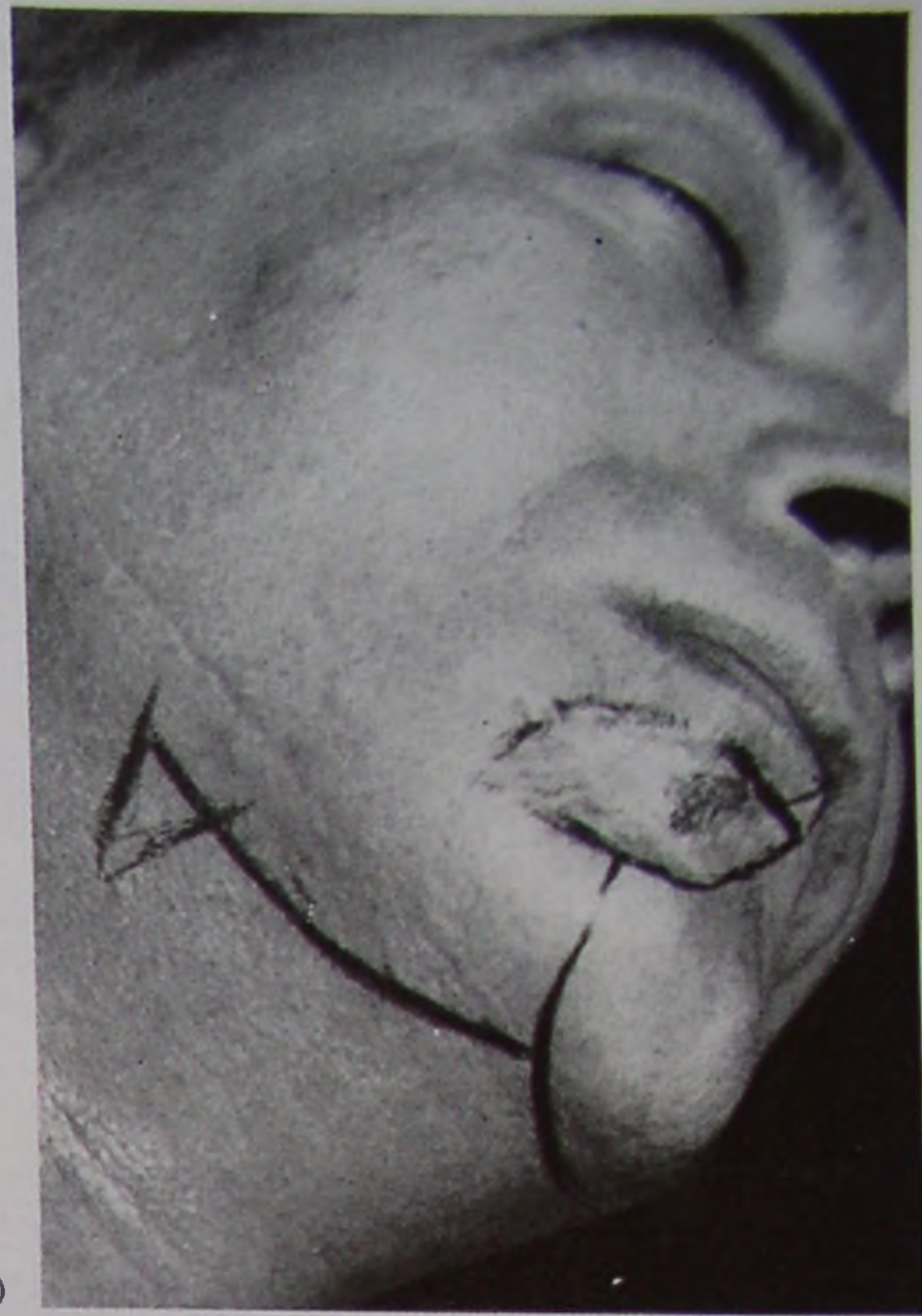
ные к височной мышце. Таким же образом фиксирована половина ротовой щели. Рубец по ходу носогубной линии ликвидирован в результате этой операции. Возникшее углубление в области носогубной ямки было ликвидировано путем пересадки кожно-жирового лоскута. В дальнейшем был произведен еще целый ряд пластических операций. — 4. Больной может закрыть рот. Можно уловить признаки мимики в околоротовой области. Рубец сделан через три года после удаления секвестра.

И С. 193.

(1)



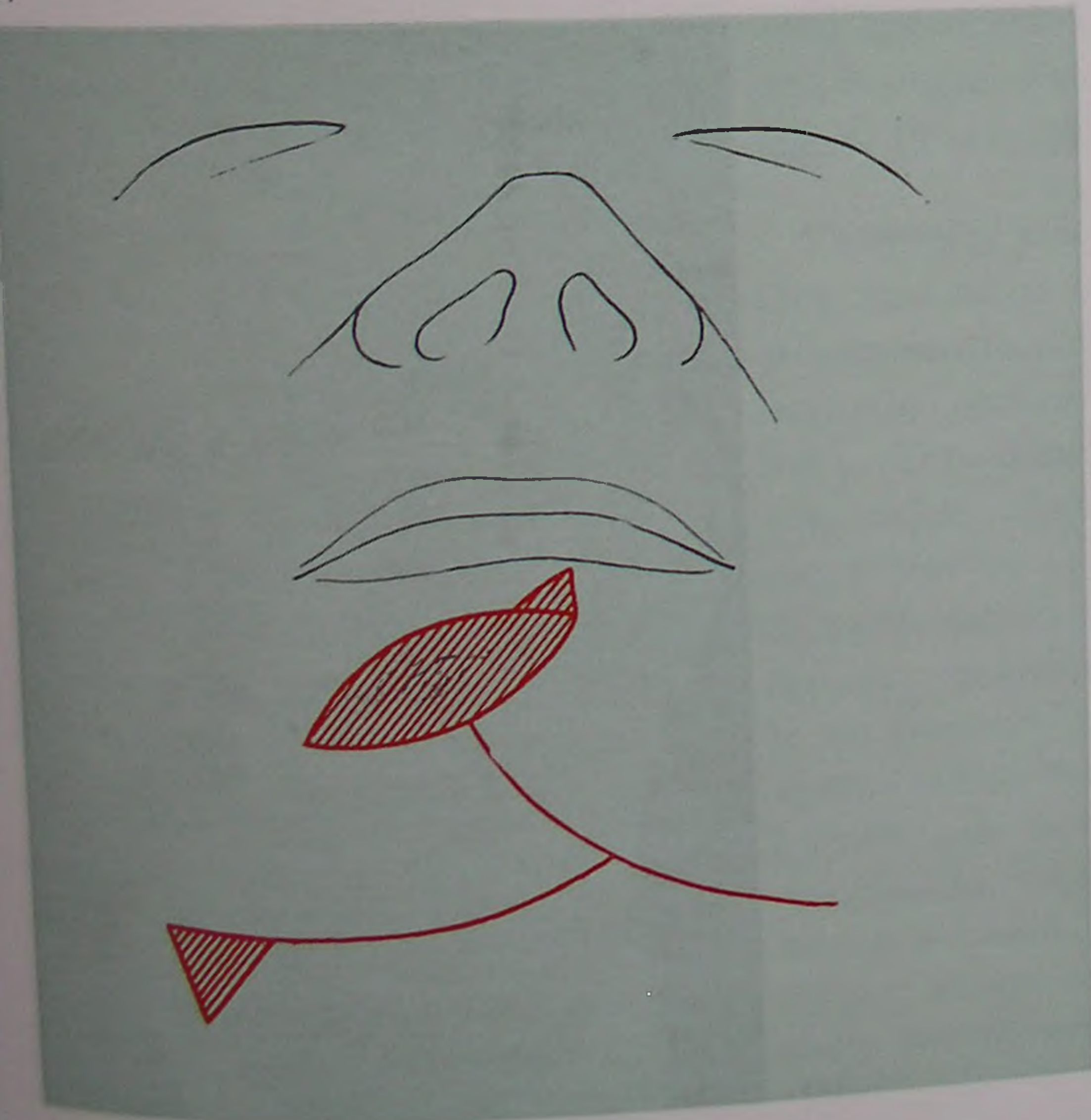
(2)



Мультифокальный рак. Больной И. Ж., 55 лет, история болезни № 35554. 1. Раковый процесс персистирует 10 лет. Больной дважды был оперирован. В последнее время наступило ухудшение.

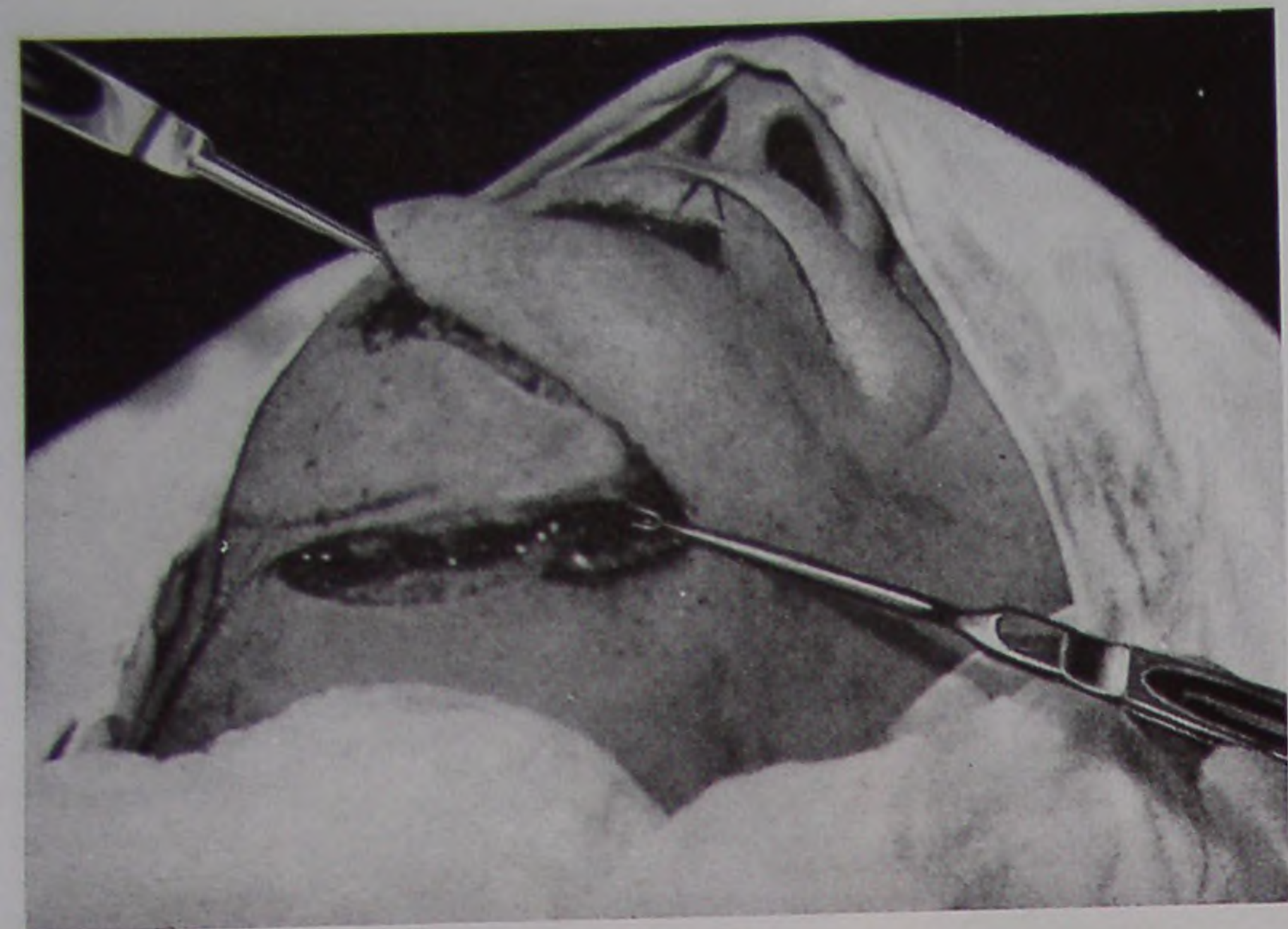
Выявить увеличенные лимфатические узлы не удалось. — 2, 3. Фотография и схематическое изображение операции. — 4. Отслойка кожных лоскутов. Экстирпация подчелюстных лимфатических узлов

3)

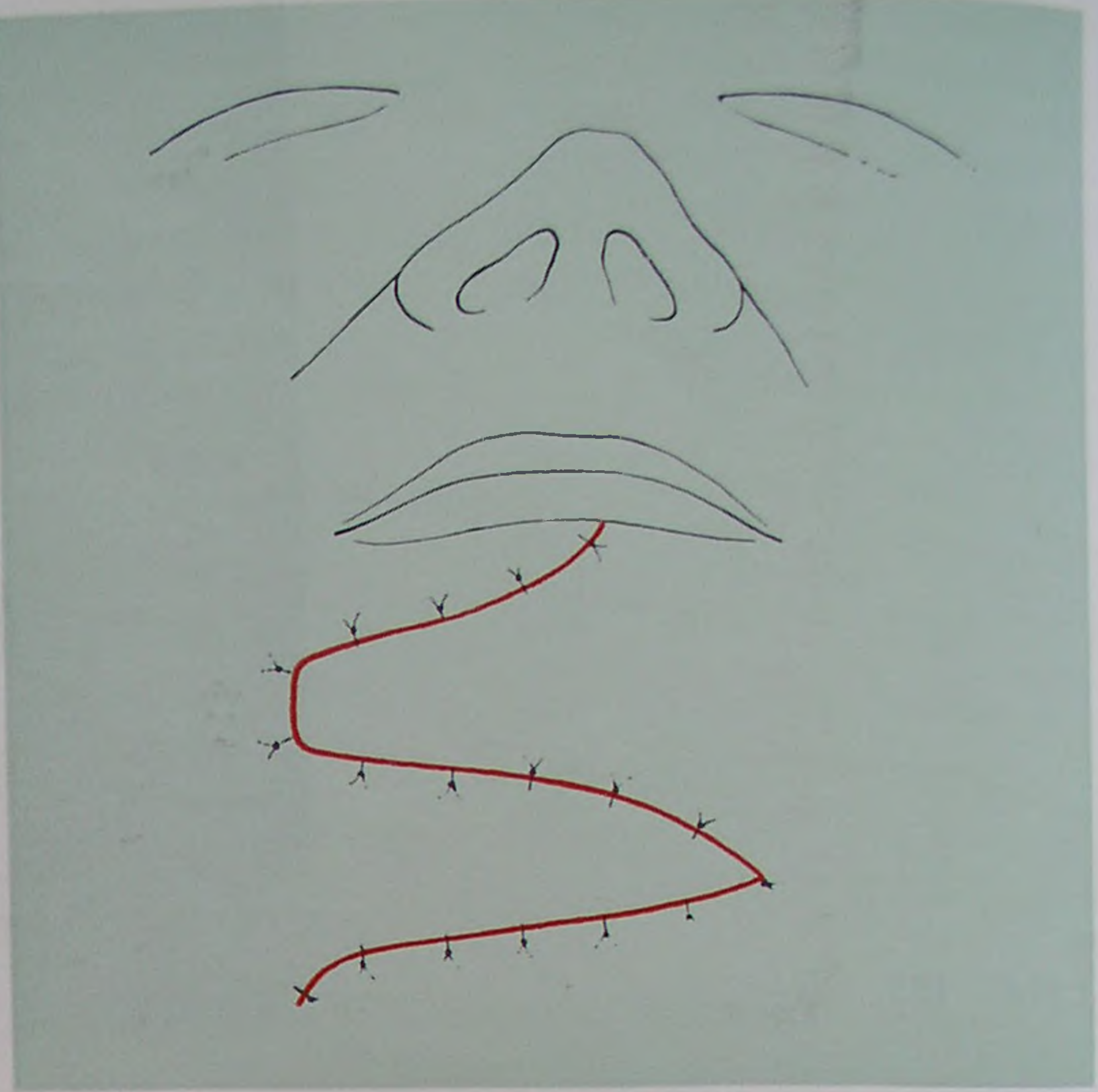


(4)





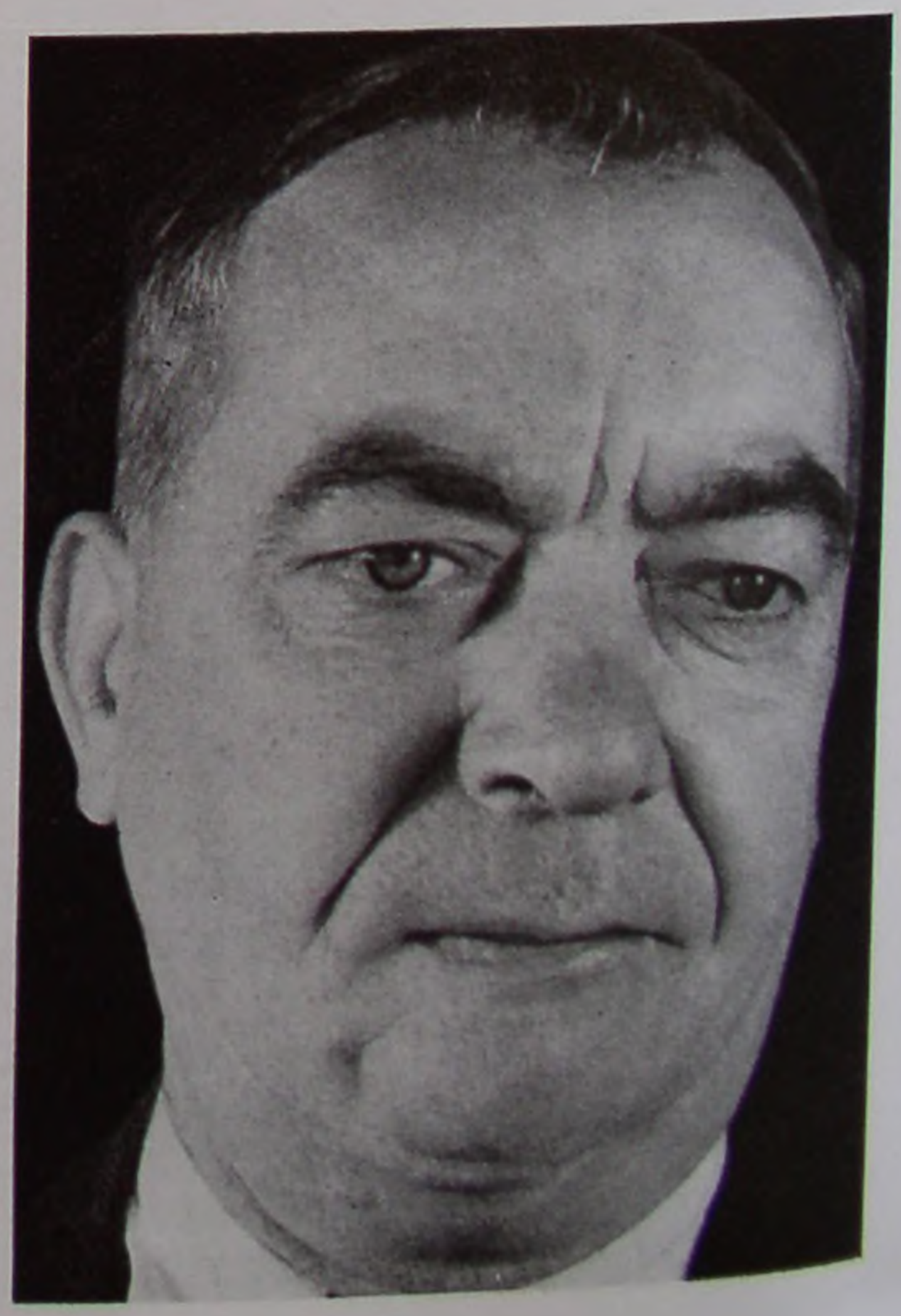
(5)



(7)



(6)



(8)

для гистологического исследования. — 5. Пересадка лоскутов. — 6. Ушивание лоскутов. — 7. Схематическое изображение ситуации после окончания операции. Гистологическое исследование выявило спиноцеллюлярные очаги в рубцовой ткани; в лимфатических узлах патологических изменений не обнаружено. — 8. Больной через год после излечения.

ГЛАЗ И ЕГО ПРИДАТКИ

Глазная щель, расположенная между краями век, слегка дугообразно изогнута выпуклостью книзу. Она расположена в горизонтальном или косом направлении, проходя от внутреннего угла глаза латерально книзу или вверх. Косое положение глазных щелей является характерным признаком некоторых народов. Глазная щель может быть длинной или короткой, узкой или широкой. Наружный угол глаза в норме острый. На переднем, тупом ребре края века растут ресницы. Заднее ребро бывает острым. Внутренний угол глаза закруглен, в нем имеется возвышение — слезное мяско (*sacuncula lacrimalis*). На верхнем веке видна характерная борозда, идущая вдоль верхнего края хряща века — *sulcus palpebrae superioris*, над которой слегка приподнимается складка кожи (рис. 194). У представителей некоторых восточных народов эта борозда отсутствует. На нижнем веке вдоль края глазницы имеется менее отчетливо выступающая борозда (*sulcus palpebrae inferioris*). Складка над краем верхнего века с возрастом увеличивается, в старости часто вяло свисает ниже края века. При врожденных формах этой аномалии (*blepharochalasis*) отвисание может достигать резко выраженной степени. Указанная аномалия часто осложняется выпадением глазничного жира. (Р и с. 242.)

Глазницы могут быть круглыми или овальными, широкими или узкими. Обе глазницы могут находиться друг от друга на нормальном расстоянии. В некоторых случаях они узко или широко расставлены. Содержимое глазницы и распределение орбитального жира схематически представлено на рис. 237. Ширина бровей неодинакова; они отличаются различной густотой волос. Нормальное расстояние между внутренними концами бровей соответствует расстоянию между внутренними углами глаза, которое, в свою очередь, равно длине одной глазной щели. У некоторых лиц это расстояние бывает чрезвычайно малым, а иногда внутренние края бровей сходятся и спускаются к краю носа. При гипертелоризме это расстояние бывает чрезвычайно большим. Большой промежуток между внутренними концами бровей еще больше подчеркивает гипертелоризм. Вебстер (J. P. Webster) предложил очень остроумную операцию, эффективность которой основана на оптической иллюзии. Приближение внутренних концов бровей способствует кажущемуся уменьшению расстояния между глазами. Мы очень часто пользуемся этой операцией.

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ГЛАЗНИЦЕ И ПРИДАТКАХ ГЛАЗА

Перед операцией на обоих веках больному моют лицо мылом и горячей водой. В операционной производят обмывание век борной водой, а брови смазывают йодной настойкой. В глаза закапывают 1% раствор пантокаина, по 3 капли в каждый глаз с интервалом в несколько минут между отдельными инстиляциями. Анестезию производят 0,5% раствором новокаина с адреналином. Операцию производят с помощью обычных в пластической хирургии тонких инструментов, кроме того применяются еще некоторые глазные расширители и лопатки, защищающие глазное яблоко. Лучшей защитой глаз является применение контактных протезов из пластмассы. Швы накладывают тонкими цветными нейлоновыми нитями, по возможности атравматическими иглами.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ ВЕК И ГЛАЗНИЦЫ

ПТОЗ ВЕК (ОРБИТО-ПАЛЬПЕБРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ)

К числу наиболее часто наблюдаемых аномалий относится врожденный птоз верхнего века. Он может быть простым, обусловленным недостаточностью мышцы, или же является результатом полного паралича и атрофии леватора века; бывает птоз односторонний и двусторонний (рис. 201, 202).

Птоз может быть компонентом орбито-пальпепального синдрома, который является комплексным пороком развития. В основе этого синдрома лежит ненормальное строение обоих век; веки при этом низкие, короткие и утолщенные. На веках отсутствуют горизонтальные борозды, кожа отличается характерным внешним видом, напоминающим лимфоматозную инфильтрацию, на нижнем веке наблюдается выворот (рис. 205—207).

Птоз верхнего века, обусловленный главным образом гипоплазией или растяжением леватора, усиливается тягой, обусловленной главным образом недостаточностью нижнего века.

В зависимости от степени этой недостаточности птоз принимает то легкую, то тяжелую форму. Сужение глазной щели иногда весьма значительно (блефарофимоз), внутренний угол глаза в большинстве случаев закрывает резко выраженный эпикантус.

Если какая-либо из функций леватора сохранена, то лучшим оперативным методом является укорочение леватора, доступ к которому осуществляется через конъюнктиву или через наружную кожу (рис. 204).

Если функция леватора утрачена, используют лобную мышцу. Можно применить или кожно-мышечный лоскут, или ленту бедренного апоневроза (рис. 201). Испытание функции леватора производят, прижимая кожу брови пальцем к кости. Этот прием позволяет исключить приподнимание века за счет лобной мышцы. Больному предлагают взглянуть вверх и при

помощи сантиметра, расположенного перпендикулярно веку, измеряют степень его приподнимания. На основании полученных данных решается вопрос об объеме резекции мышцы. Если функция мышцы незначительна (приподнимание не превышает 2 мм), то нет смысла производить и операцию. В таком случае производят подвешивание века при помощи ленты апоневроза, или используют кожно-мышечный метод Ризе-Буриана (р и с. 205, 207).

Нерезко выраженные эпикантусы часто наблюдают у нормальных грудных детей и детей младшего возраста. Они обычно исчезают в течение 1—3 лет. У некоторых восточных народов эпикантус является характерным признаком, у европейцев эта аномалия встречается очень редко. С эпикантусами приходится сталкиваться и при гипертелоризме, при гипоплазии скелета носа и при врожденных уродствах типа средней расщелины. Эпикантусы возникают и при гипоплазии скелета. При этом, в связи с низким расположением корня носа, кожа натягивается в латеральном направлении через выступающие гиперпластические височные отростки скуловой кости.

При наличии простых эпикантусов мы производим операцию у детей старшего возраста и взрослых в том случае если эта аномалия сильно бросается в глаза (р и с. 197). При эпикантусах, сочетающихся с другими пороками развития, операцию производят в различные сроки одновременно с другими необходимыми восстановительными операциями.

ВРОЖДЕННАЯ АПЛАЗИЯ ГЛАЗА И ГЛАЗНИЦЫ

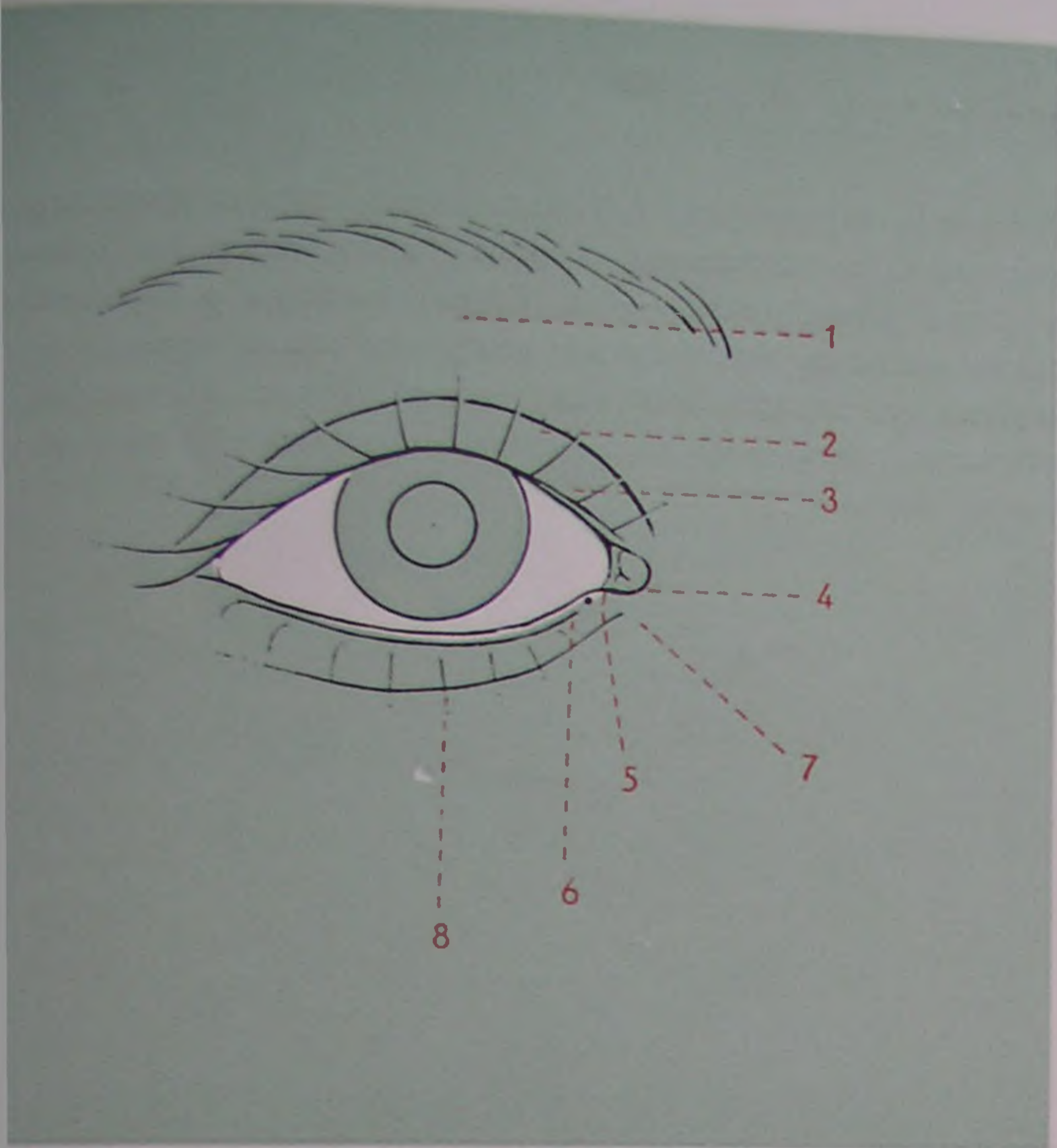
Редко наблюдаемые случаи врожденного дефекта глаза или гипоплазии глазного яблока сочетаются с гипоплазией глазницы век, причем может присутствовать рудиментарный конъюнктивальный мешок. В других случаях между гипопластическими веками остается всего лишь щель, выстланная конъюнктивой, или же края их срастаются и содержат только рудименты хряща века и ресниц. В некоторых случаях вообще наблюдается лишь блюдцеобразное углубление без какого-либо очертания век. Методы операции при этих аномалиях бывают весьма сложны, а отдельные результаты мало утешительны (р и с. 209, 210).

КОЛОБОМЫ ВЕКА

Врожденные колобомы (одно- и двусторонние) встречаются или самостоятельно на верхних веках, или сочетаются с косыми и аномальными расщелинами лица. Второй тип колобомы встречается главным образом на нижних веках, реже на верхних. Эти колобомы отличаются неправильной формой. Самостоятельные колобомы верхнего века локализованы на внутренней половине века, распространяясь на большую ее часть, или даже на всю половину. На внутренней половине остается лишь незначительный остаток века с отверстием слезного канальца. Дефект выглядит так, словно его выкроили из века; он доходит до верхней горизонтальной складки, причем граница его или дугообразна, или с двумя вырезками. Сроки операции могут быть разными, в зависимости от состояния колобомы и влияния, оказываемого ею на глаз. В большинстве случаев колобома во

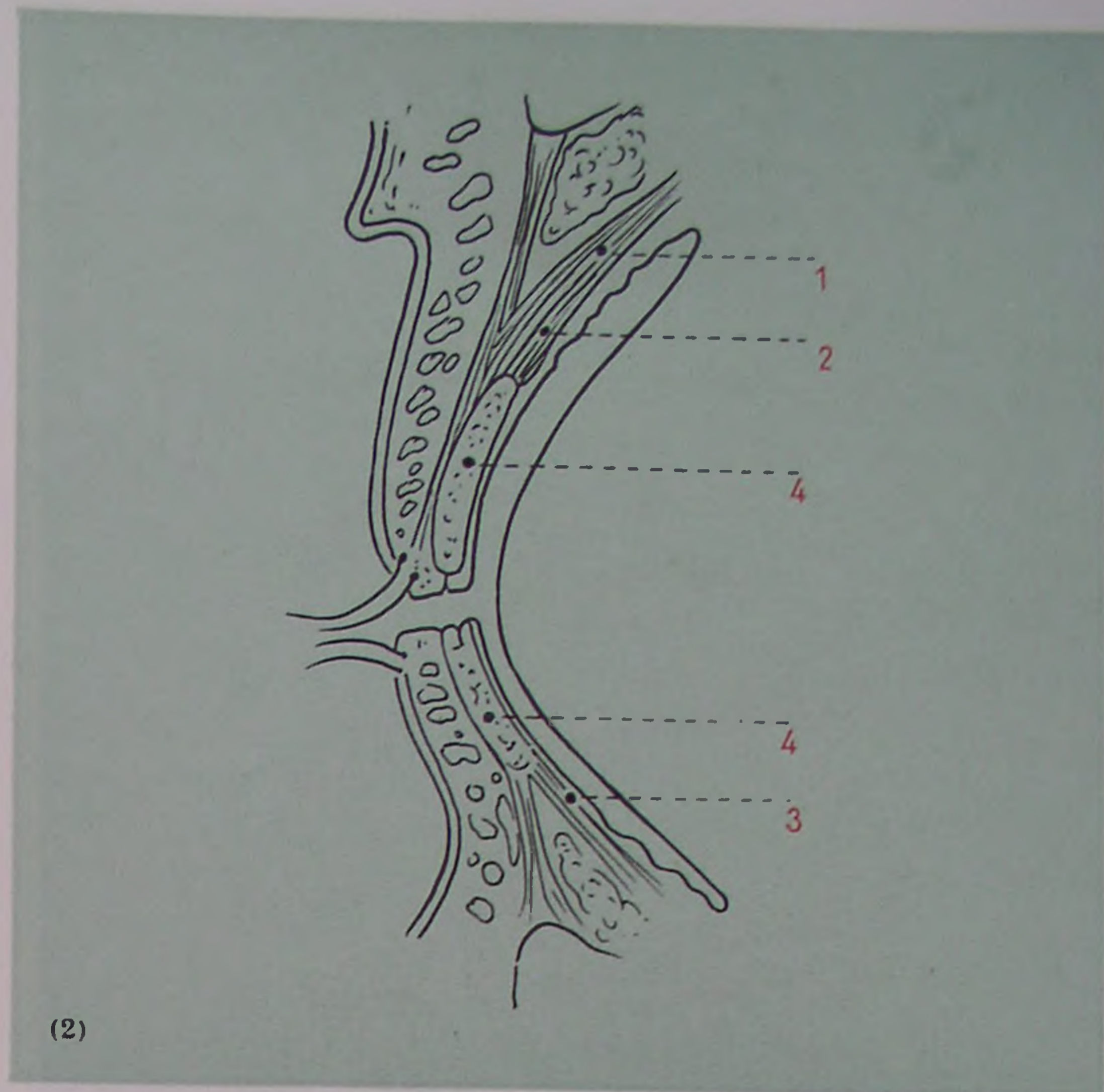
время сна не беспокоит больного, не вызывает она и раздражения конъюнктивы. Поэтому операция может быть отложена до возраста 4—5 лет, или перенесена на более поздние сроки (р и с. 211—213).

ВРОЖДЕННЫЕ ВЫВОРОТЫ ВЕК, по всей вероятности, весьма редки, за исключением выворота века при орбито-пальпебральном синдроме. Нам приходилось наблюдать один единственный случай врожденного выворота века, да и то этот случай был сомнительным, так как ребенок подвергся вскоре после рождения операции и не было возможности установить по поводу какой аномалии было произведено оперативное вмешательство (р и с. 214).



С. 194.

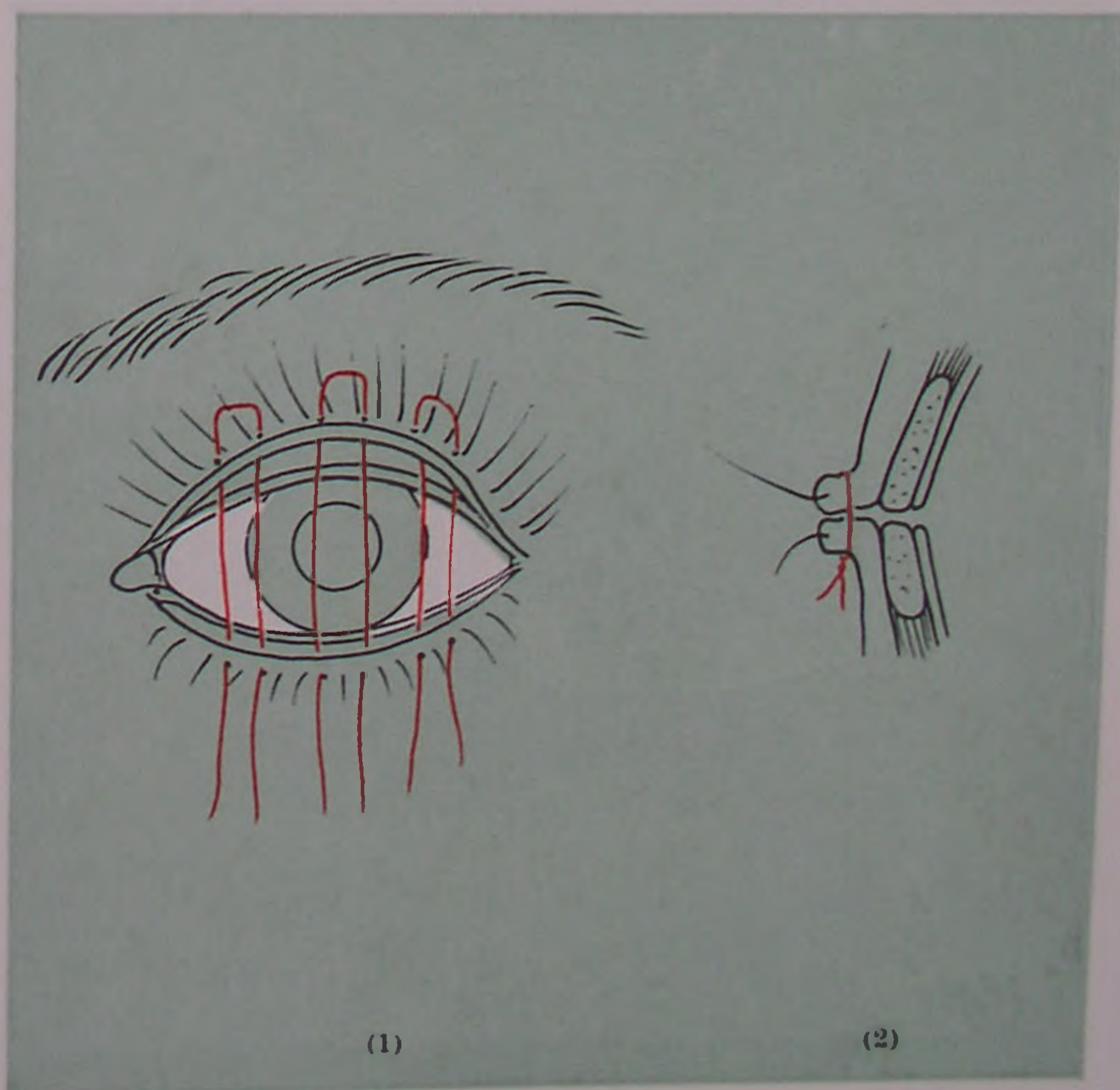
ная анатомия глаза. 1. (1) Pars orbitalis palpebrae superioris. (2) Sulcus palpebralis superior (orbitopalpebralis

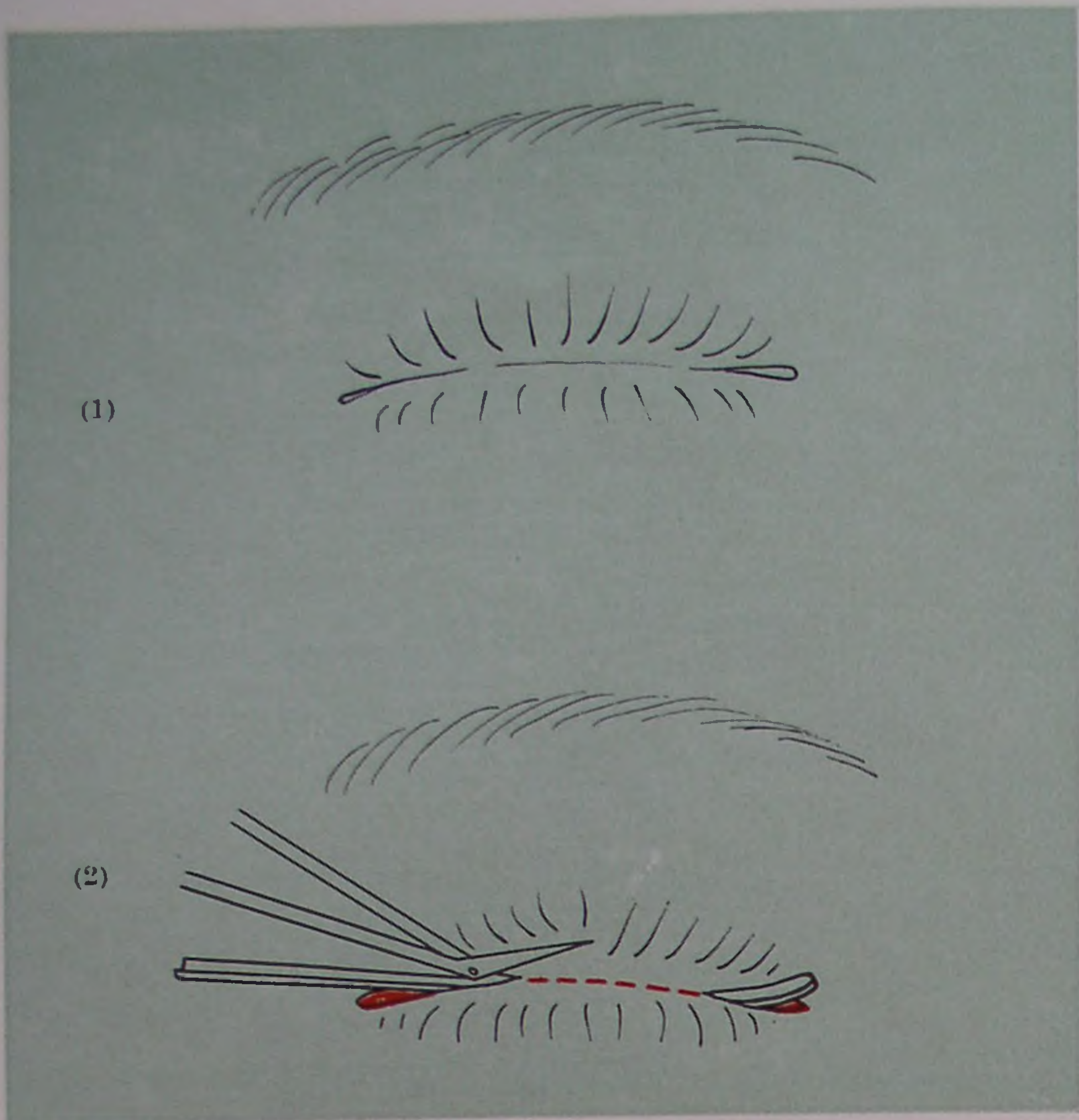


sup.). (3) Pars tarsalis palpebrae superioris. (4) Caruncula lacrimalis. (5) Plica semilunaris conjunctivae. (6) Punctum lacrimale. (7) Commissurae. (8) Sulcus palpebralis inferior. — 2. Разрез века (схема по Бласковицу). (1) m. levator palpebrae superior. (2) m. tarsalis superior. (3) m. tarsalis inferior. (4) Хрящ века.

С. 195.

рорафия (по Элшнигу). Этот метод часто применяют при ических операциях на веке; он позволяет добиться иммобилизации века и подготовить на нем прочную почву для своей пересадки кожи. Применяется блефарорафия и при других ических операциях; в большинстве случаев бывает неполной атковременной. При сшивании век на длительное время нает деформация краев век, с чем приходится сталкиваться каждой длительной тарзорафии. 1. Производят интрамаргинальный разрез и отсепааровывают кожу и хрящ века на всем ижении, за исключением небольших участков в углах глаза. Накладывают несколько матрацных швов, которые лучше завязывать, подкладывая под них резиновые полоски; швы нияют кожу верхнего и нижнего века.





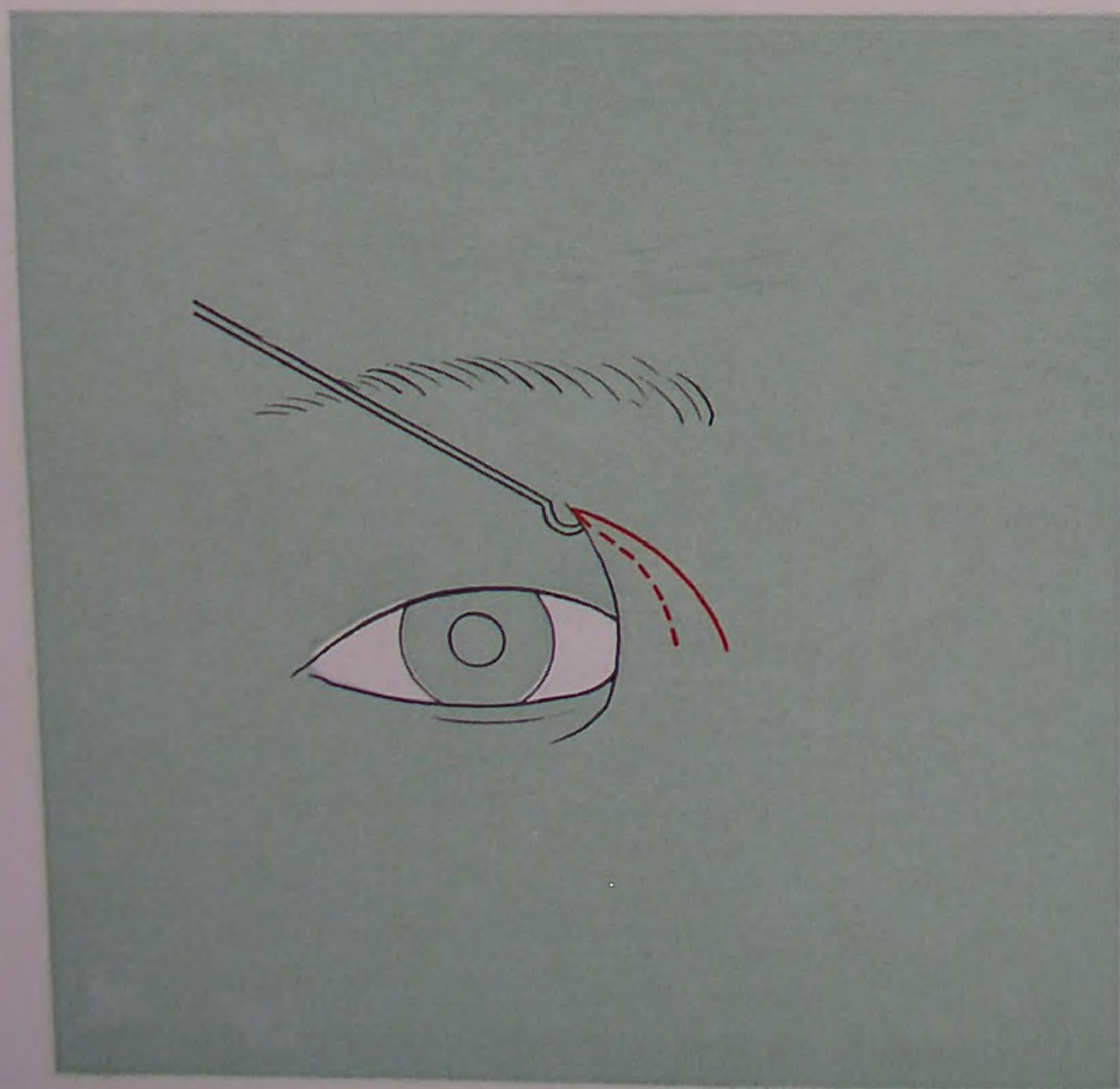
Р И С. 196.

Раскрытие тарзорафии. 1. Глазная щель закрыта сросшимися веками; незакрытыми остались лишь отверстия оста в обоих углах глаза. — 2. Через отверстие у наружно го глаза вводится желобоватый зонд; его конец выводят че верстие у внутреннего угла глаза. Введя в желобок ножницы, точно рассекают рубец, соединяющий кожу об между линиями ресниц.

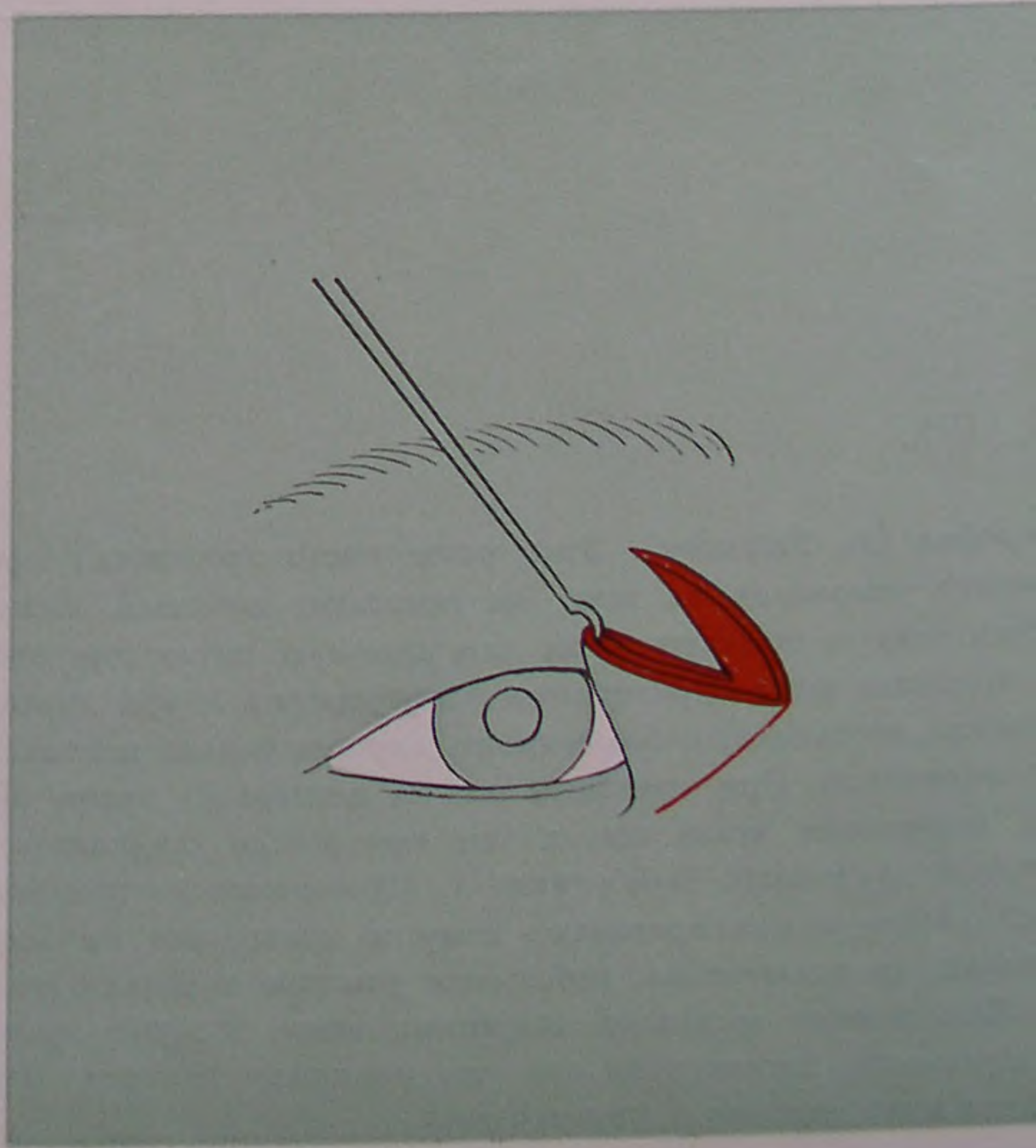
Р И С. 197.

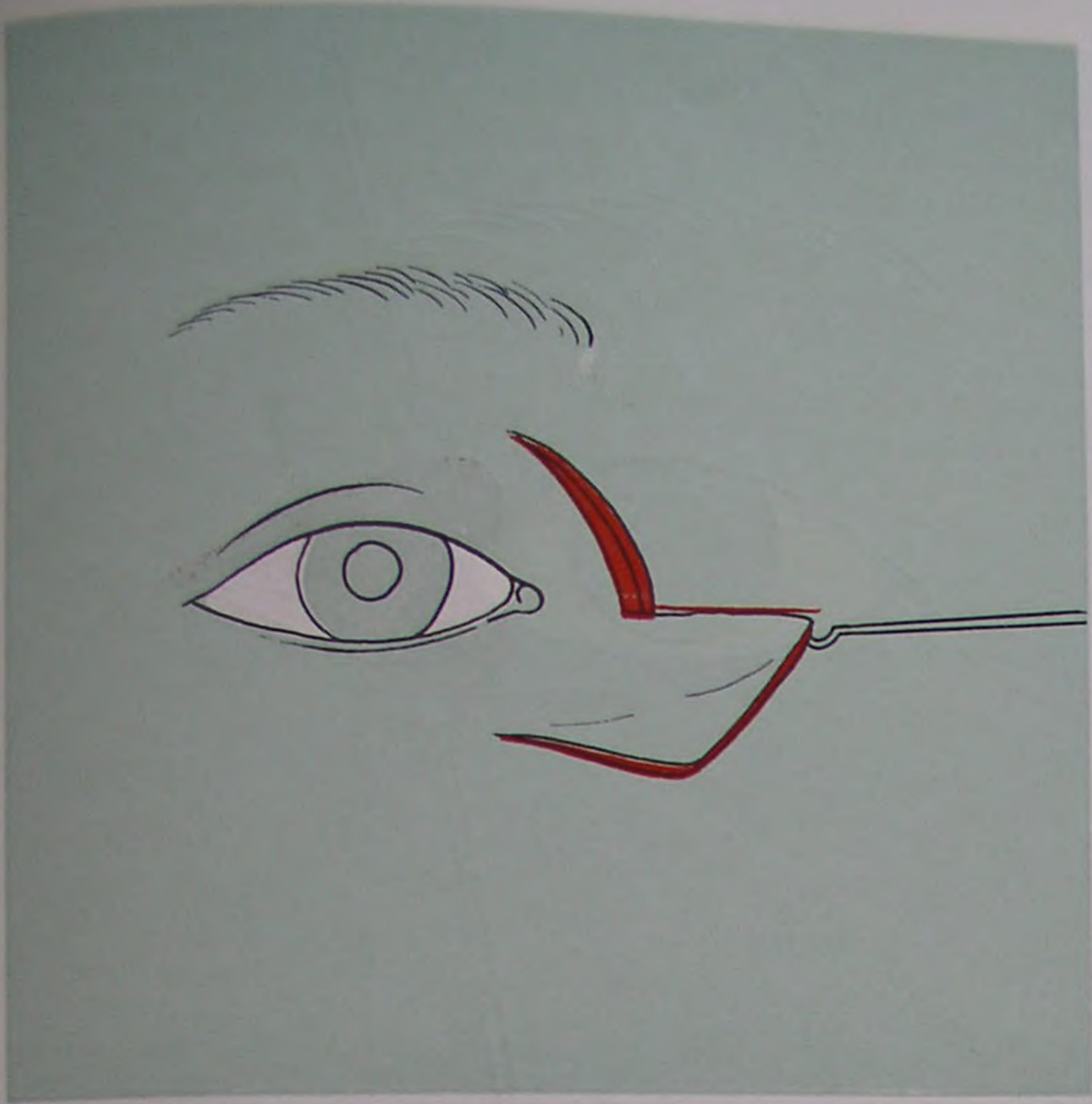
Операция по поводу резко выраженного эпикантуса. 1. Резко вы- раженный эпикантус, переходящий с верхнего века на нижнее, полностью закрывает слезное мяско. Намечены разрезы, при

помощи которых складка эпикантуса будет отделена от века. Образовался удвоенный кожный лоскут, расположен на нижнем веке; стал обозримым внутренний угол глаза и мяско. — 2. Передний лист возникшей дубликатуры с у своего основания слегка дугообразным разрезом. — 3. распластывания возникает большой лоскут, который укл



(1) (2)



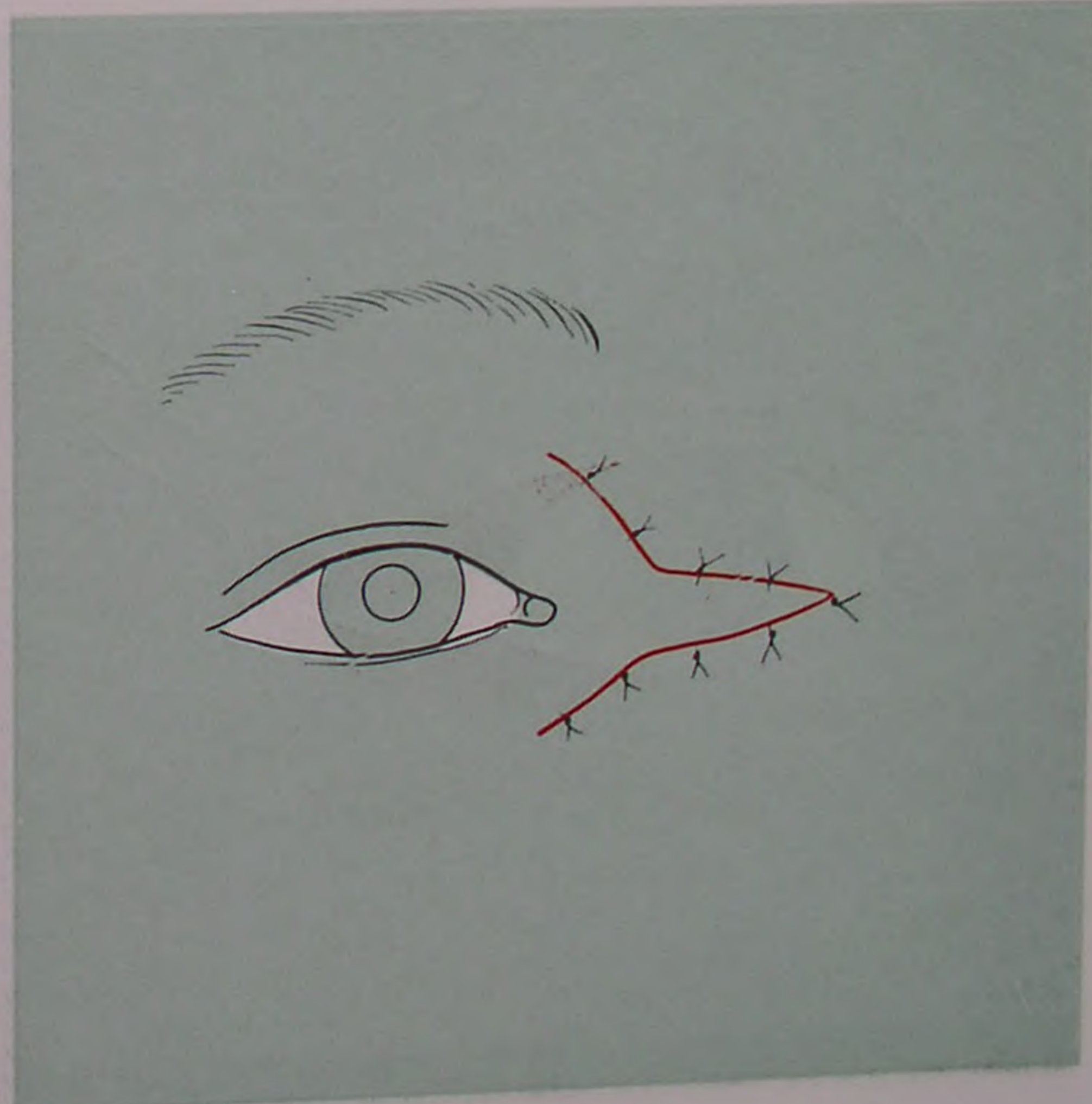


(3)

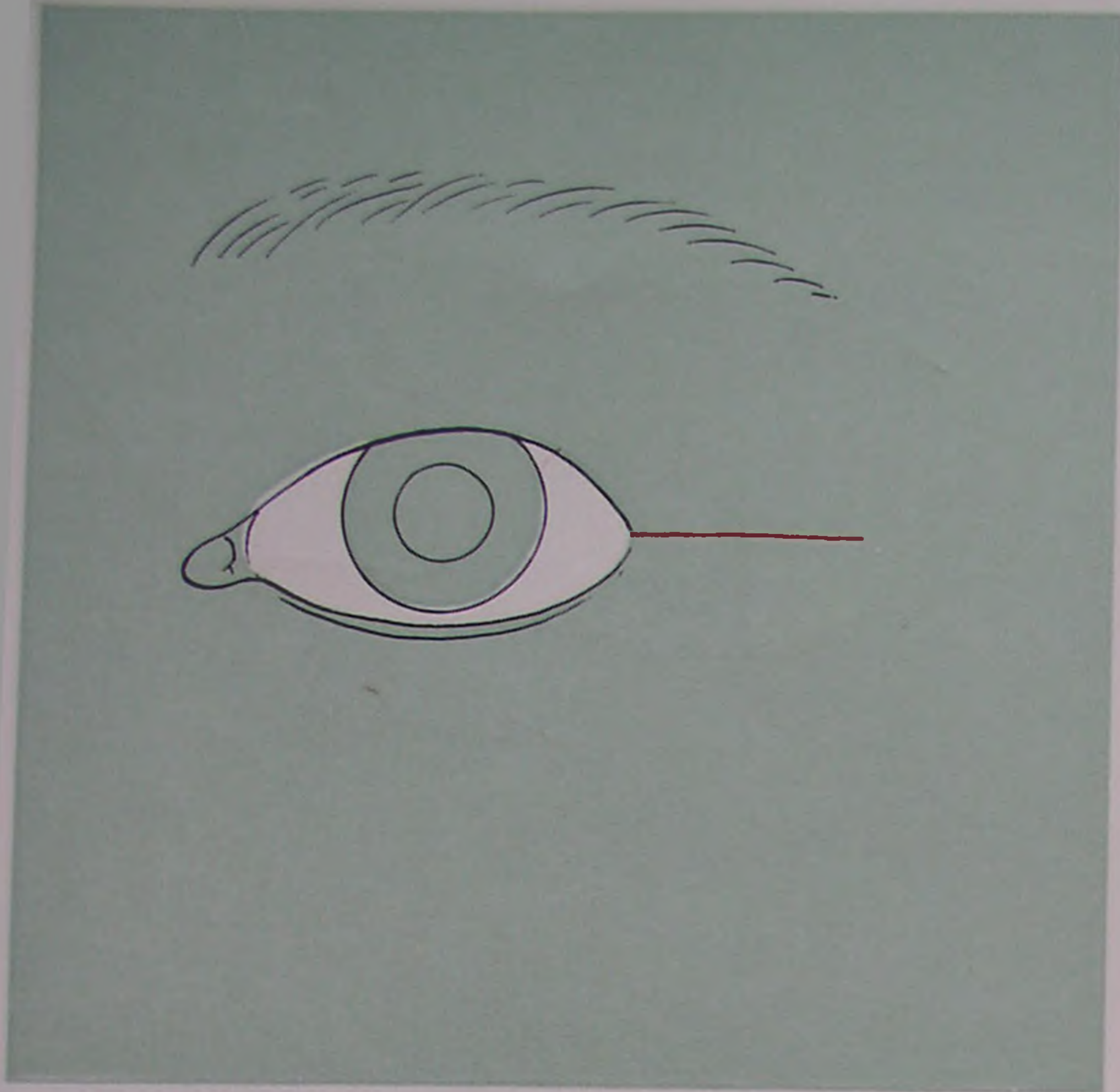


(4)

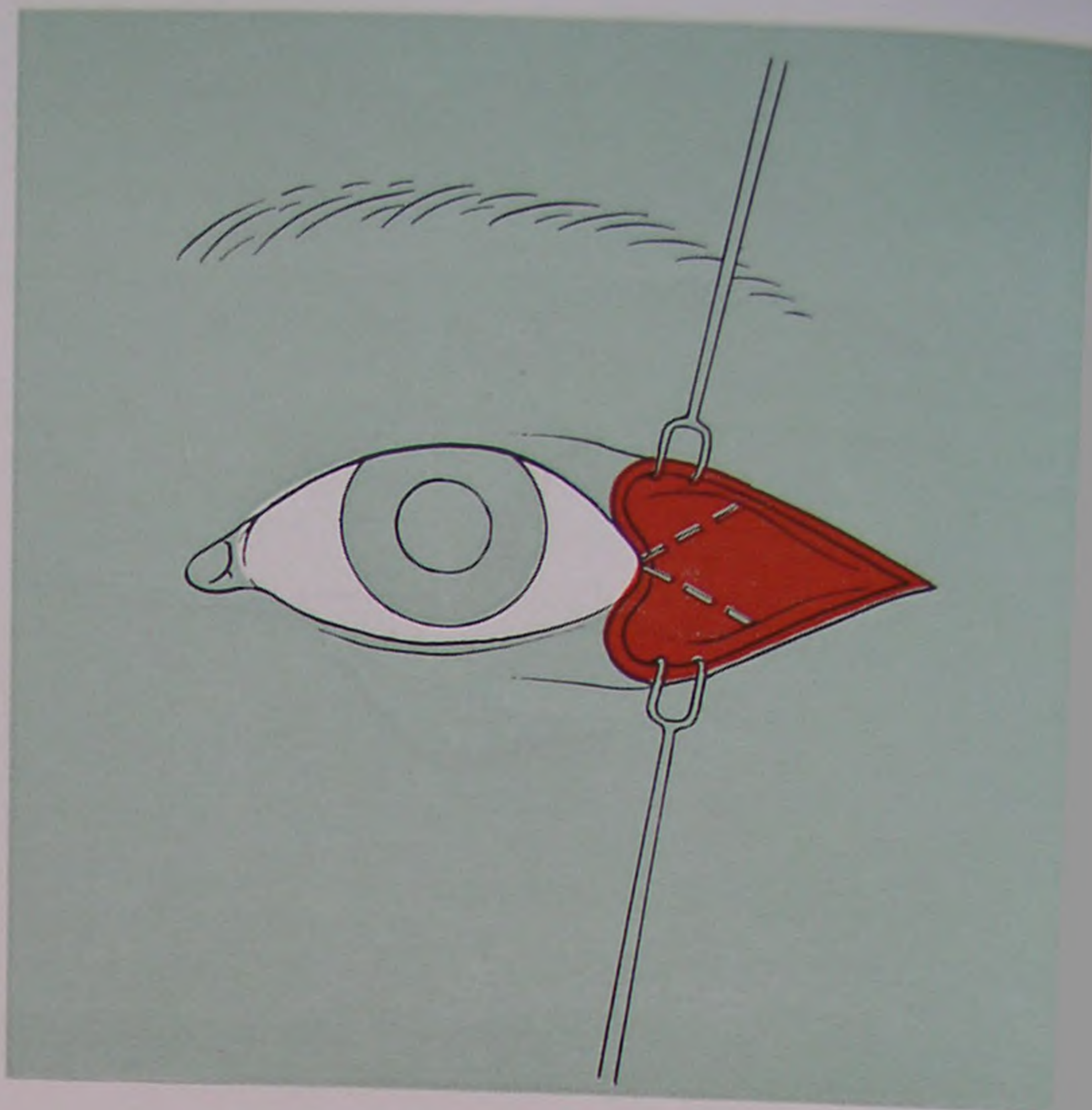
на боковую поверхность носа. — 4. Кожу на боковой поверхности носа рассекают в направлении глазной щели на таком расстоянии, чтобы в разрез можно было переместить кожу эпикантуса. Края этого разреза расходятся. — 5. В зависимости от величины возникшего расхождения кожи на боку носа, формируется и лоскут из кожи эпикантуса. Следует так подогнать его форму, чтобы лоскут и дефект соответствовали друг другу. После окончания этого этапа операции на рану накладывают узловатые швы. Первые два шва, накладываемые с обеих сторон треугольного лоскута, захватывают и глубоко расположенные ткани, чтобы плотный подкожный рубец препятствовал ретракции.



(5)

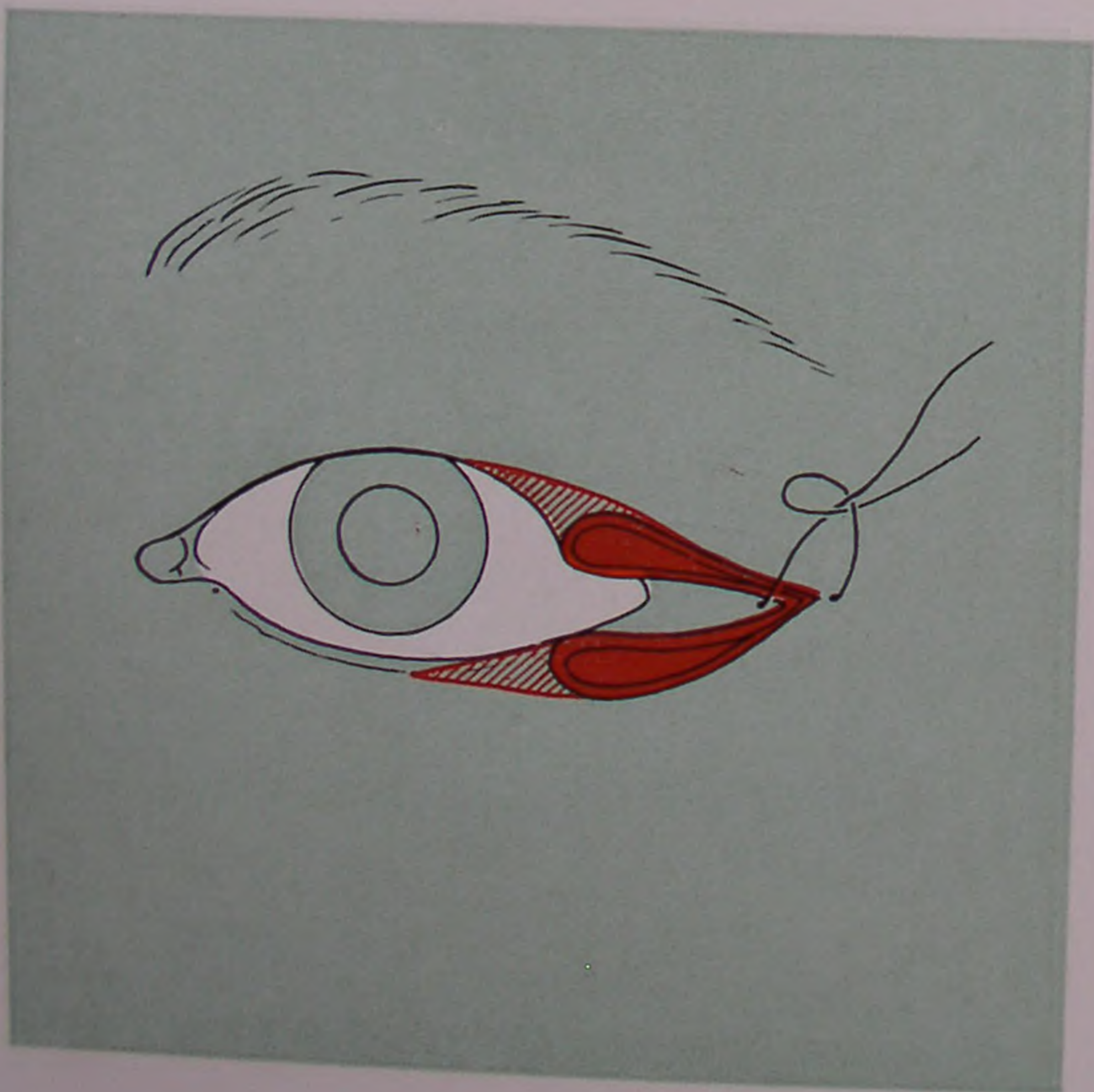


(1)



(2)

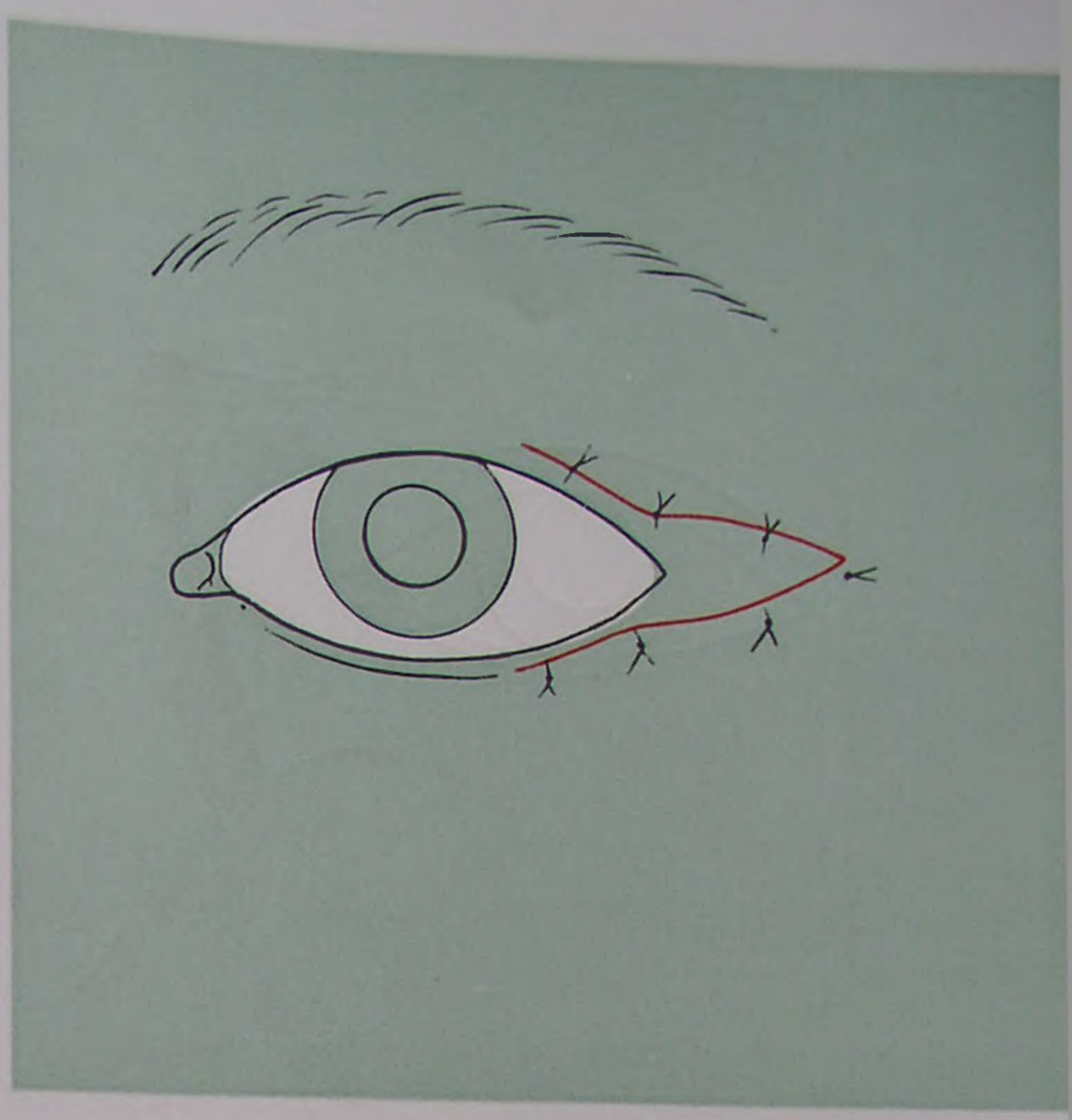
(3)



Р И С. 198.

Кантопластика — расширение глазной щели у наружного угла глаза. 1. Под местным обезболиванием производят горизонтальный разрез кожи, длиной 15 мм, исходящий из наружного угла глаза. — 2. Производят отсепаровку краев кожи в обе стороны. Становится видной конъюнктива, покрывающая наружный угол глаза. На соединительной оболочке зарисованы разрезы для выкраивания треугольного лоскута с основанием у латерального края. — 3. Треугольный лоскут конъюнктивы повернут в к

ную рану и подшит к ее краям. В месте перехода нового угла глаза в веко образуются складочки, которые следует отсечь. — 4. Величина зарисованного лоскута конъюнктивы преувеличена.



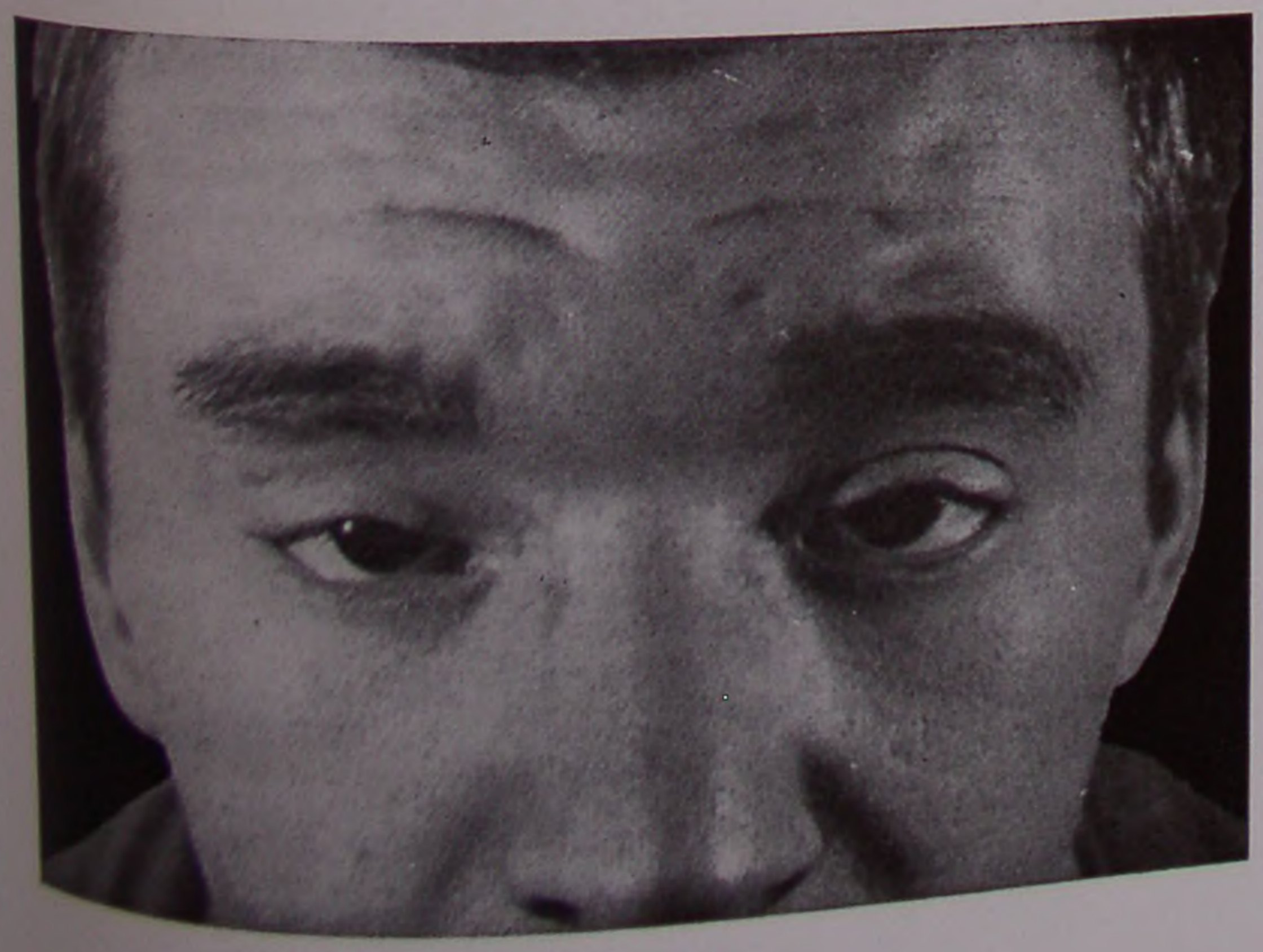
(4)

РИС. 199.

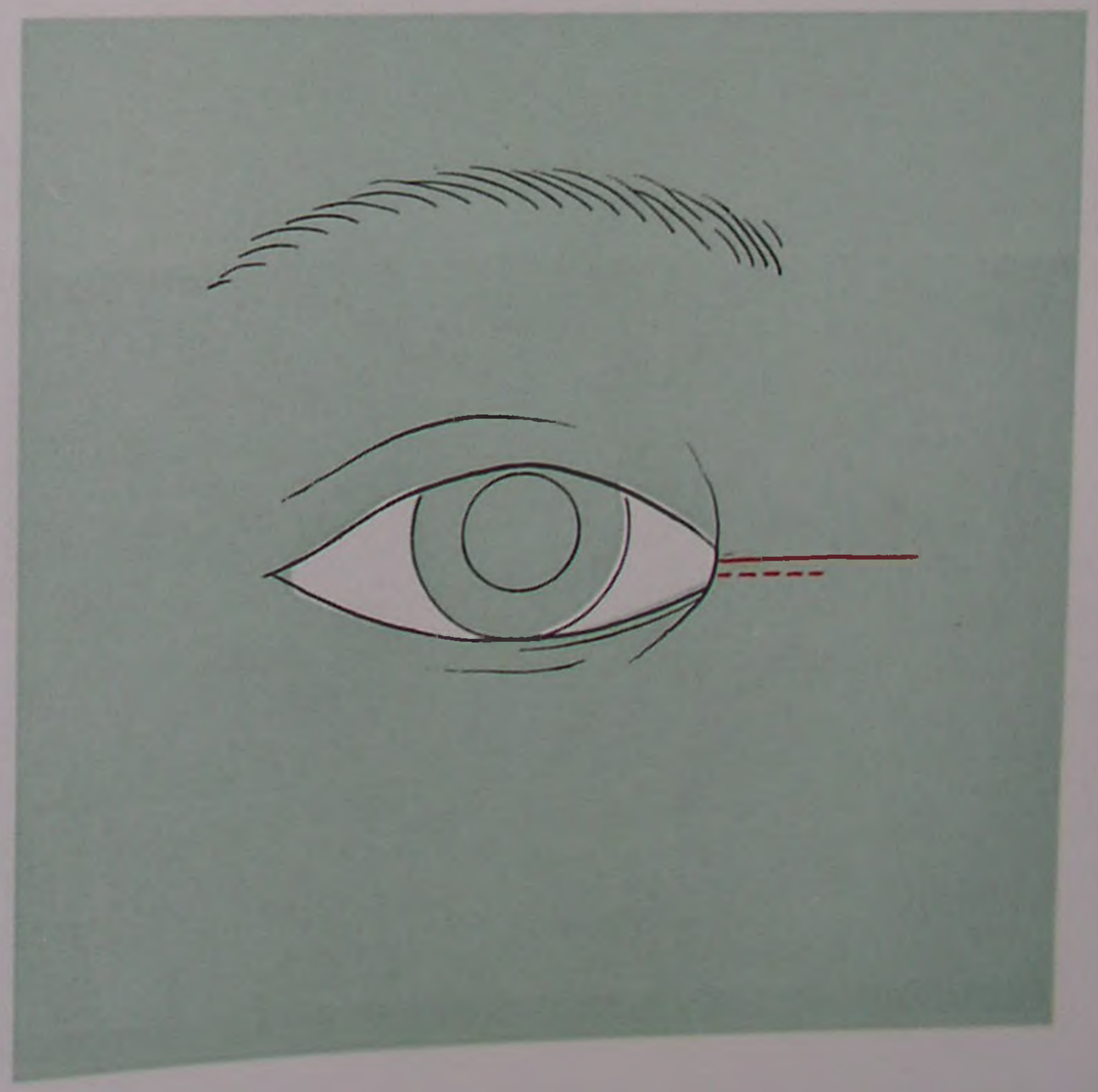
Состояние после неудачной операции по поводу эпикантусов. Больной П. Г., 16 лет, история болезни № 51 808. 1. Больной в другом медучреждении подвергся 5 операциям по поводу врож-

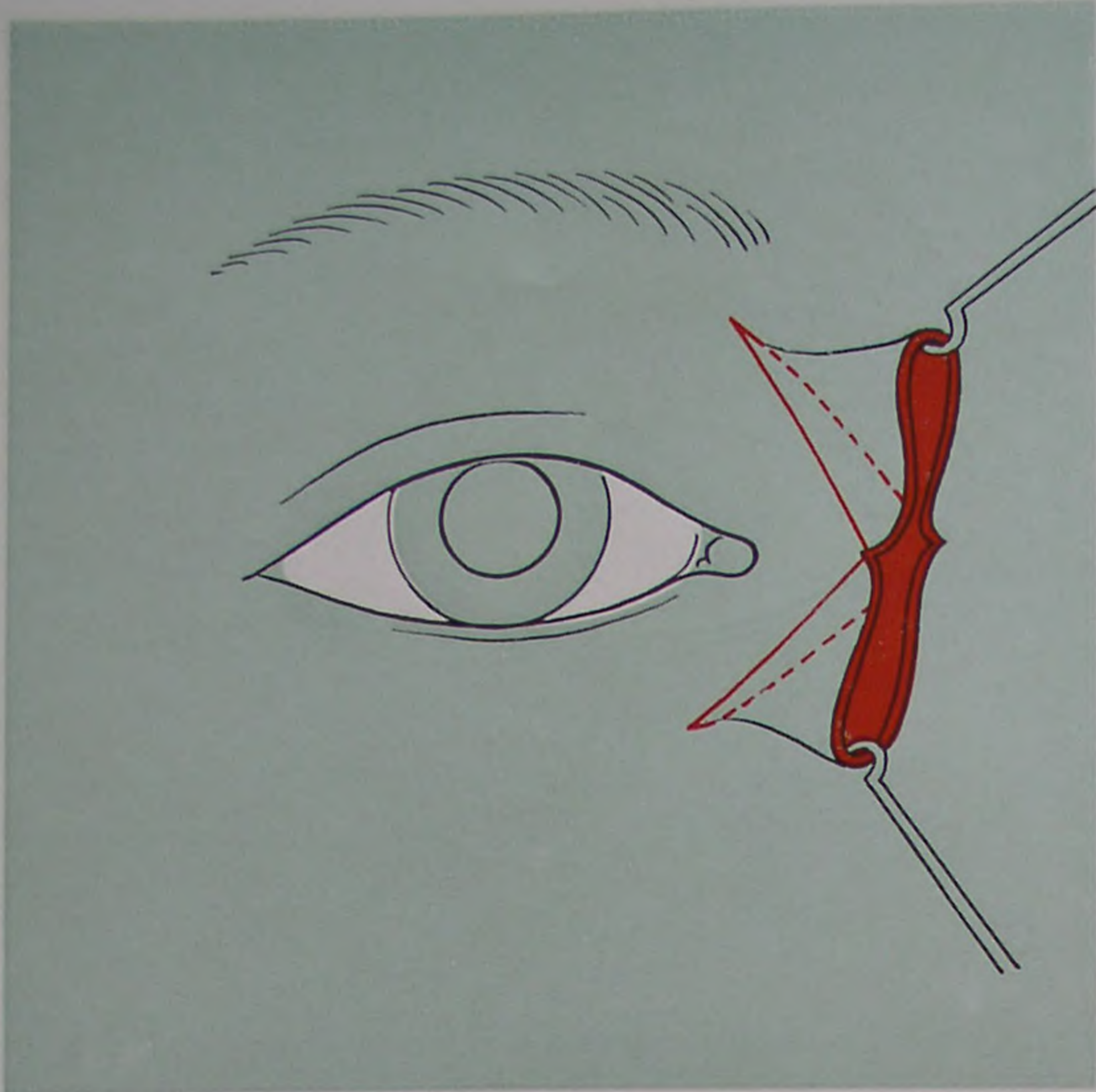
денного опущения верхних век и эпикантусов. На боковых поверхностях корня носа были произведены иссечения кожи. В этих местах образовались широкие рубцы, а эпикантусы рецидивировали, хотя и не достигли первоначальной величины. — 2. Складка эпикантуса рассечена в горизонтальном направлении, соответствующем линии глазной щели; разрез ведется до боковой по-

(1)

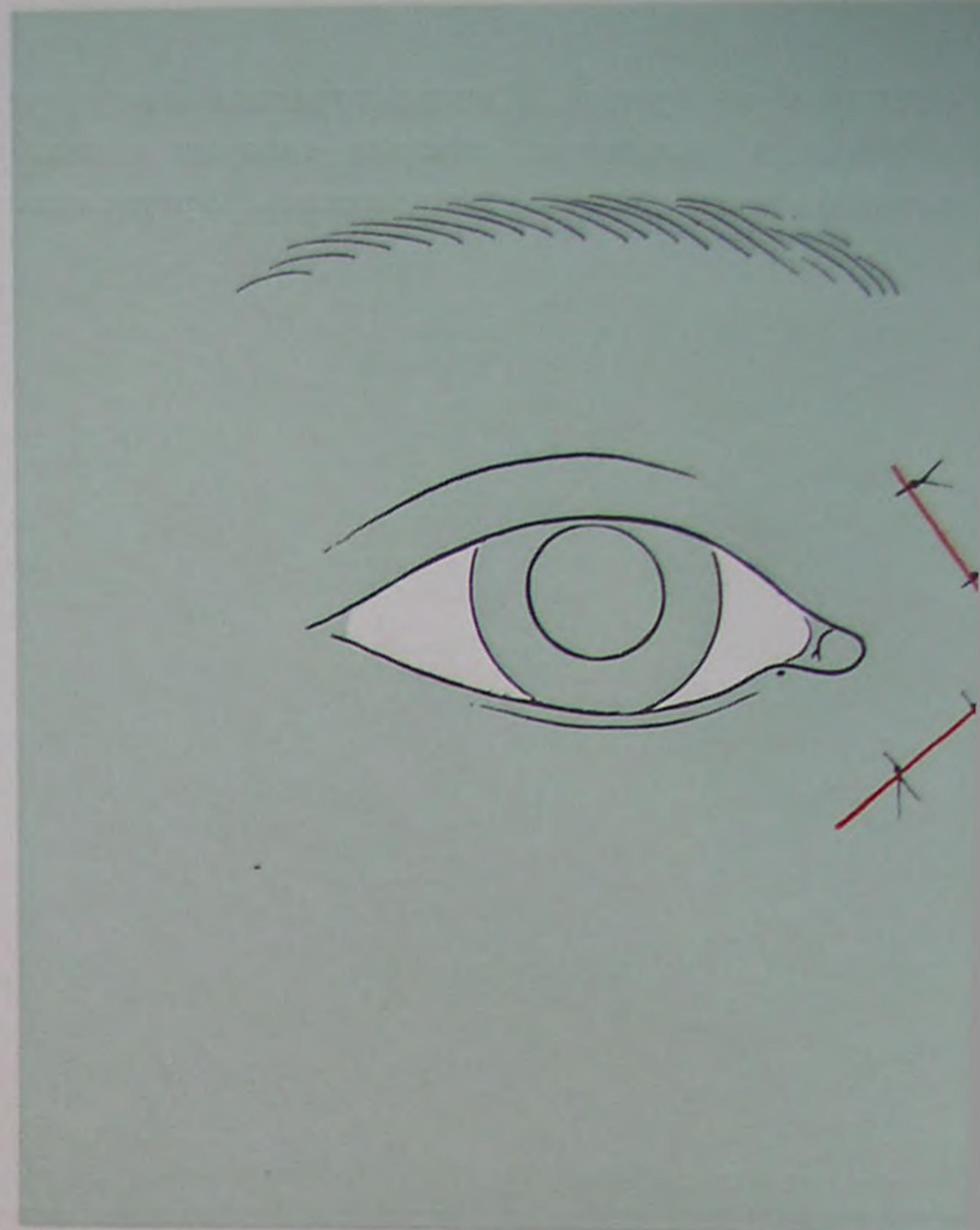


(2)

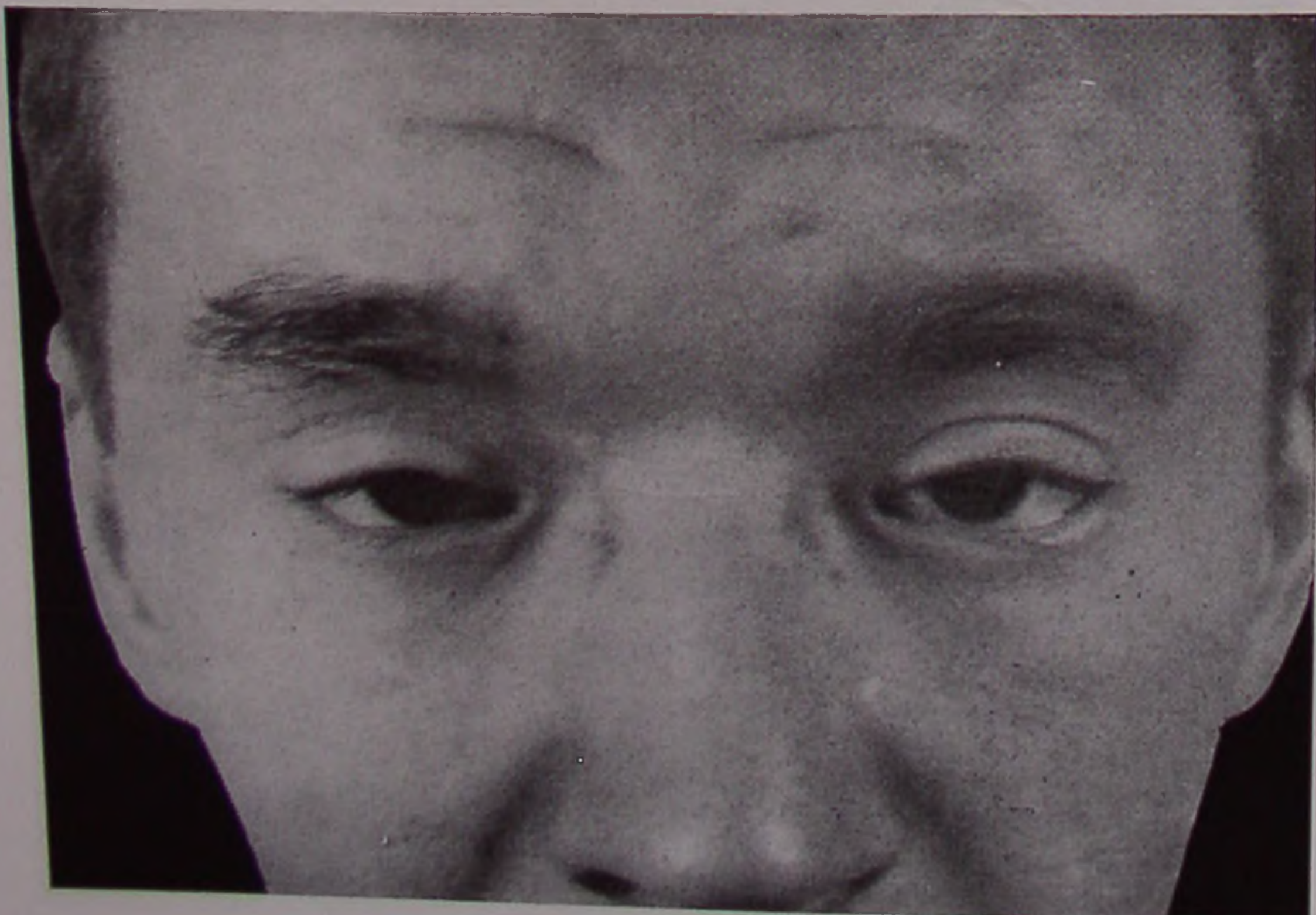




(3)

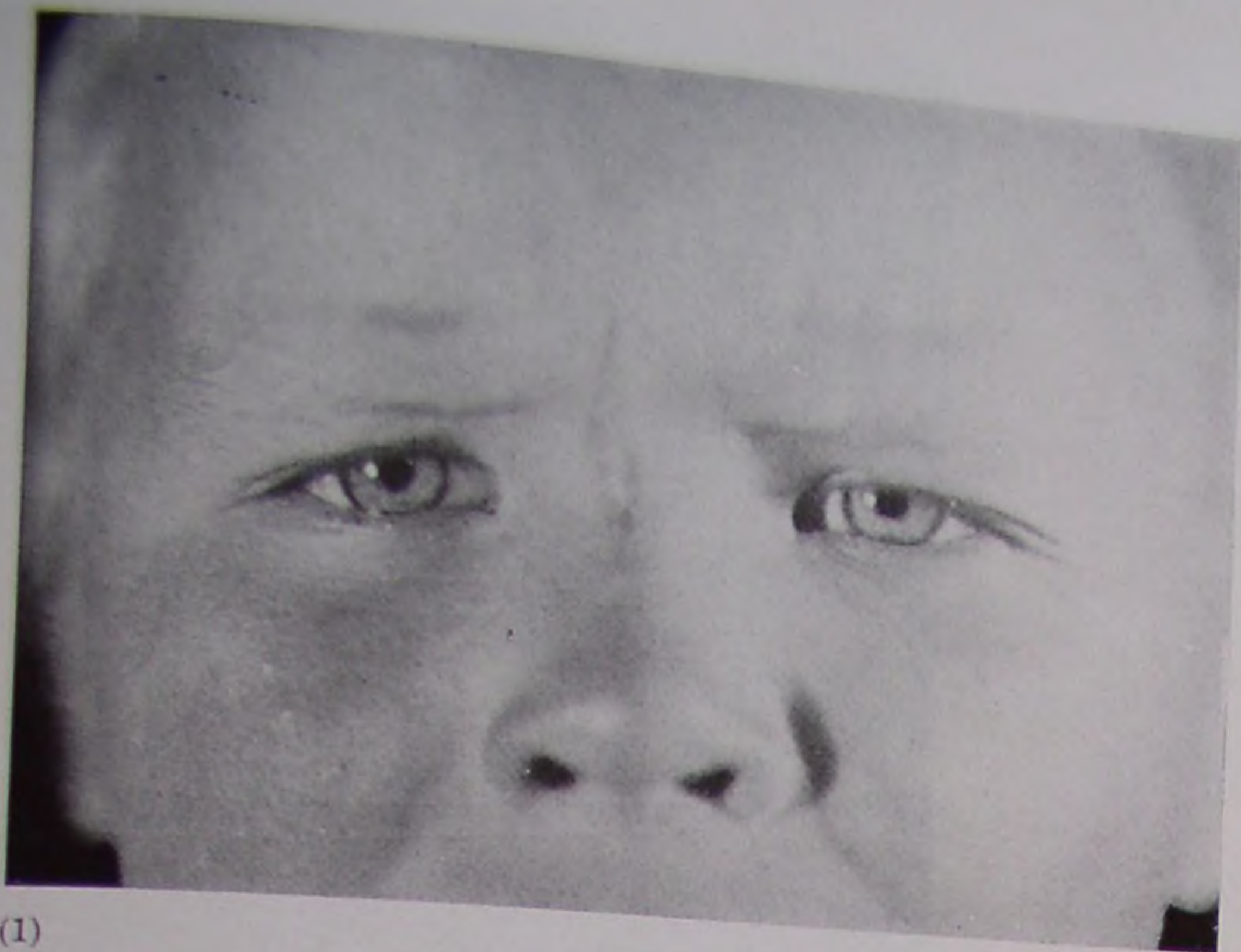


(4)

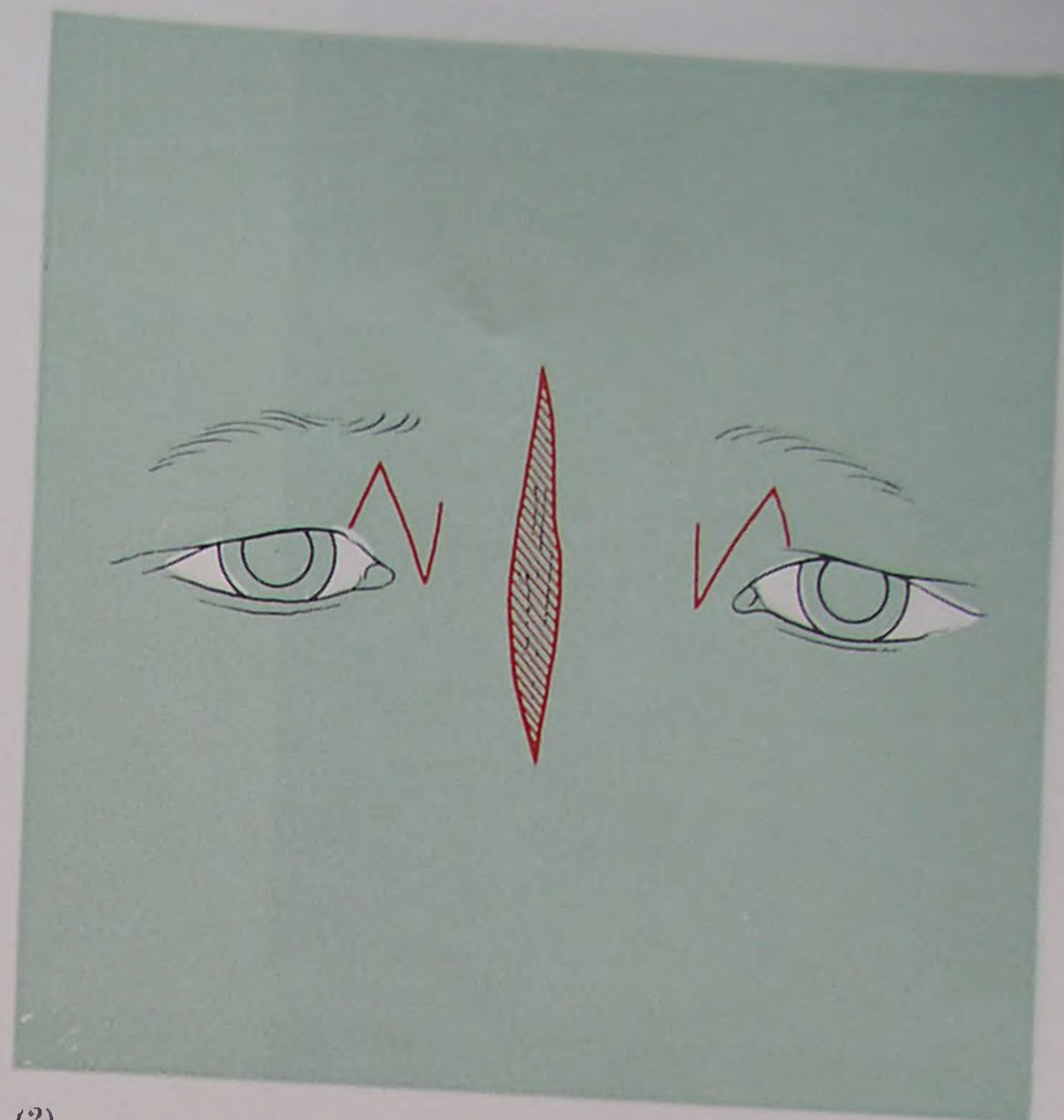


(5)

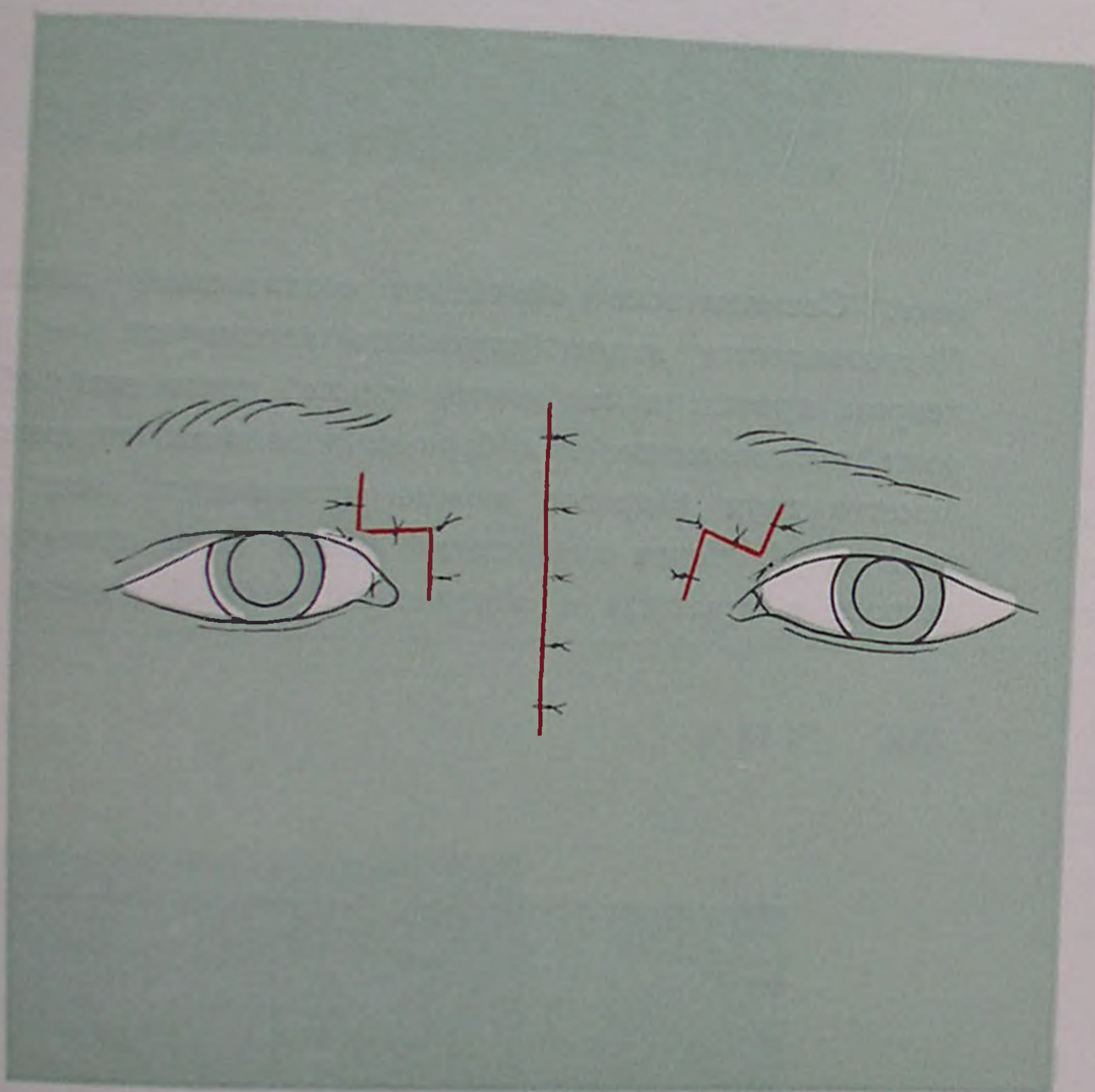
верхности носа. — 3. После отсепаровки кожей
секают дубликатуру кожи. Возникший у внутренне
треугольный лоскут помещают между краев разрез
поверхности корня носа. — 4. Больной после сш
Шов на вершукке раны и по одному из тех, кото
вают на боковые стороны треугольника. Швы за
только кожу, но и глубокие ткани. — 5. Внутр
глаза придана надлежащая форма. Больной чер
после операции.



(1)



(2)



(3)

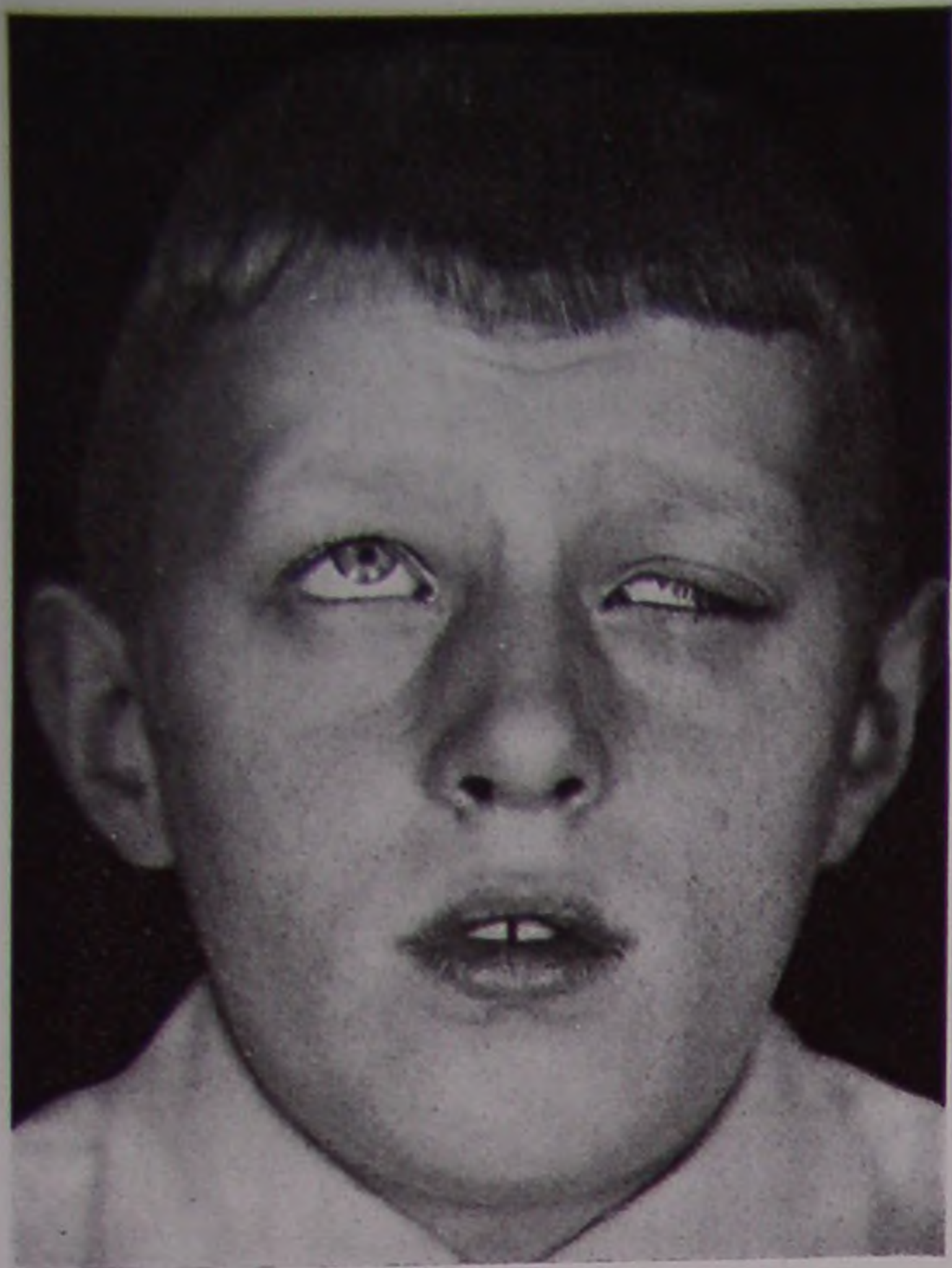


(4)

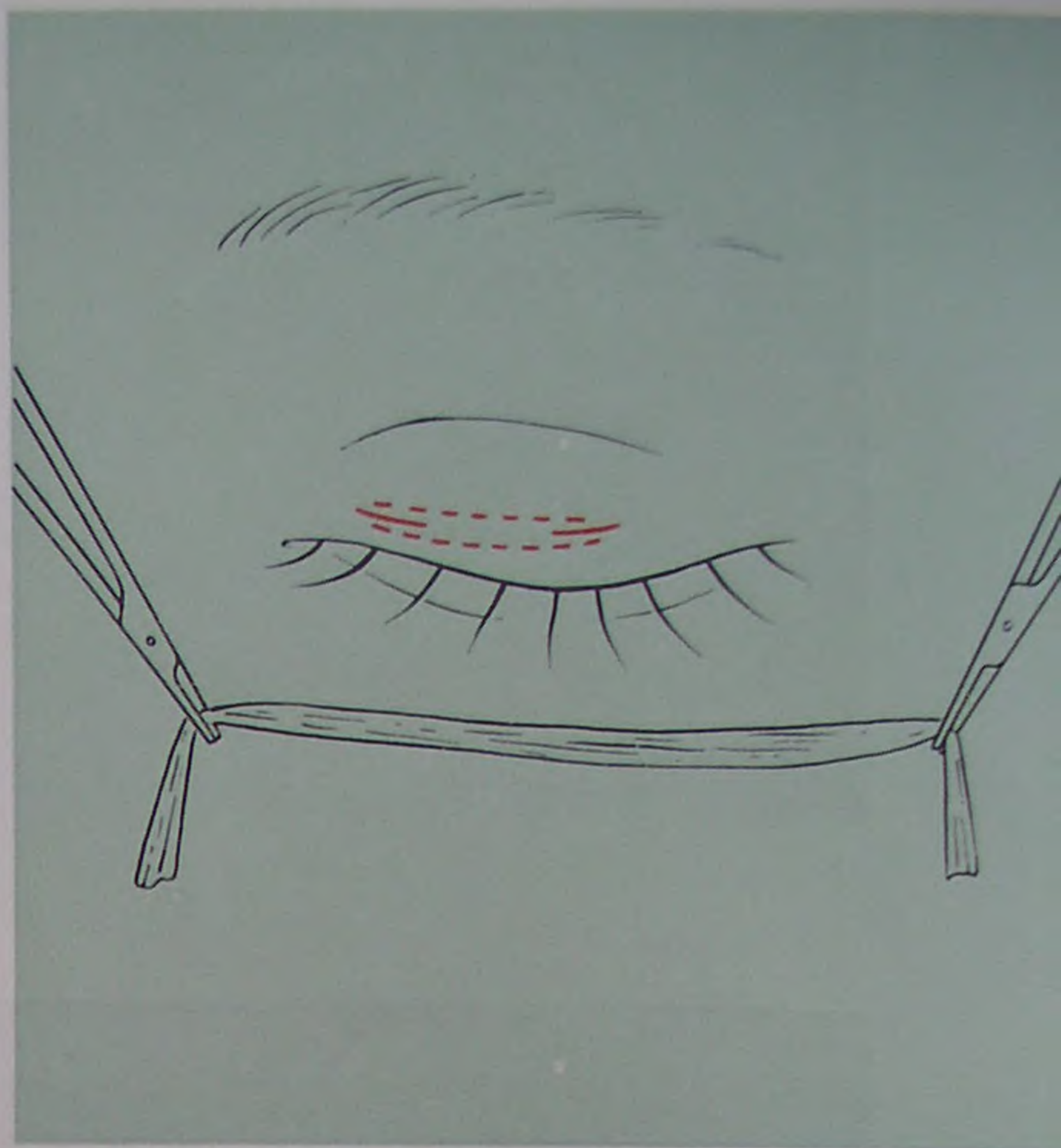
С. 200.

ояние после неправильно произведенной операции по поводу эпикантусов. Больная И. Г., 6 лет, история болезни № 25 621. Больная в другом медучреждении дважды подверглась операции по поводу эпикантусов. Была произведена попытка устранить путем веретенообразного иссечения кожи на спинке носа. В данном случае место иссечения было выбрано неправильно и располагалось вне средней линии. При первой и второй операции возникли широкие рубцы и эпикантусы рецидивировали. Эпикантусы в виде складок спускаются с верхних век ниже края внутренних углов глаз. — 2, 3. Производят разрез по ребру пере-

понок; на передней и задней поверхности выкраивают клиновидные лоскуты с основанием на противоположных друг другу полюсах. Подогнав путем срезания края лоскутов таким образом, чтобы они плотно соприкасались, производят перемещение встречных треугольников. В результате такого перемещения встречных треугольных лоскутов эпикантусы сглаживаются. Схемы только в общих чертах дают представление о принципе операции. — 4. Больная через 7 лет после операции. Рубец на носу носа был у больной иссечен.



(1)

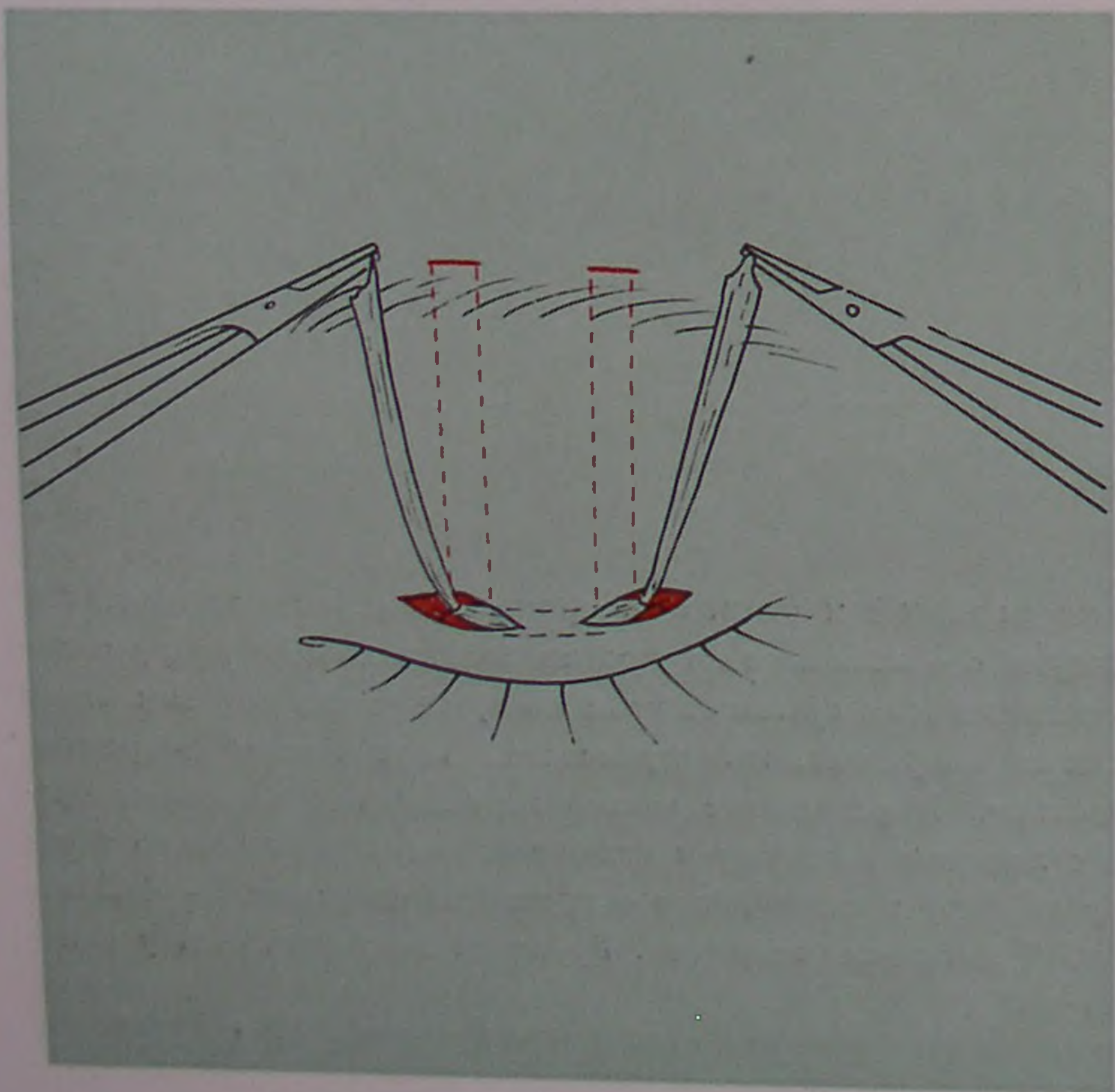


(2)

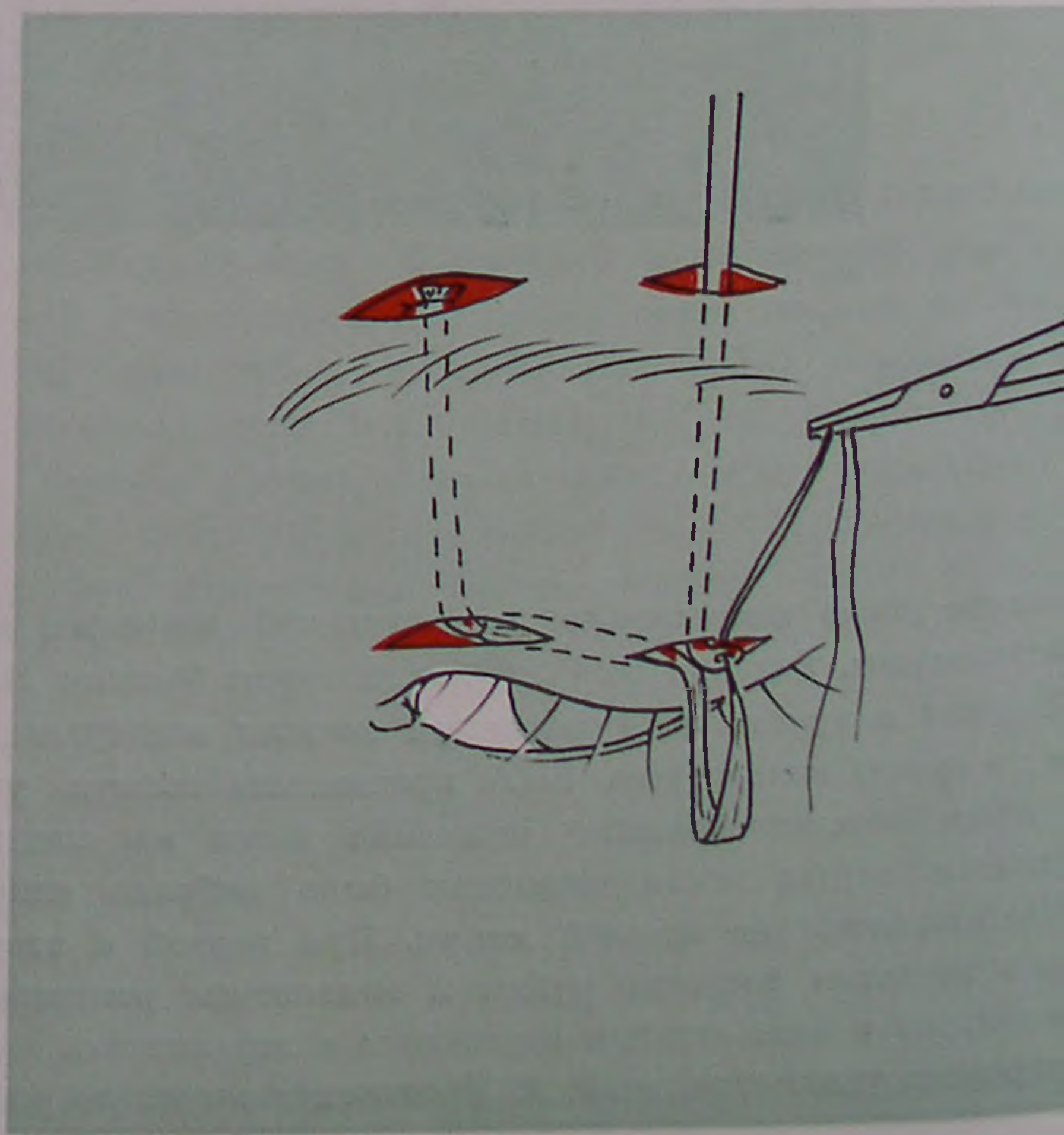
Р И С. 201.

Врожденный птоз верхнего века левого глаза. Больной Б. Т., 10 лет, история болезни № 1827. 1. Функция леватора полностью утрачена. — 2. На границах средней трети века производят два надреза кожи, расположенные на уровне верхнего края хряща

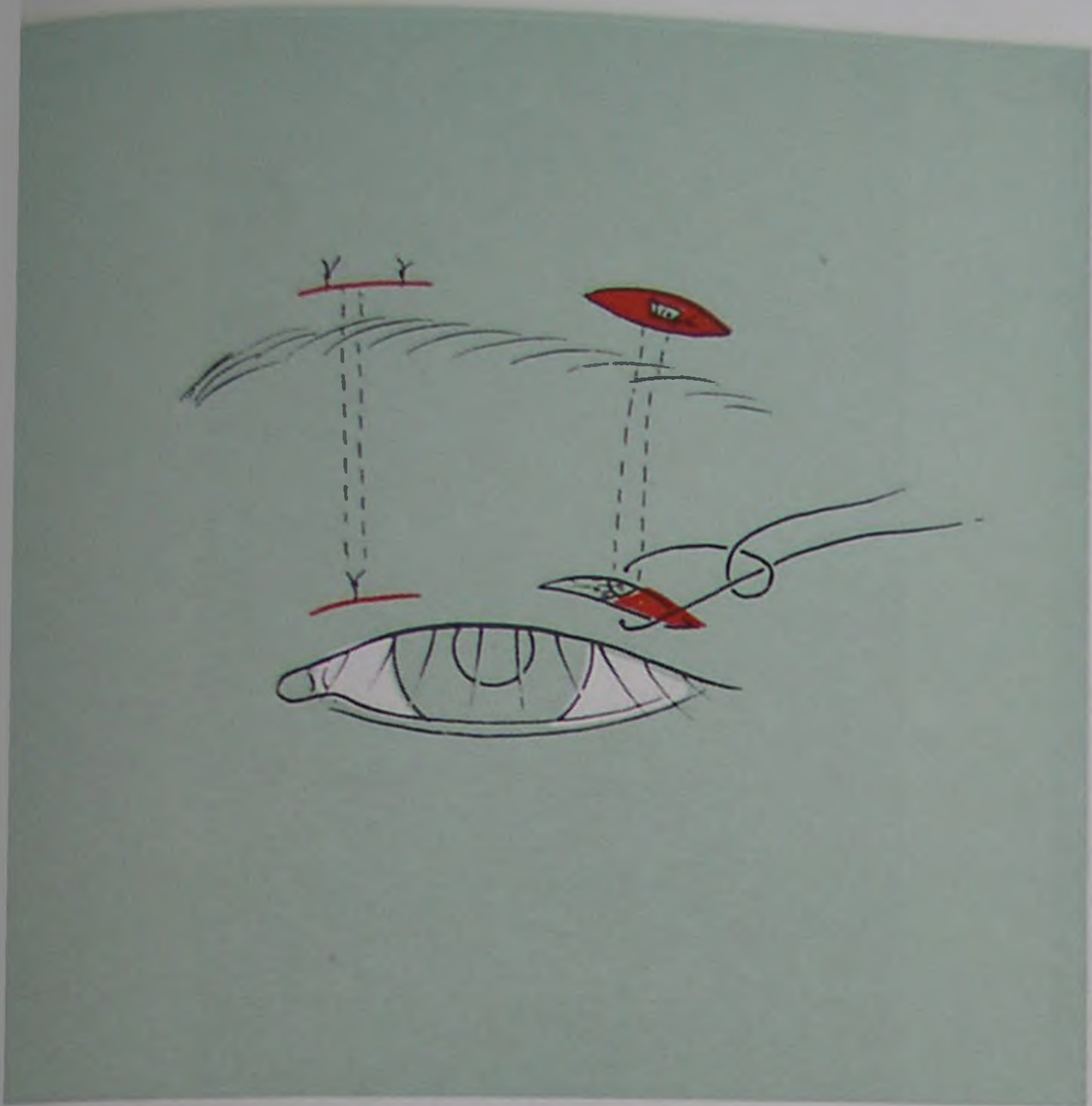
века. Схематически обозначен создаваемый подкожный канал. Подготавливается лента бедренного апоневроза. — 3. Лента невроза проведена под кожей средней трети века; обозначены разрезы, производимые над бровью, и каналы, созданные под кожей (вместо двух надрезов можно производить один длинный раз). — 4. Через внутренний канал была протянута лента невроза и пришита к обнаженной лобной мышце. Через наружный



(3)



(4)



(5)



(6)

ный канал введен зонд с ушком на конце, через которое продета нить, фиксирующая конец ленты апоневроза. — 5. Второй конец апоневроза тоже пришит к лобной мышце. Кожные раны зашивают. Подшивание лент апоневроза к лобной мышце производят

с таким расчетом, чтобы в результате возникшего натяжения веко было поднято на такую высоту, чтобы приоткрывало $\frac{3}{4}$ зрачка. — 6. Больной после операции. Раскрытие века такой степени круговая мышца может преодолеть.

Р И С. 202.

Двустороннее врожденное опущение верхних век. Больная К. Г., 8 лет, история болезни № 2546. 1. Птоз резко выражен. Полный паралич леватора. — 2. Метод операции: подвешивание века к лобной мышце при помощи ленты апоневроза. Операция произведена Вацлавом Карфилом.



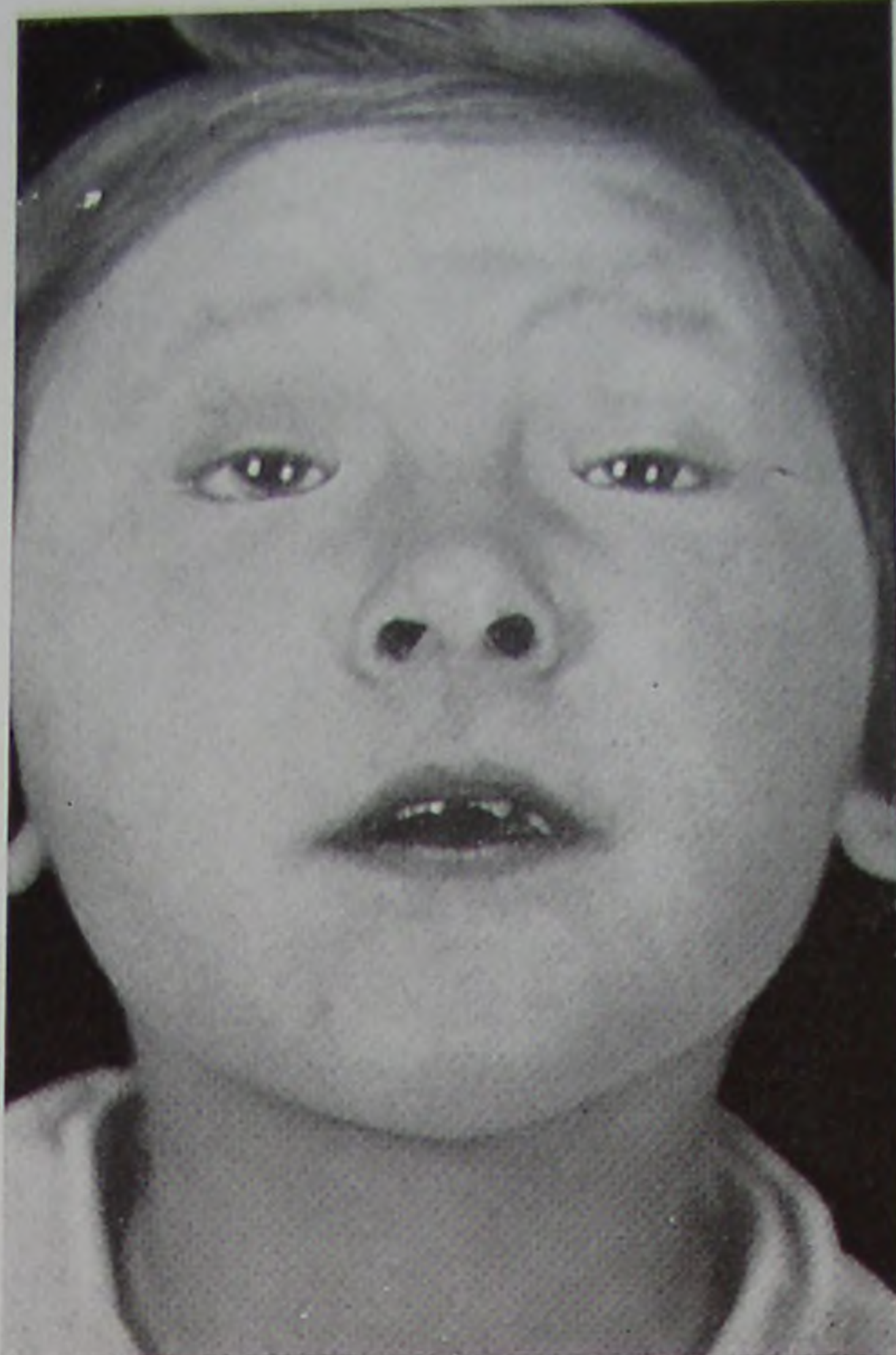
(1)



(2)



(1)



(2)



Р И С. 203.

Резко выраженный птоз верхних век. При устремленном вперед взгляде веки закрывают большую часть зрачков. Больная М. С., 6 лет, история болезни № 3755. 1, 2. Видеть больная может только при запрокидывании головы кзади. Эпикантусы исходят из нижних век. — 3. В профиль видно положение век при устремлении взгляда вперед; бросается в глаза довольно низкая

спинка носа. В первый этап операции девочке была произведена пересадка вкладыша из слоновой кости в область спинки носа. Имплантат был введен через небольшой надрез, по средней линии кожной части носовой перегородки. — 4, 5. Больная после операции. Спинка носа была произведена операция по поводу опущения верхних век; этот метод операции был выбран в связи с тем, что в довольно значительной степени была сохранена спинка носа. — 4, 5. Больная после операции. Спинка носа после имплантации слоновой кости стала выше. Величина птоза значительно уменьшилась.



(4)



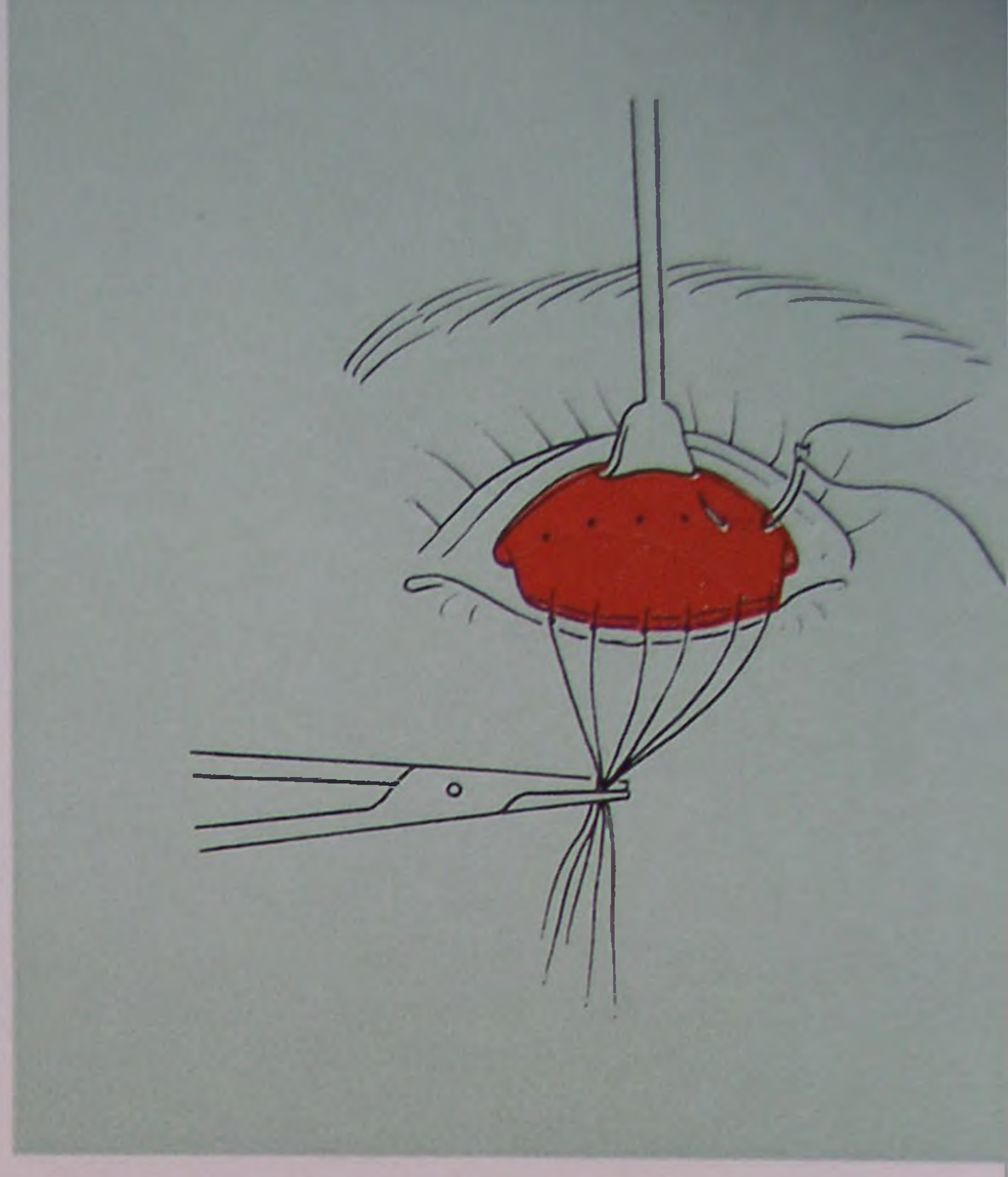
(5)



(4)

ные на рисунке 1. — 4. Производят отсечение конъюнктивы и верхней трети хряща века по ходу намеченной линии. — 5. Леватор прошивают тремя швами, нити которых выводят наружу в области горизонтальной борозды века. — 6. Три перво-

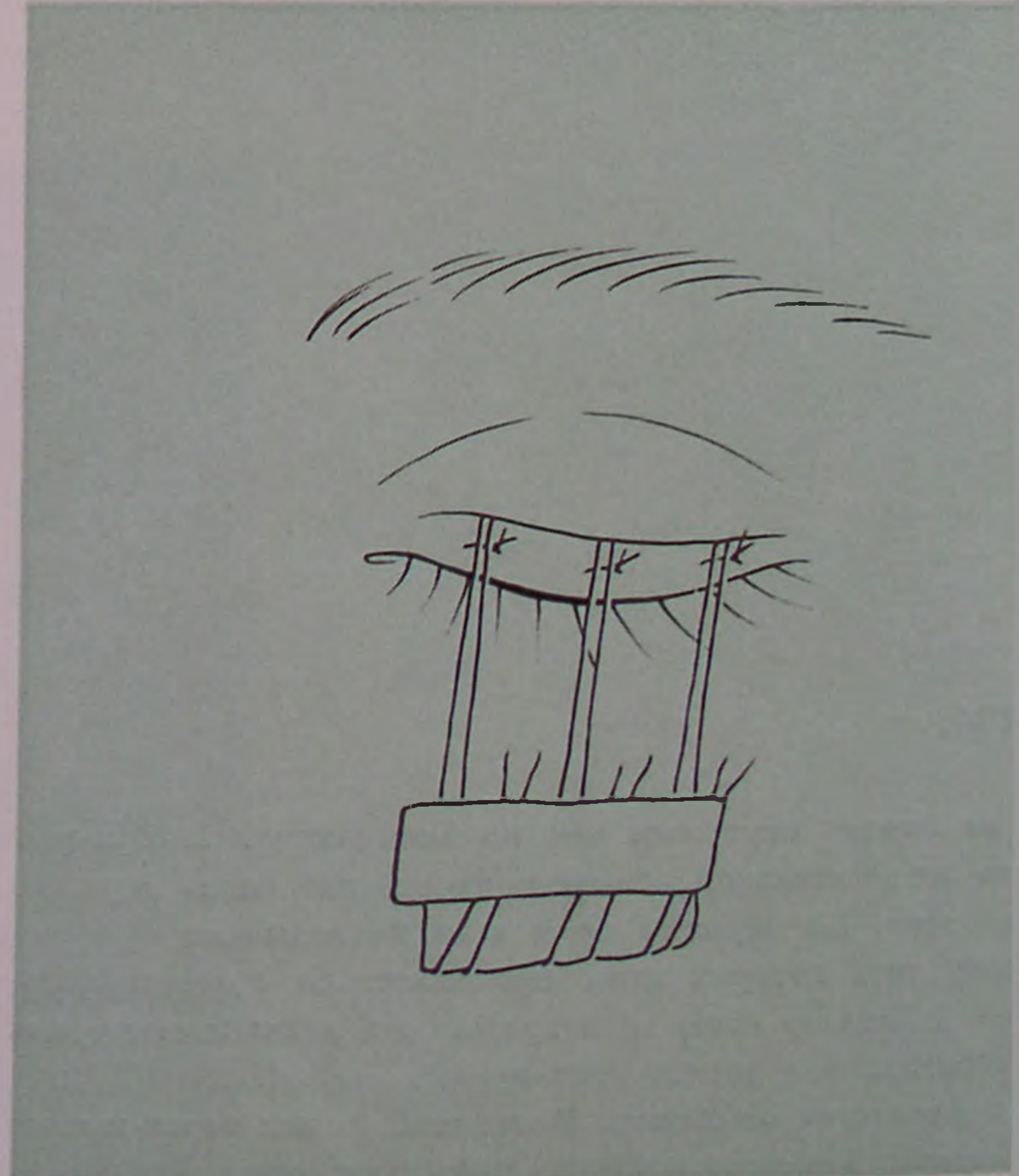
(6)



(5)

начальных матрацных шва, захватывающие конъюнкту леватора, выводят над самым краем суженного таким образом, чтобы рассеченный край хряща в леватора соприкасались, как и конъюнктив. — 7. Ка

(7)



окончания операции. Швы, выходящие в области горизонтальной борозды века, тянут веко книзу; концы нитей фиксируют лентой пластыря к щеке. — 8. Схема расположения швов (сечение).

РИС. 205.

Нерезко выраженный орбито-пальпебральный синдром. Больной В. Б., 3 лет, история болезни № 10 363. 1. Уплотнение верхнего края глазницы, надпереносья и корня носа. Птоз верхних век, гипоплазия нижних век, эпикантус и блефарофимоз. На левом глазу изменения более резко выражены, чем на правом. — 2. Под местным обезболиванием произведена операция — подвешивание века. Вдоль верхнего края хряща века производят



(8)

веретенообразное иссечение эпителия века шириной, не превышающей 8 мм. Нижний край этой ленты соответствует верхнему краю хряща века. — 3. Обнаженный участок кориума выкраивают вместе с мышечным слоем по всему периметру, за исключением



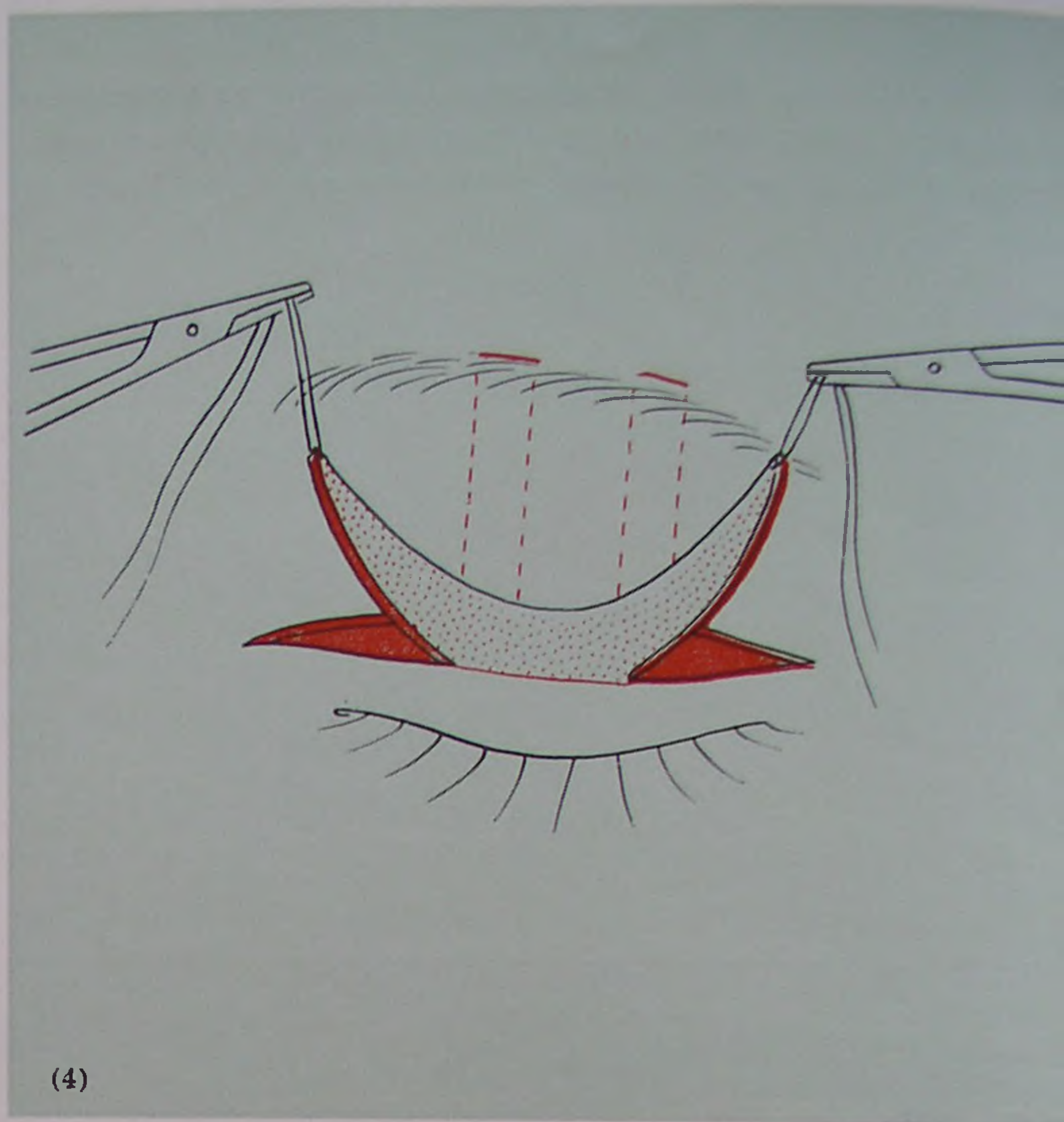
(1)



(2)



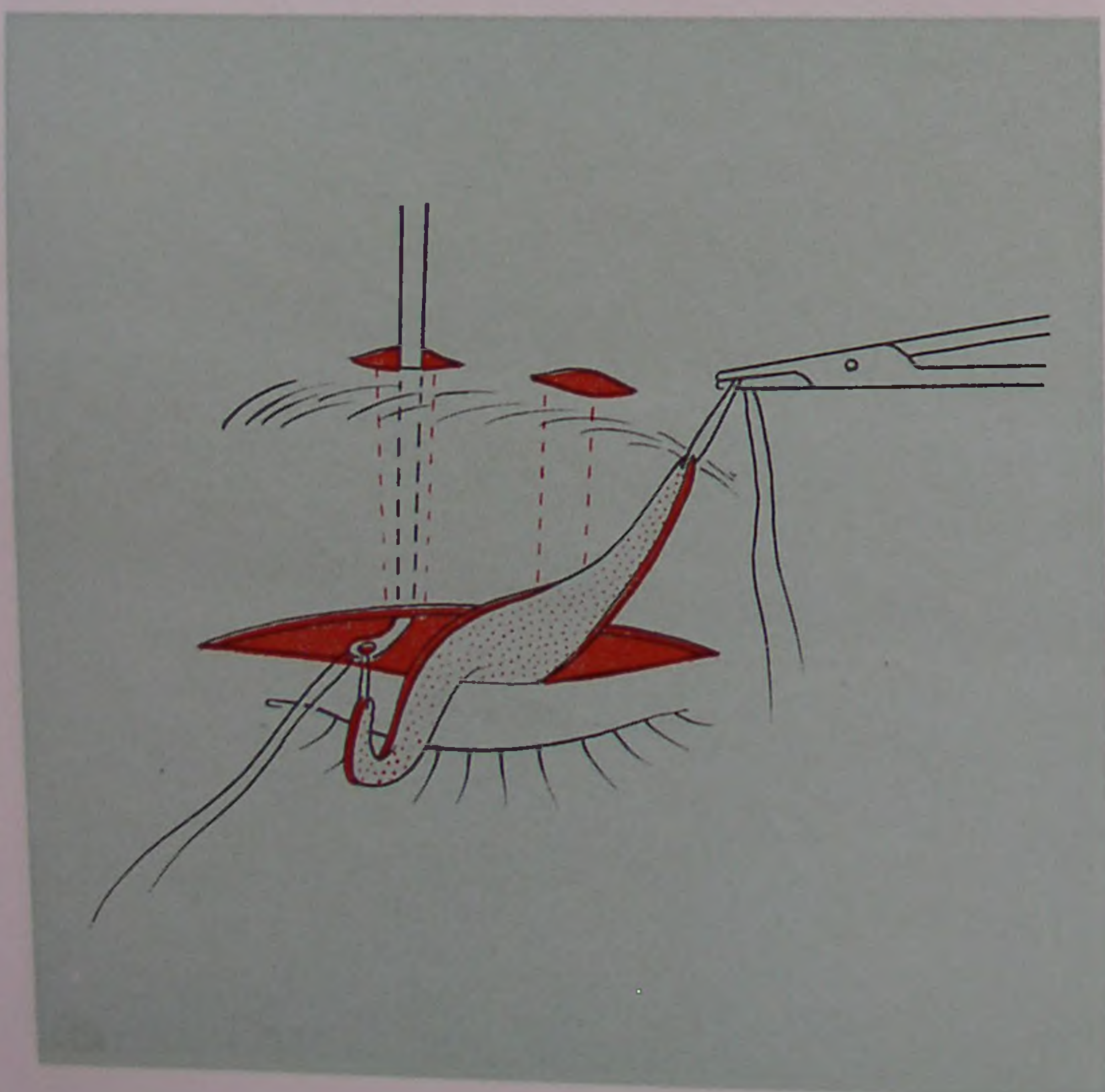
(3)



(4)

небольшого отрезка в средней трети нижнего края, который остается связанным с хрящом века. — 4. Производят отсепаровку выкроенного кожно-мышечного лоскута и создают два подкожные канала, ведущие к разрезам кожи в надбровной области, в которых обнажена лобная мышца. — 5. Кожно-мышечную ленту про-

водят через каналы и фиксируют под необходимым натяжением к лобной мышце. — 6. Больной через 13 лет после операции. Глазные щели были расширены у наружных углов глаз методом кантопластики, а эпикантусы устранены путем встречного перемещения лоскутов.



(5)



(6)

Р И С. 206.

(1)



(2)



орбито-пальпебральный синдром средней степени. Больная С. К., 7 лет, история болезни № 12 426. 1. Опущение век средней степени, выраженные эпикантусы и одновременная недостаточность нижних век, которые ниже, более изогнуты и толще, чем в норме. Резко выраженное уплощение корня носа и надпереносицы. Больная подверглась операции по поводу эпикантусов, из

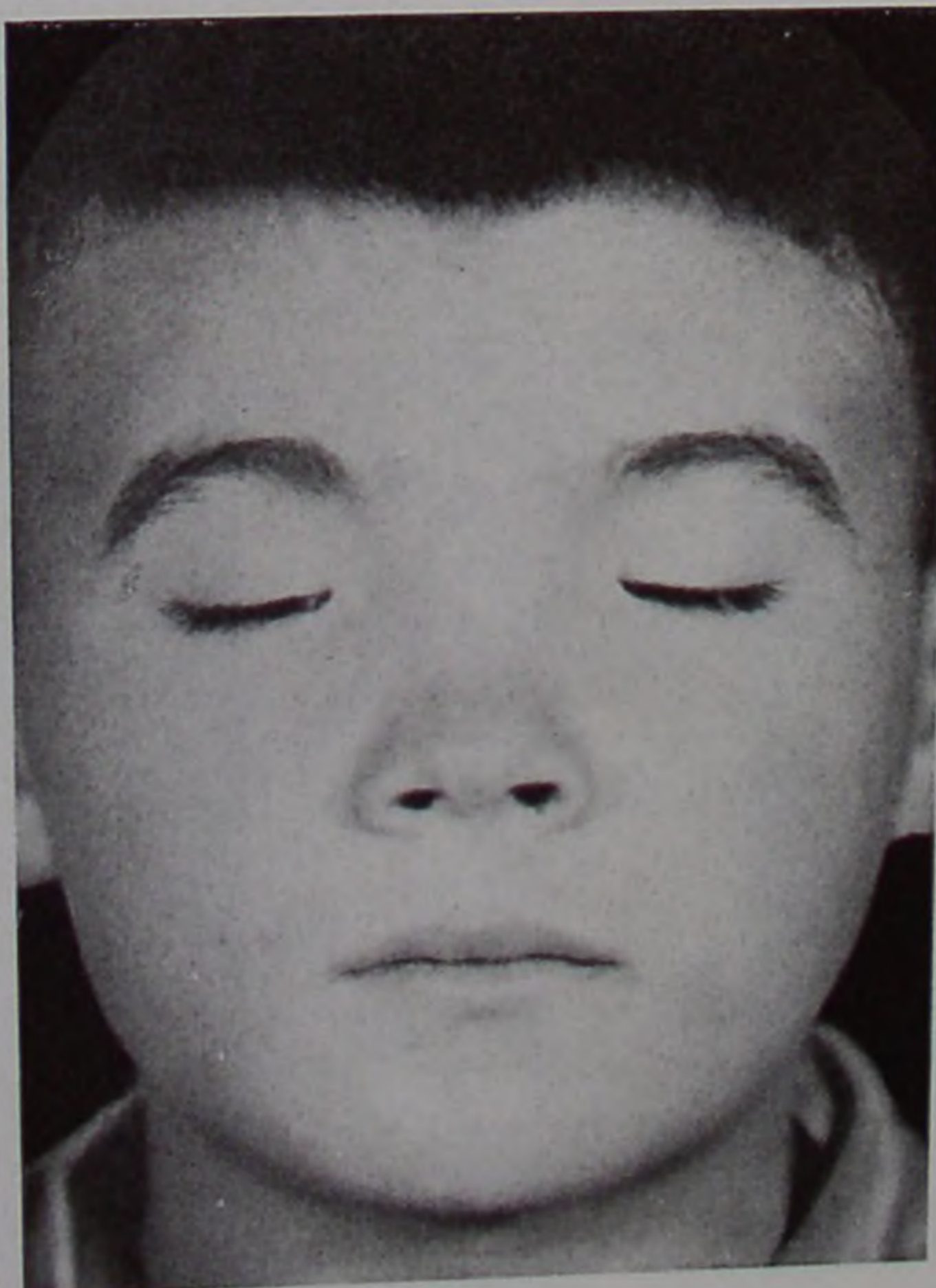
которых были выкроены и пересажены на боковые поверхности носа клинообразные лоскуты (рис. 199). В области спинки носа была произведена имплантация пластинки реберного хряща, а на веках — операция типа кожно-мышечного подвешивания. — 2. Больная через два года после операции.

резко выраженный орбито-пальпебральный синдром. Больной М. П., 9 лет, история болезни № 1833. 1. Опущение верхних век, блефарофимоз, эпикантусы и уплощение корня носа. —

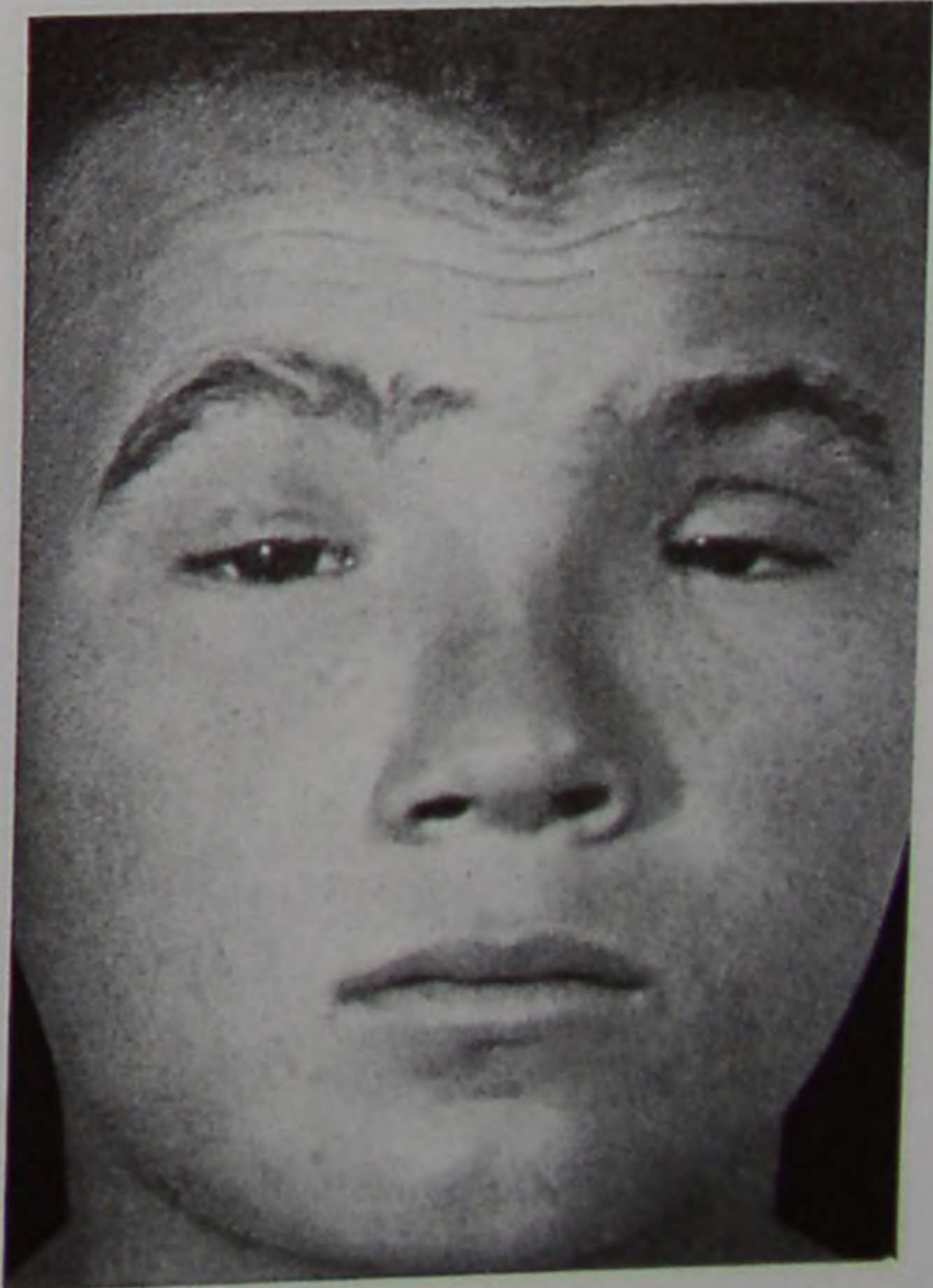
2. Произведена операция типа костно-мышечного подвешивания. (Рис. 205.) Далее произведена кантопластика и устранены эпикантусы. В область спинки носа пересажен вкладыш из слоновой

Р И С. 207.

(1)



(2)





(3)

кости. — 3. Больной в возрасте 29 лет. У ребенка нами
ванного больного та же самая аномалия, выраженная
гораздо сильнее, чем у отца.

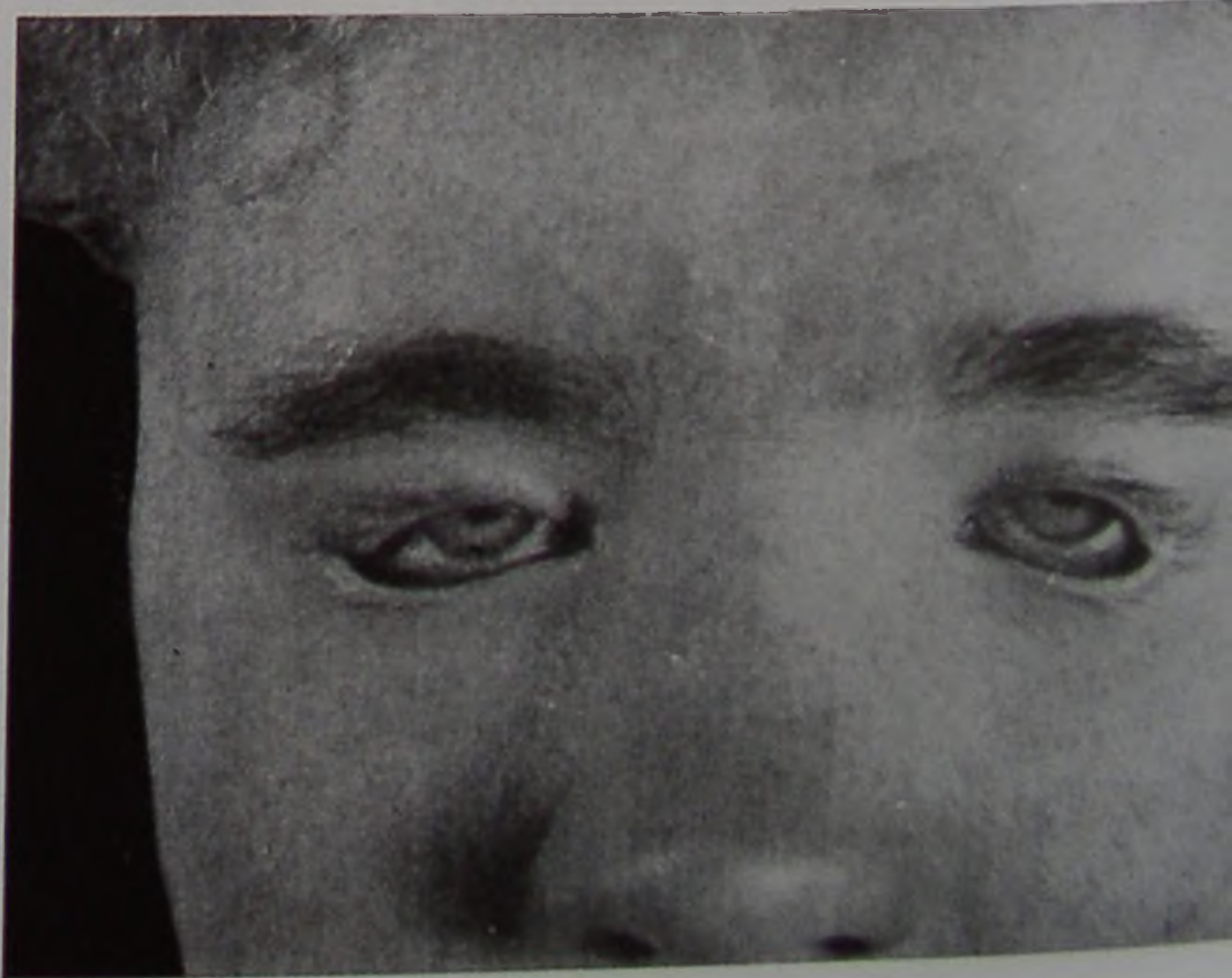
Р И С. 208.

Очень тяжелый случай орбито-пальпебрального синдрома. Боль-
ная М. С., 14 лет, история болезни № 9471. 1. Сильное укро-
чение глазной щели. Резко выраженная недостаточность нижнего
века; в особенности у наружных углов глаз край век стянут книзу

и кнаружи, в результате чего веки сильно отстают от
яблок. Широкие эпикантусы; верхние веки оттянуты кни-
ным образом из-за недостатка субстанции нижних
верхних веках имеются рубцы, возникшие после произ-
в в раннем детстве каких-то хирургических вмешательств.
детальном снимке хорошо видны изменения на веках и
ние корня носа и надпереносья. Мощное разрастание бро-
является одним из компонентов синдрома. Наиболее ре-
ражены изменения на нижних веках. Поэтому в первую
слепует приступить к коррекции этой аномалии. — 3. Пр



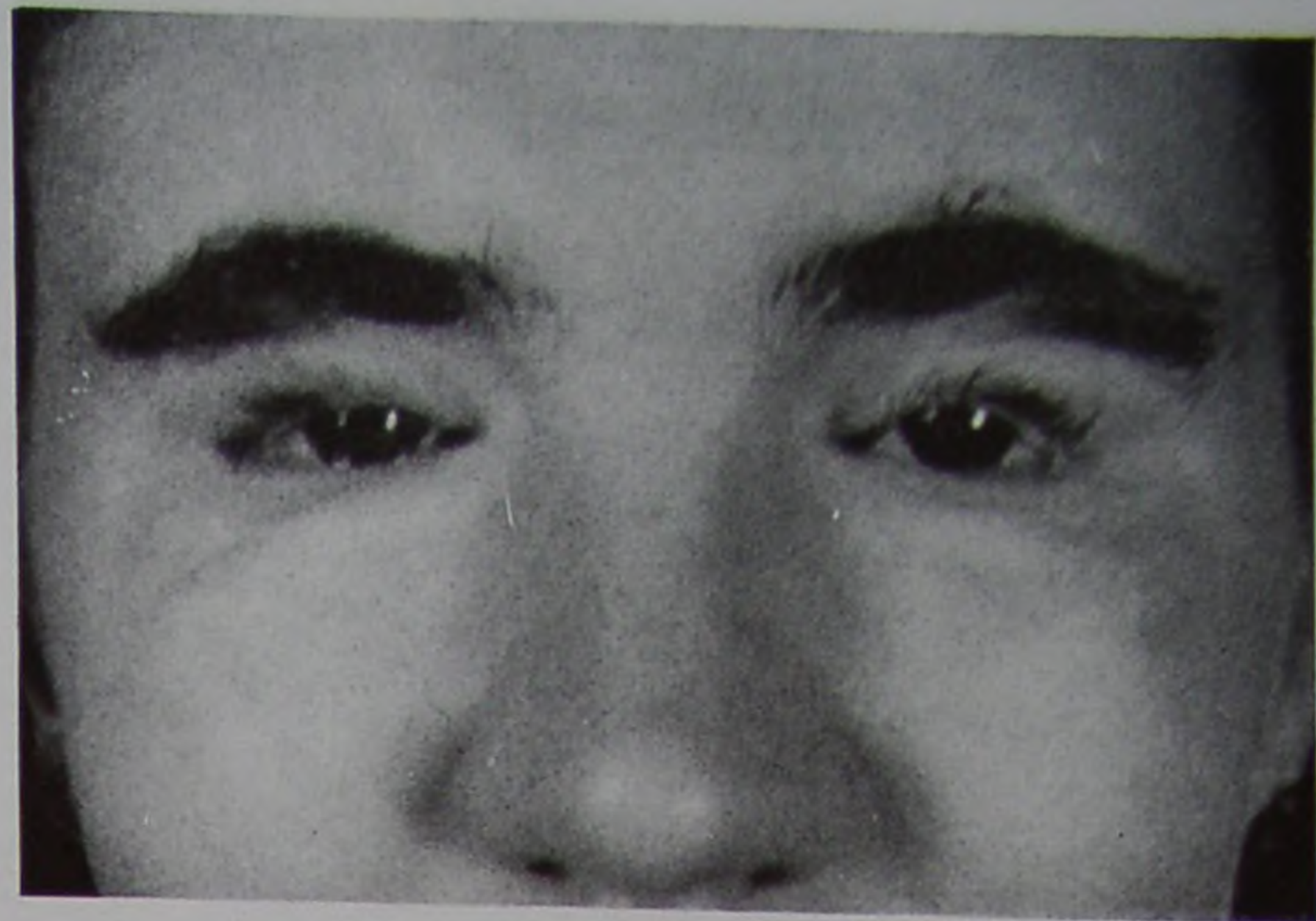
(1)



(2)



(3)



(4)

ссечение тканей вдоль нижних краев глазниц. После полной препаровки век на широкие дефекты произведена пересадка ободных кожных лоскутов, взятых с задней поверхности ушных раковин. В следующие этапы произведена кантопластика, устранение эпикантусов и пересадка реберных хрящей в область

спинки носа. — 4. Больная через 12½ лет после операции. Операция по поводу птоза не была произведена, так как оказалось, что после хирургического вмешательства на нижних веках верхние веки значительно приподнялись. Больная вышла замуж. У ее ребенка имеется аналогичная аномалия.

Р И С. 209.

Врожденный дефект орбиты и глазного яблока, сочетающийся с тяжелой формой болезни Литтля. Больная Д. К., 2 лет, история болезни № 16 765. 1, 2. Глазная щель крайне мала; в ней имеется полоска конъюнктивы. Бровь едва заметна, вся область



(1)



(2)



(3)

(4)



морю пазуху. Выявляется гидроцефалус легкой степени и признаки резко выраженной формы болезни Литтля. — 4. Произведена пластика полости орбиты при помощи кожного вкладыша на слепке из стента, введенного в созданное глазное ложе. 5. Глазное ложе в состоянии воспринять протез, однако на наружной половине верхнего века образовался дефект, в области которого наступило сморщивание вкладыша, втянувшего края внутрь. — 6. Коррекция этой части ложа произведена с помощью нового вкладыша, введенного под наружный край верхнего века. После этой дополнительной операции стало возможным пользоваться протезом. Больная в возрасте 13 лет. Глазная щель оперированной стороне гораздо шире, чем на здоровой стороне. Этот недостаток был в дальнейшем исправлен; коррекция была осуществлена методом тарзорафии в области наружного угла глаза.

глаза уплощена, легкая гипоплазия левого крыла носа. — 3. На рентгеновском снимке выявляется резко выраженное уменьшение орбиты, полость которой широко открывается в небольшую гай-



(5)



(6)

(1)



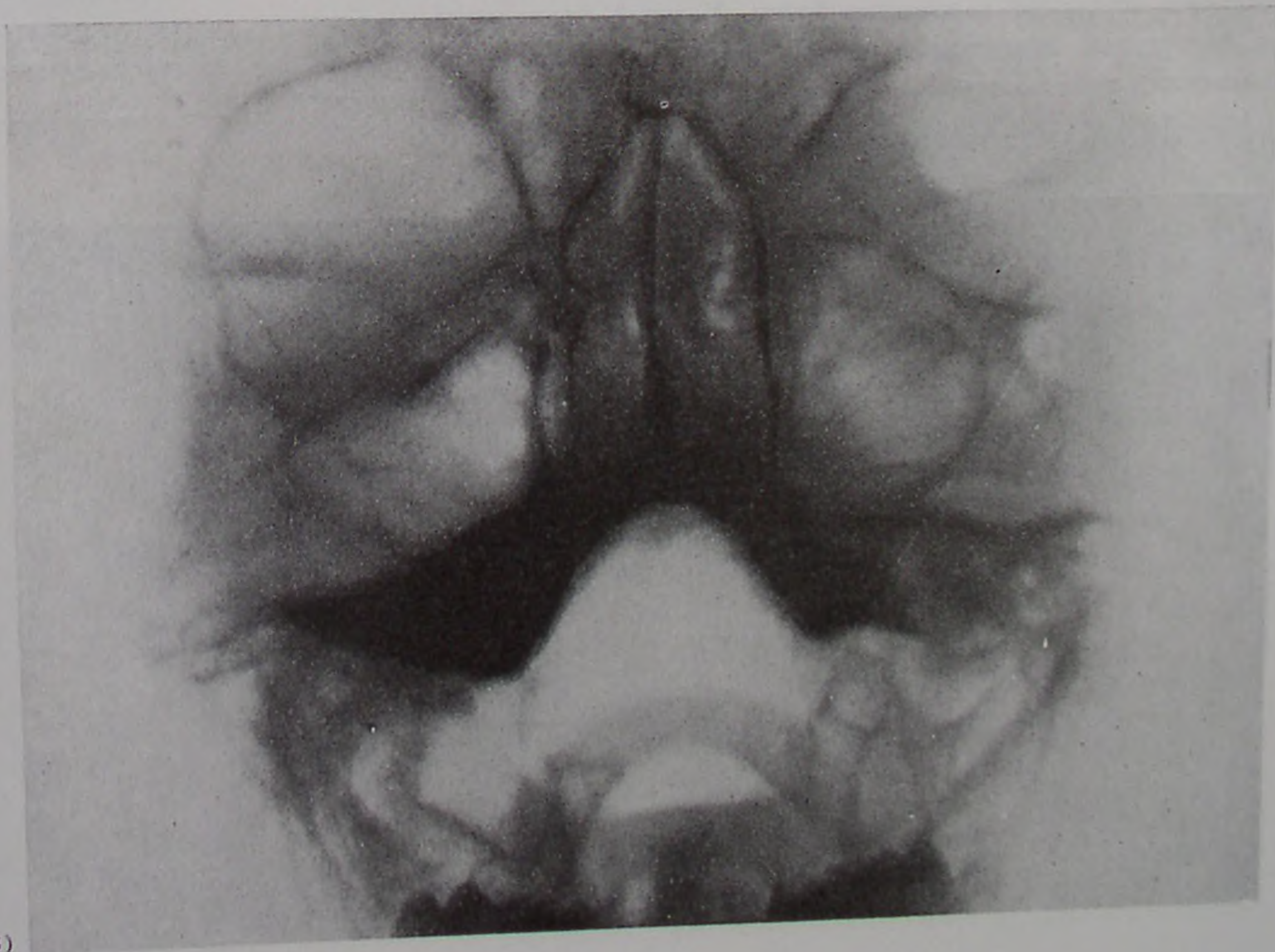
(2)



данный дефект глазного яблока. Больная А. Г., 10 лет, с врожденной болезнью № 13 688. 1. Гипоплазия орбиты. Значительная деформация левой половины лица и носа. — 2. Вместо глаза имеется узкая щель, в которой расположена полоска конъюнктивы. До этого места из волосистой части черепа доходят в виде кожного выступа волосы. Уплотнение надглазничного края; расстояние между внутренним углом здорового глаза и упомянутой щелью является большим. В области, расположенной между

упомянутой щелью и корнем носа, выявляется выпуклое место, обусловленное расширением костной стенки. На левом крыле носа имеется колобома, левый хрящ кончика носа выступает кверху и несколько в сторону, приподнимая кожу, которая в этом месте образует кожную складку. — 3. На рентгеновском снимке выявляется рудиментарная, деформированная орбита. Левая гайморова пазуха и клетки левого решетчатого лабиринта тоже очень узки, лобная пазуха вообще отсутствует, а кость в этом

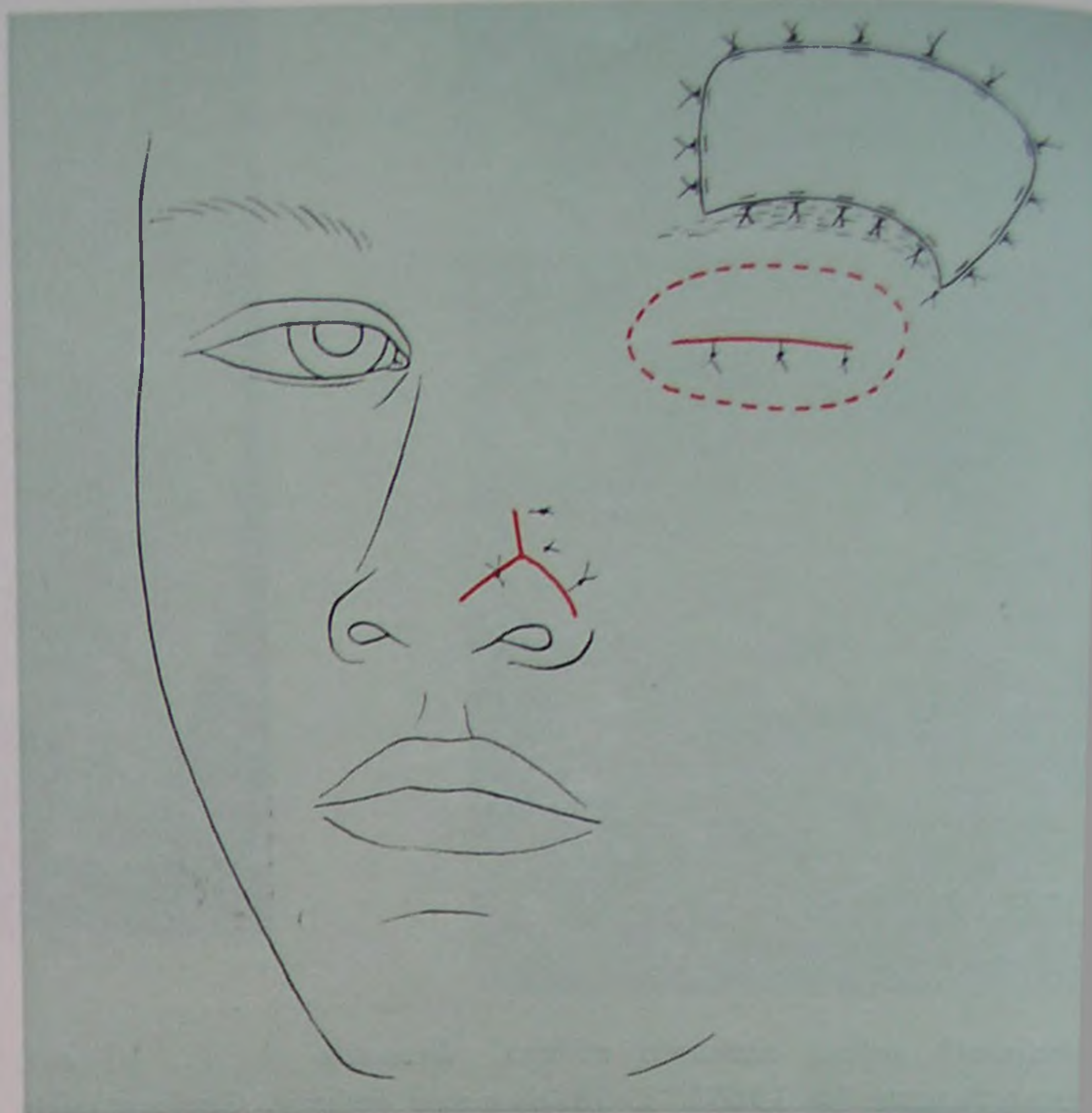
(3)





(4)

месте уплотнена. — 4. Схема разрезов для проведения операции по поводу колобомы крыла носа. Данная операция является перевернутым отображением операции типа «V—У». — 5. Схема дальнейших операций, т. е. экстирпации покрытой волосами кожи на левой стороне лба; этот выступ иссекают на всем протяжении, за исключением полоски у верхнего края глазницы, которую оставляют в качестве брови. Кожный трансплантат взят с внутренней поверхности плеча. Далее на рисунке намечена операция, производимая в целях восстановления глазного ложа.



(5)

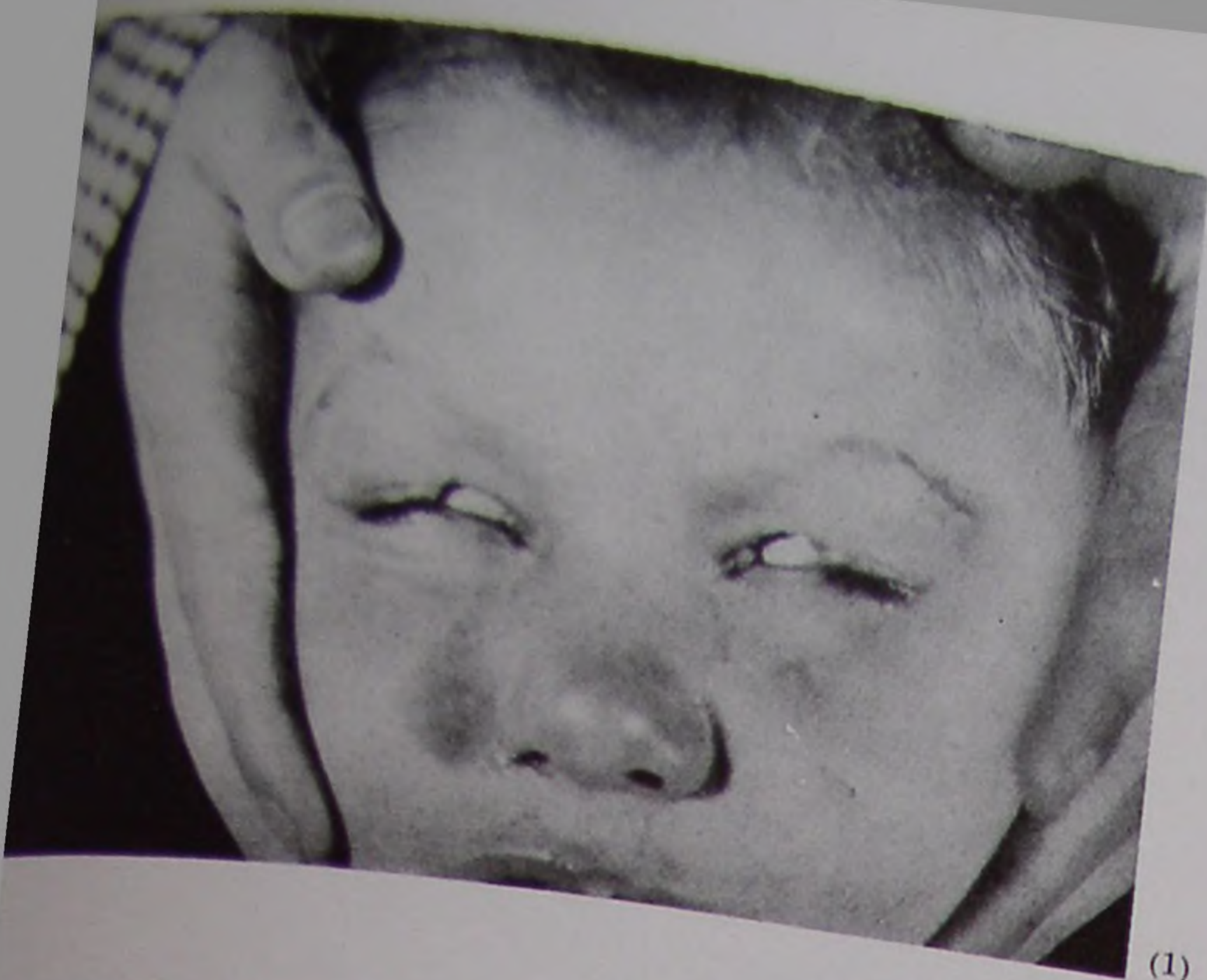
Производят ее путем создания углубления для будущего про- и введения в него кожного вкладыша на стендовом слепке. 6. Больная после проведения первой из перечисленных операций — 7. На детальном снимке видно, что веки сформированы удовлетворительно и что они не в состоянии удержать про- Потребуется дополнить веки свободными кожными лоскутами, вновь углубить глазное ложе. Коррекция крыла носа оказалась удовлетворительной.



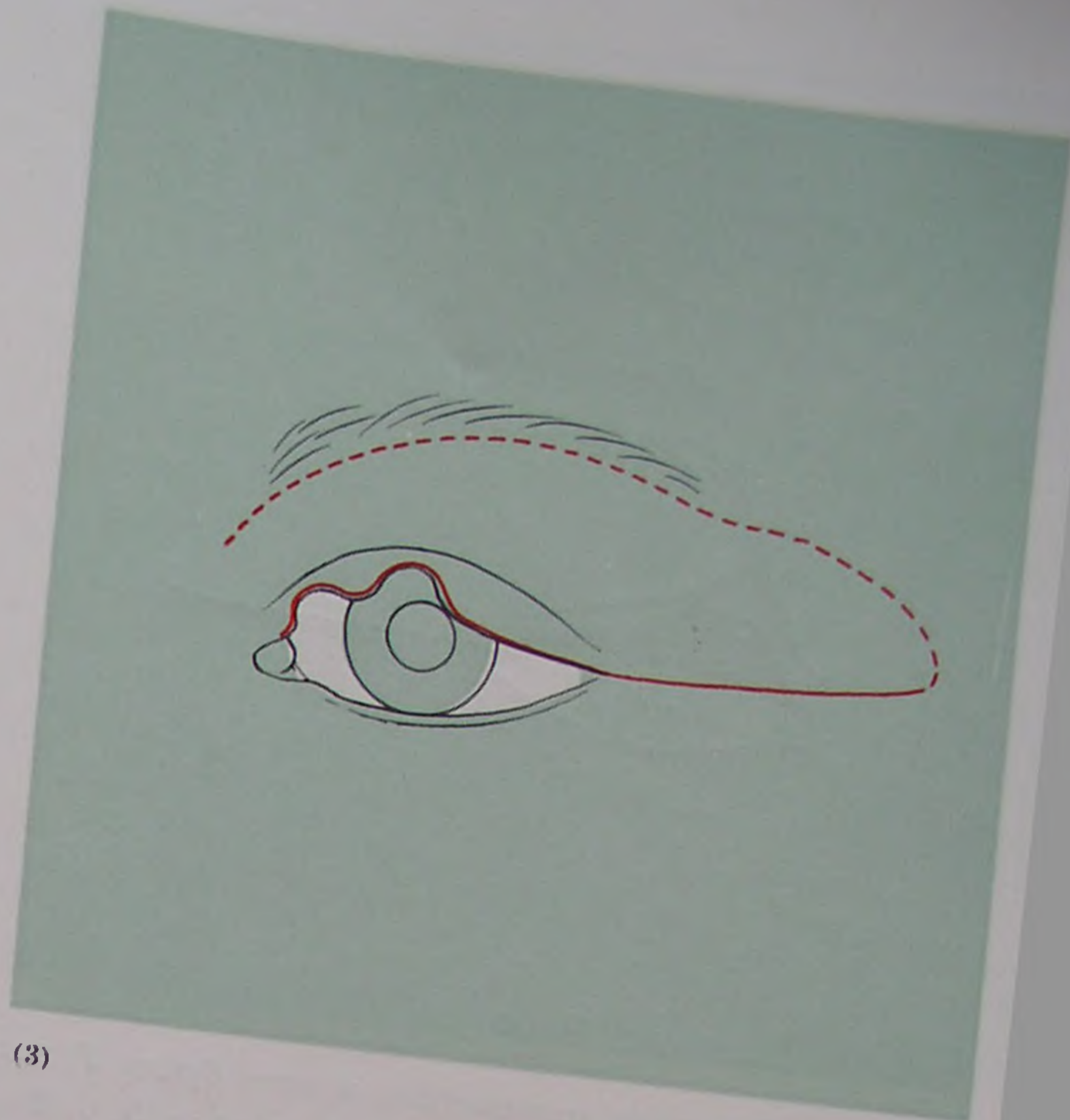
(6)



(7)



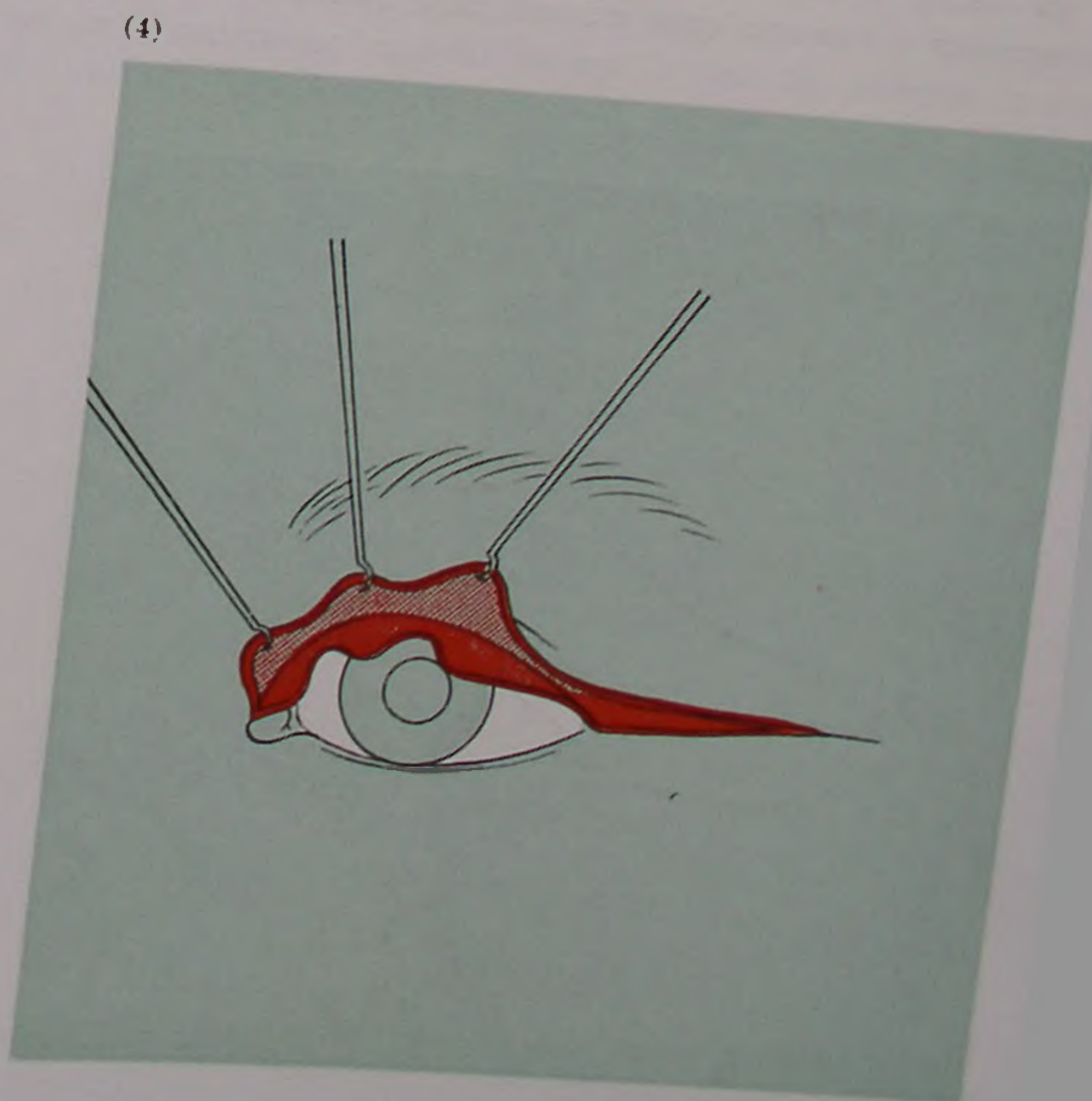
(1)



(3)



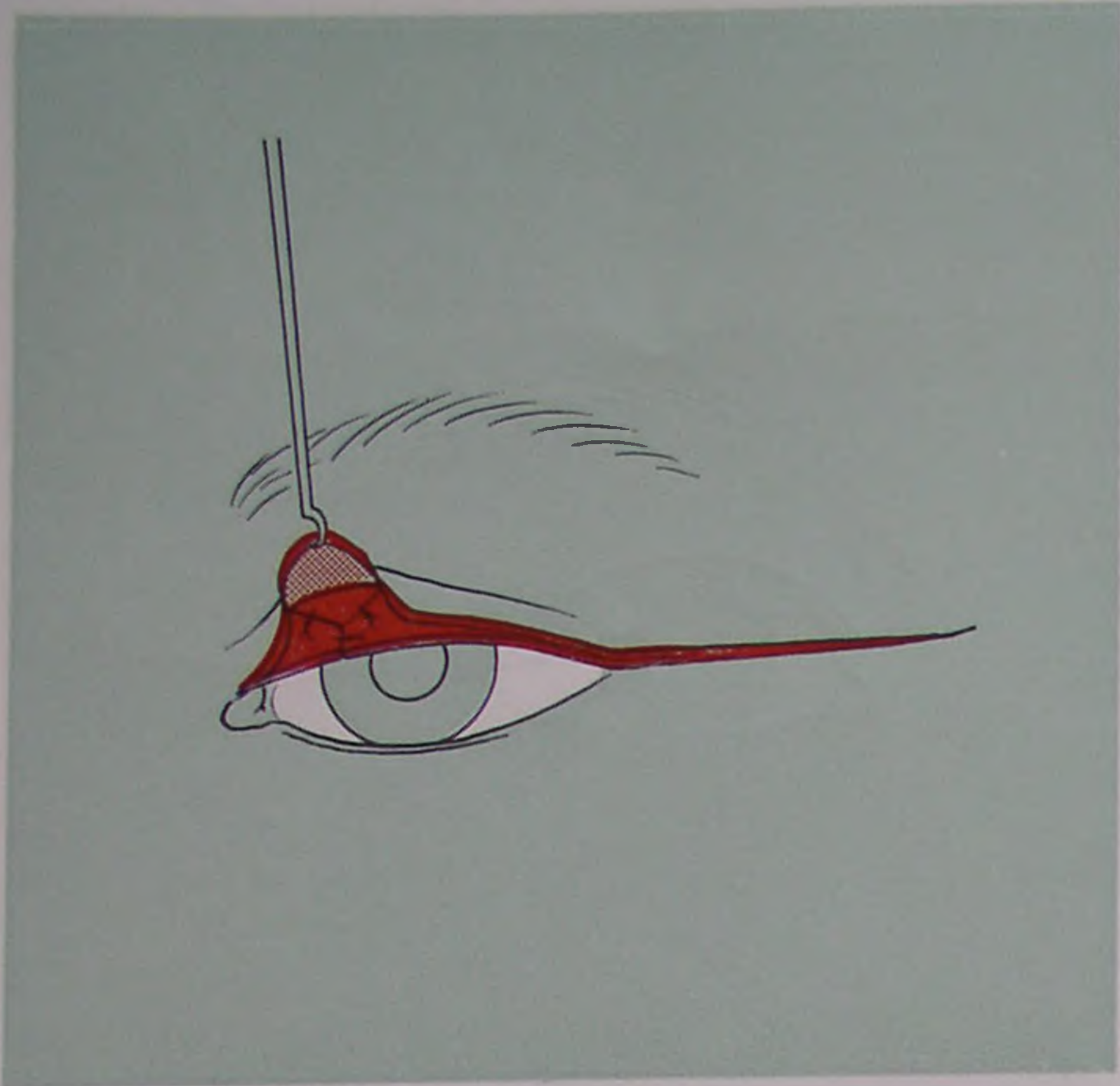
(2)



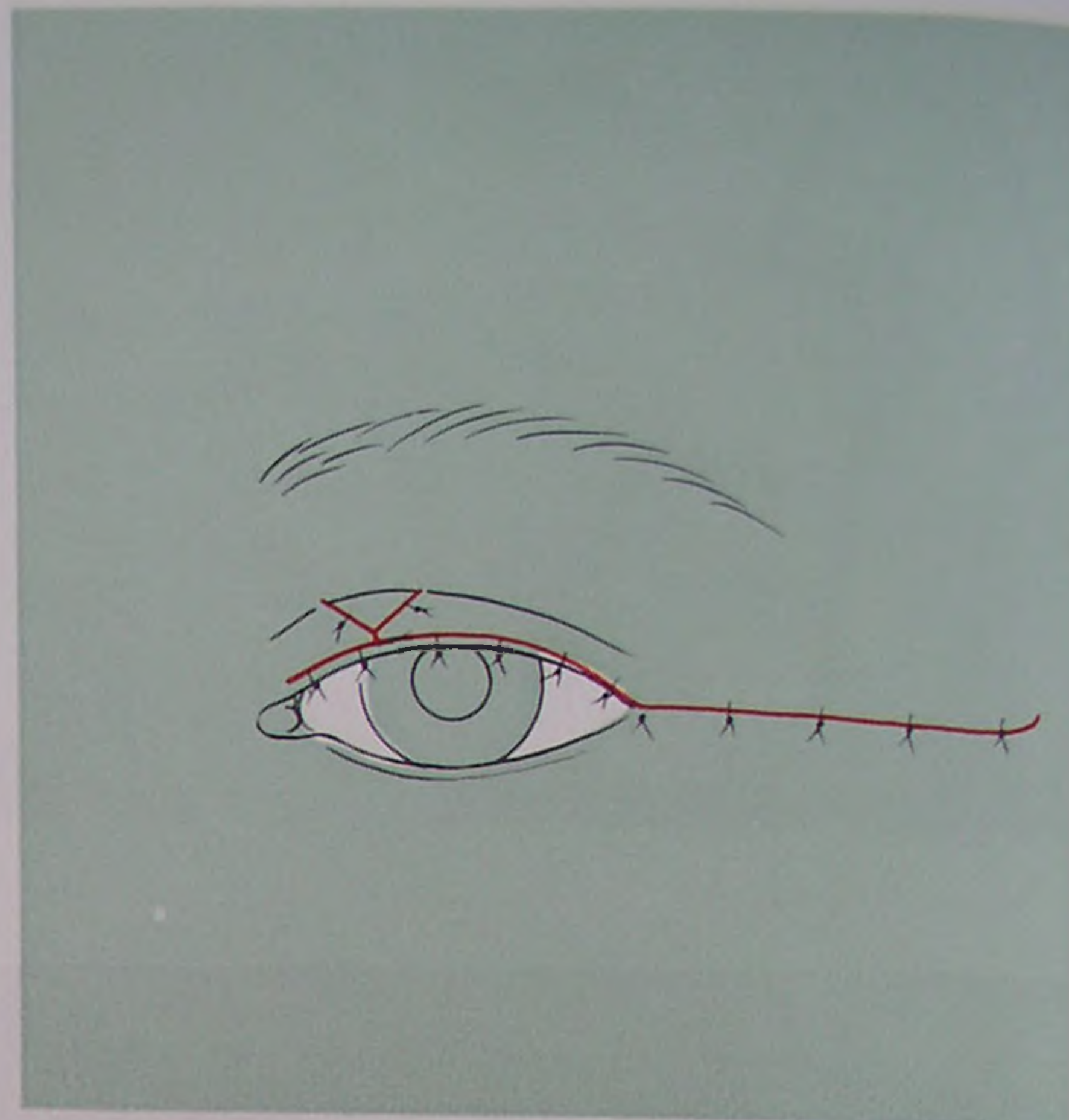
(4)

РИС. 211.

Колобомы обеих верхних век, распространяющиеся почти на всю их внутреннюю половину. Больная А. Д., 4 лет, история болезни № 8786. 1, 2. На левом глазу двойная колобома; по середине, из вершины колобомы исходит выступ кожи, сросшийся с конъюнктивой глазного яблока. — 3. Схема разрезов по краю колобомы, интрамаргинальный разрез века левого глаза. Из наружного угла глаза разрез проходит слегка изогнутой книзу дугой к наружному краю глазницы. Расслоение тканей века, обширная мобилизация кожи до верхнего края глазницы и боковой поверхности носа. — 4. Изоляция конъюнктивы, отсепарованной от внутреннего угла глаза в целях перемещения в медиальном на-



(5)

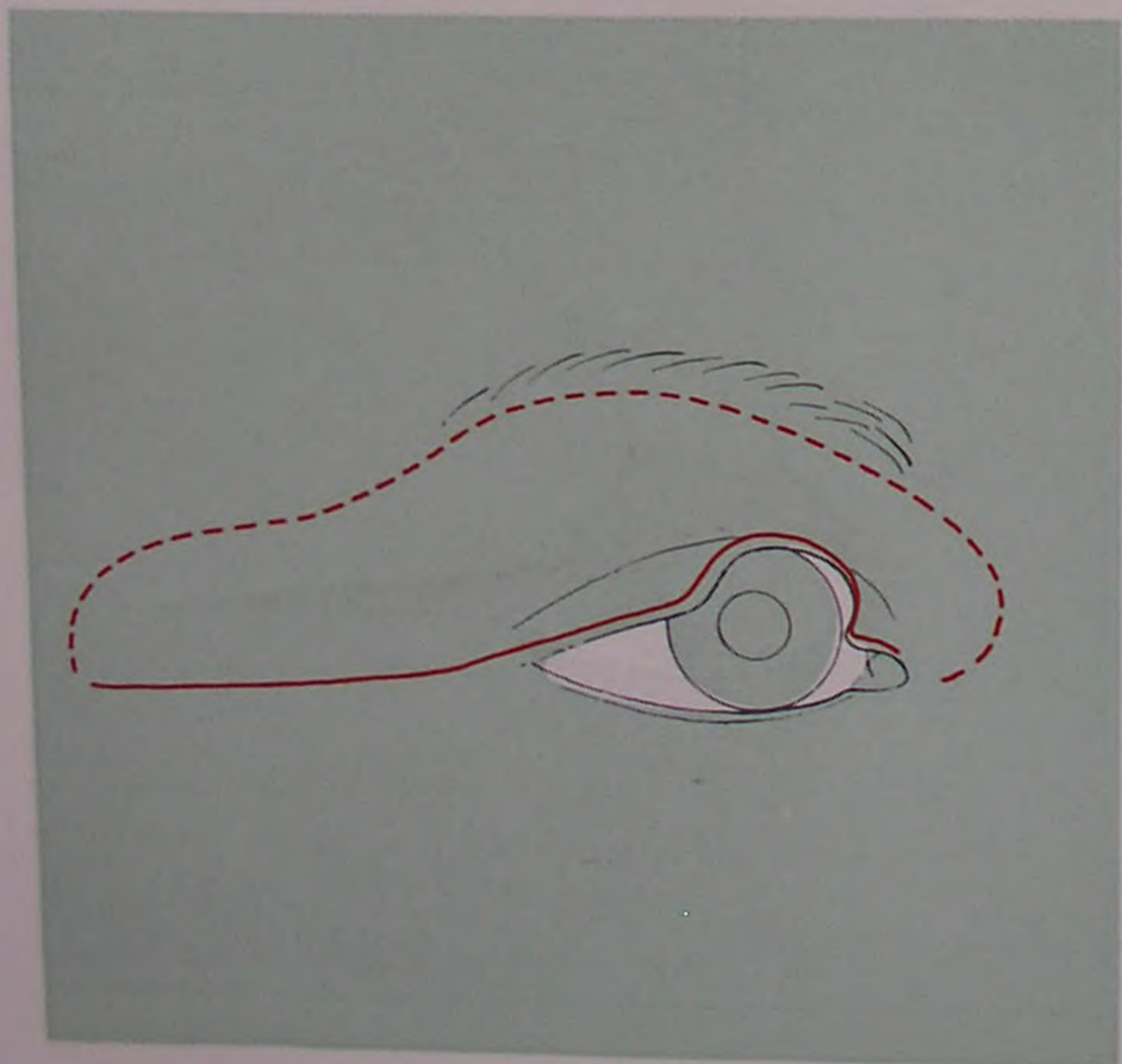


(6)

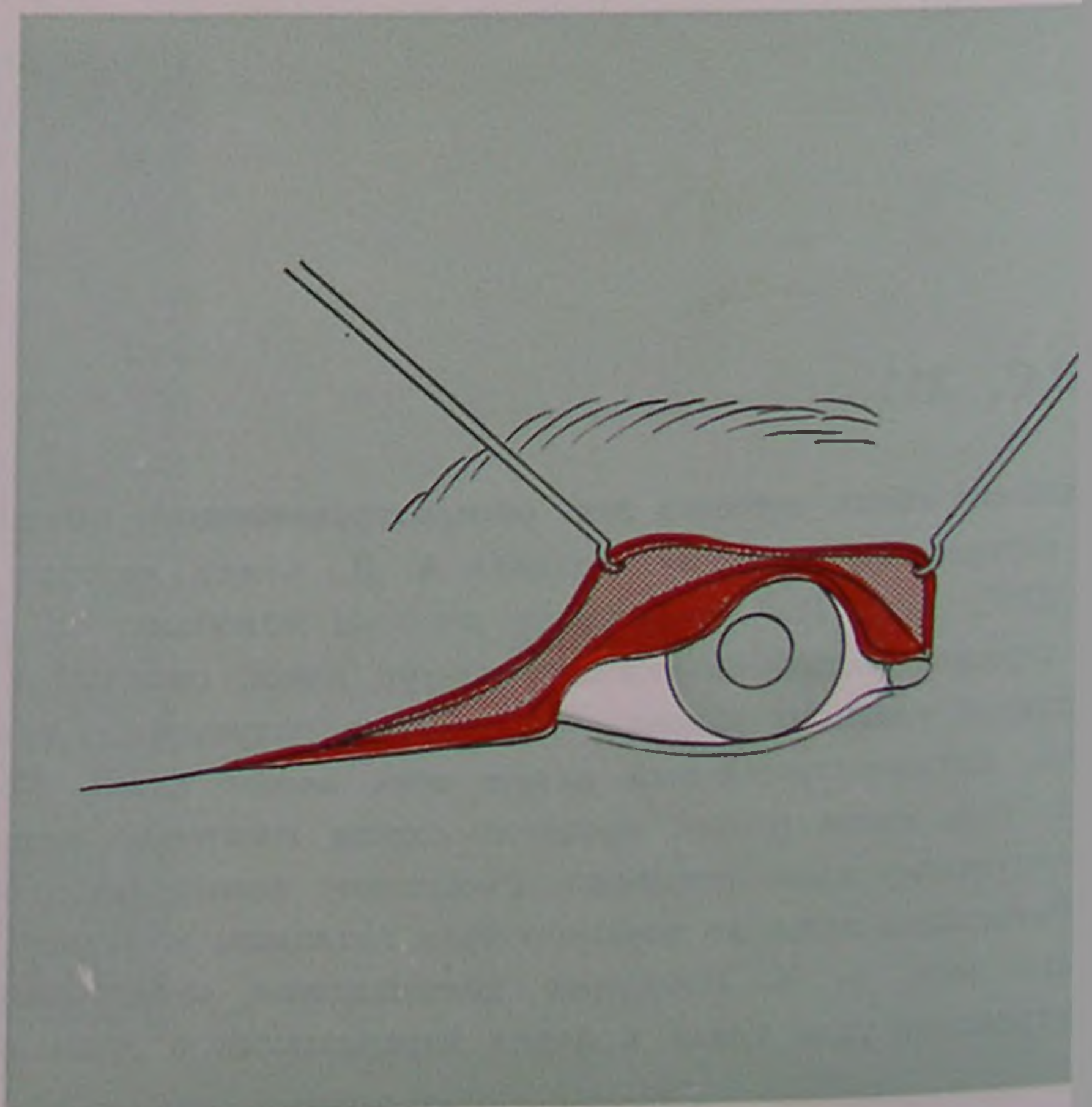
правлении. Сшивание конъюнктивы в виде буквы У после отсепаровки части, сросшейся с глазным яблоком. — 5, 6. В височной области горизонтальный разрез дополняется насечкой, направляющейся кверху, и позволяющей произвести в медиальном направлении смещение кожи. Затем производят легкое приближение кожи с противоположной боковой поверхности носа и накладывают на кожную рану шов тоже в виде буквы У. — 7. Больная после операции. — 8, 9, 10, 11. На втором этапе производят примерно аналогичным способом операцию по поводу колобомы правого глаза. В отличие от левого глаза перемещенная с правой стороны конъюнктива и кожа сшиваются прямолинейным швом, а на виске, в целях облегчения мобилизации верхнего века, производят у нижнего края клиновидное иссечение. — 12. Больная в возрасте 26 лет. С трудом можно различить, что веки немного тоньше в местах бывшего расположения колобом. На



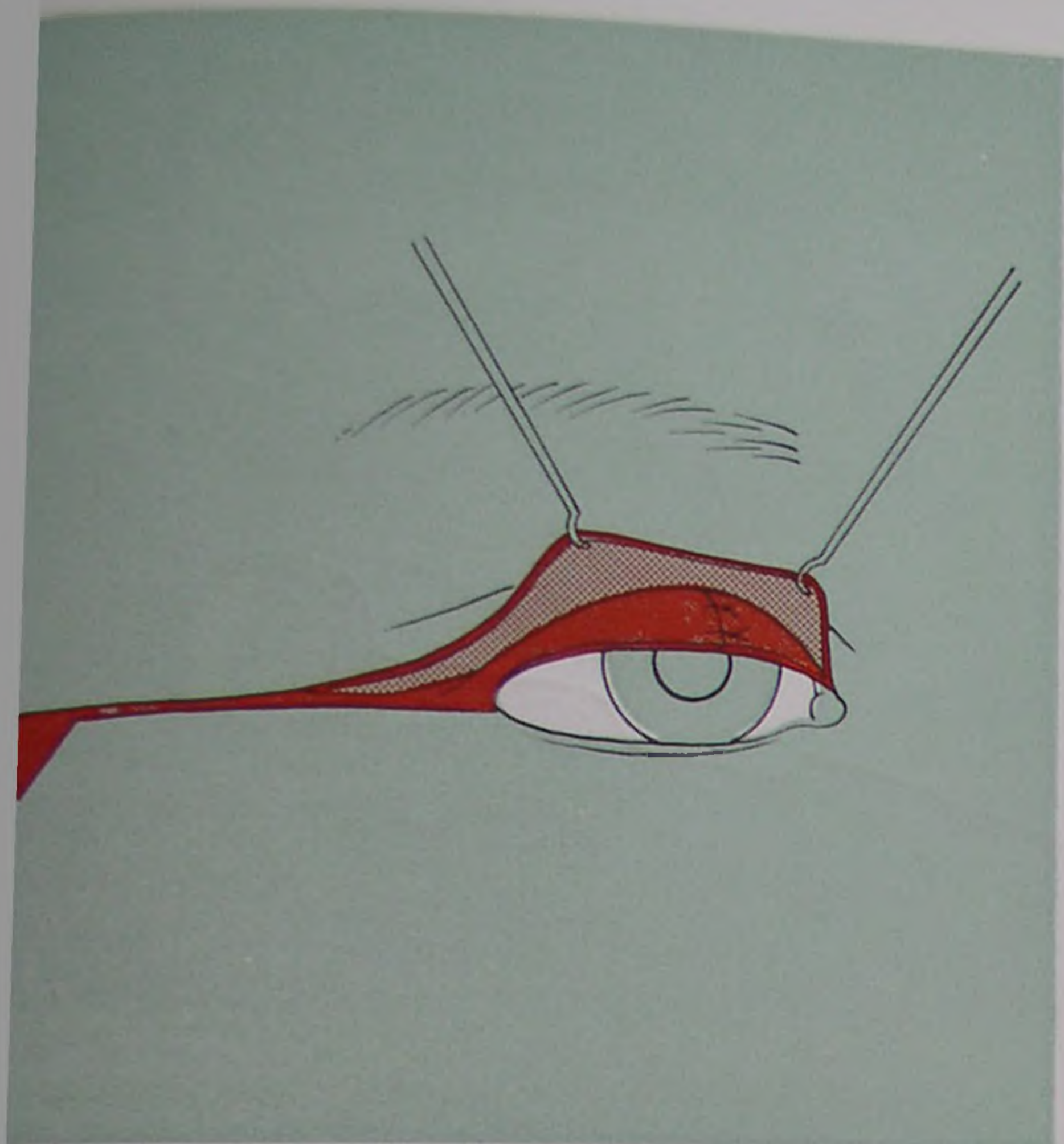
(7)



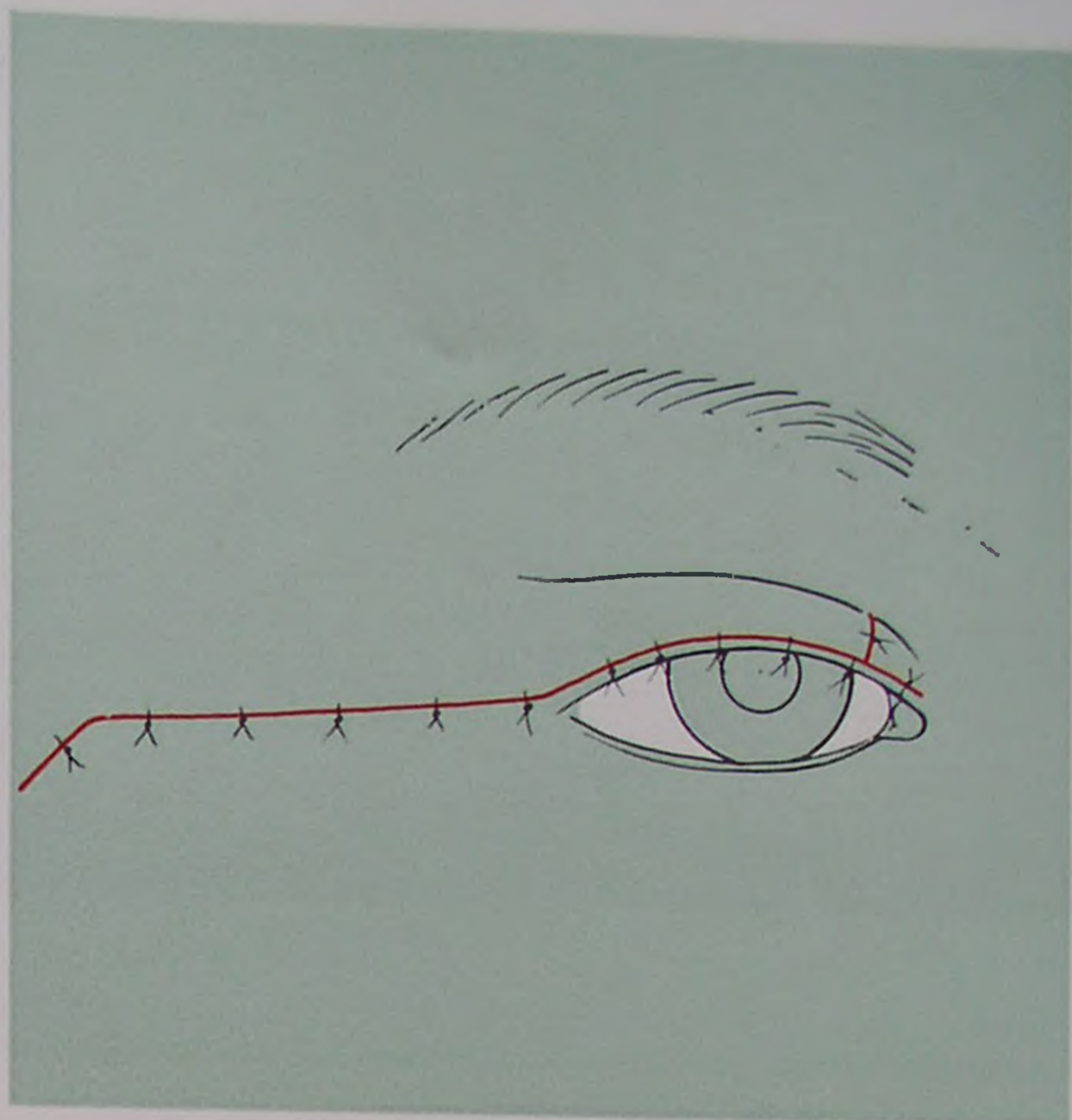
(8)



(9)



(10)

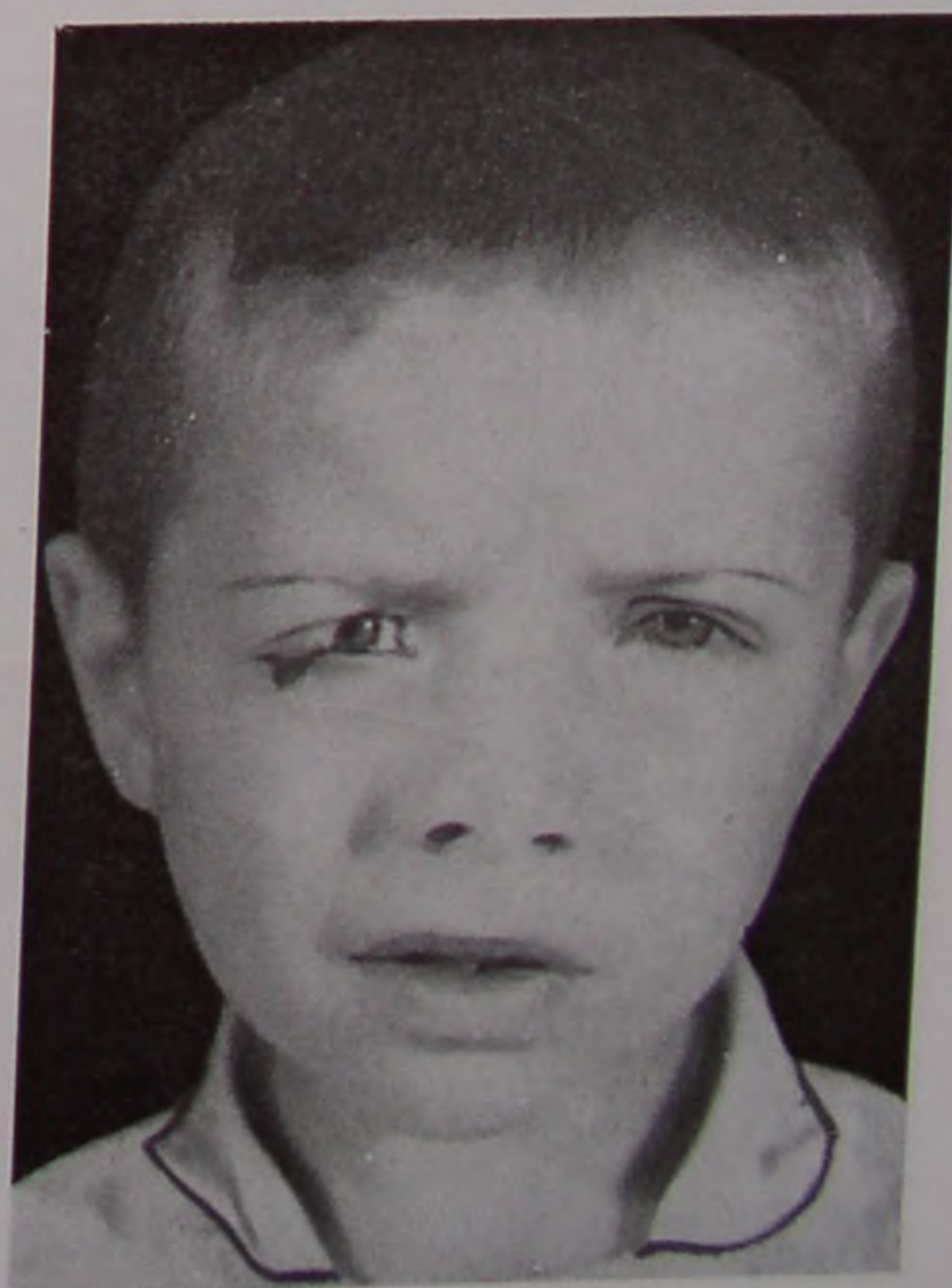


(11)

правом глазу край века в этих местах слегка вогнут. Больная не может плотно сжать век, во время сна остается незакрытой узенькая щель; это обстоятельство, однако, нисколько не тревожит больную.



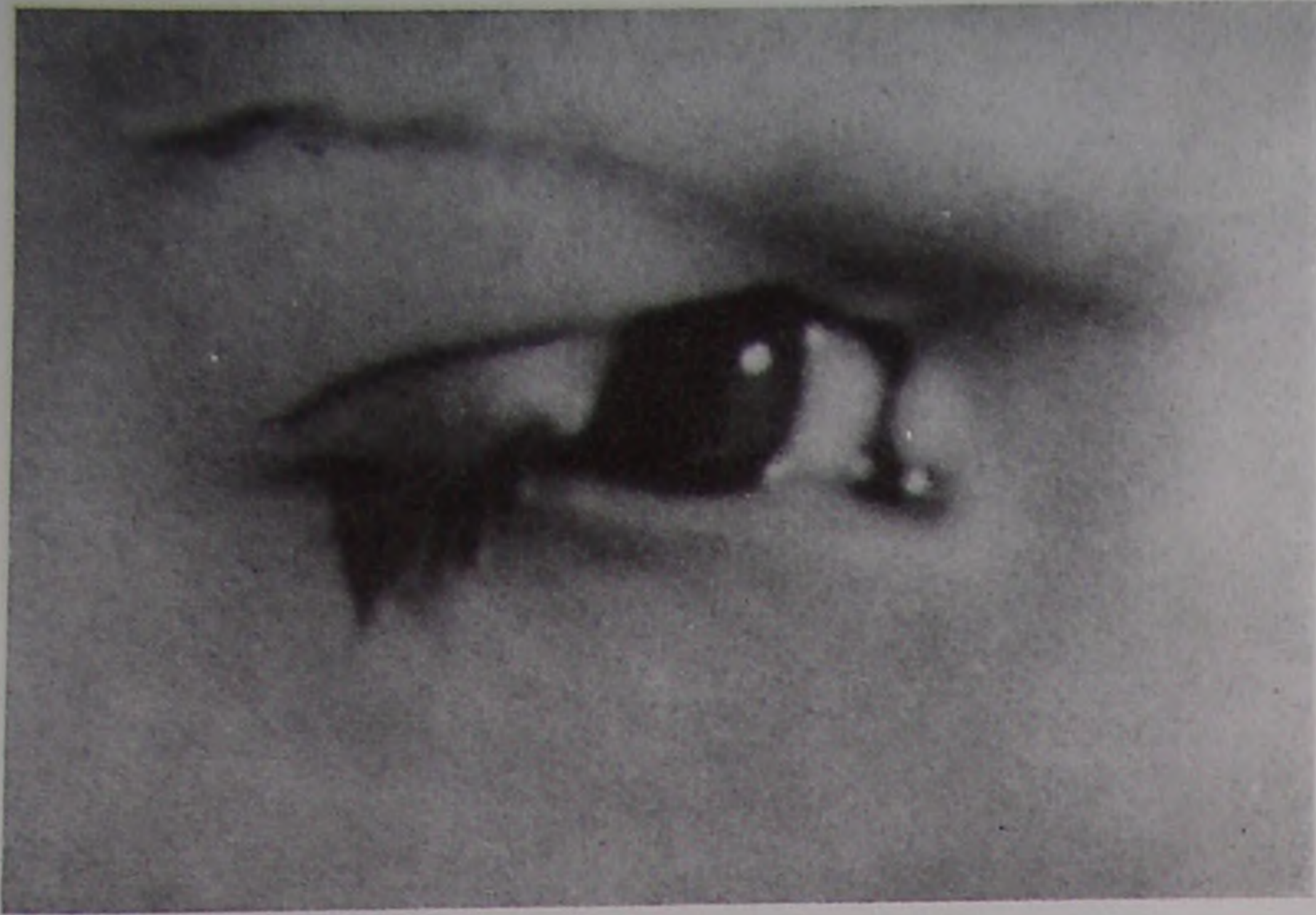
(12)



(1)

РИС. 212.

Врожденная колобома верхнего века правого глаза. Больной М. И., 7½ лет, история болезни № 4752. 1. Отсутствует вся внутренняя половина века; создается впечатление, что эта часть века была отсечена до горизонтальной складки. Линия брови века расположена несколько ниже, чем на другой стороне. — 2. На



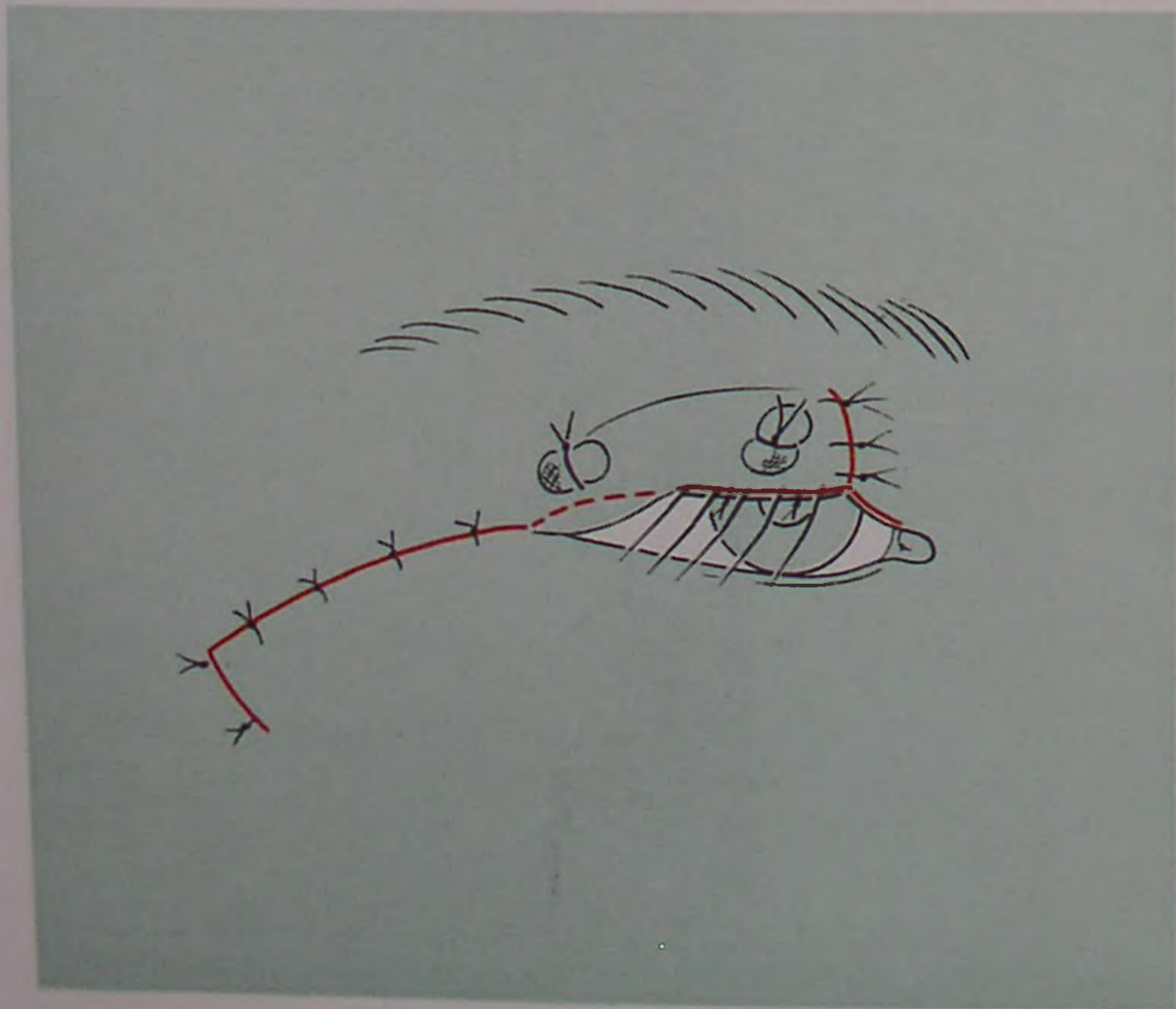
(2)

детальном снимке видно, что остаток века может прикрыть только край роговицы. — 3. Разрез ведут от наружного угла глаза таким образом, чтобы сохранившаяся половина века могла быть смещена к медиальному краю коллобомы, а латерально расположенная часть кожи заместила бы наружную часть века. Разрез позволяет сформировать из выкроенной ленты кайму нижнего края века. На конце разреза иссекают треугольный лоскут с целью свободного смещения кожи. — 4. Сделав разрез по интрамаргинальному пространству сохранившейся части века, производят расслоение его тканей. Конъюнктива с наружной части была целиком смещена и сшита с внутренним рудиментом. Затем производят сближение всей мобилизованной кожи и оба



(3)

слоя века сшивают двумя матрацными швами, концы нитей которых завязывают на марлевых валиках. — 5. Больная после излечения. Так как швы, наложенные на веко, разошлись, пришлось произвести дополнительную операцию. Незначительный птоз века потребовал произвести дополнительно операцию по Бласковицу.



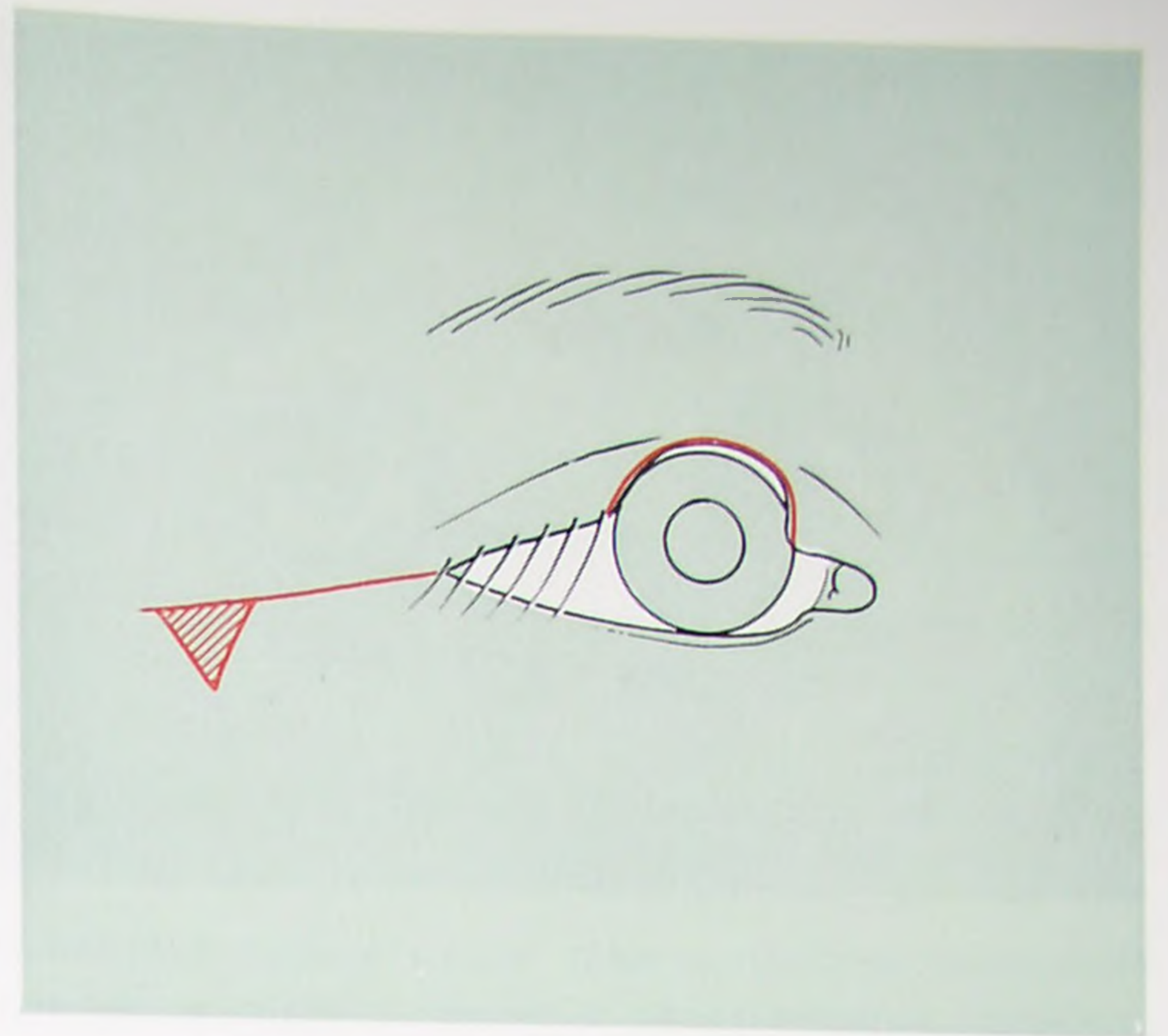
(4)



(5)



(1)



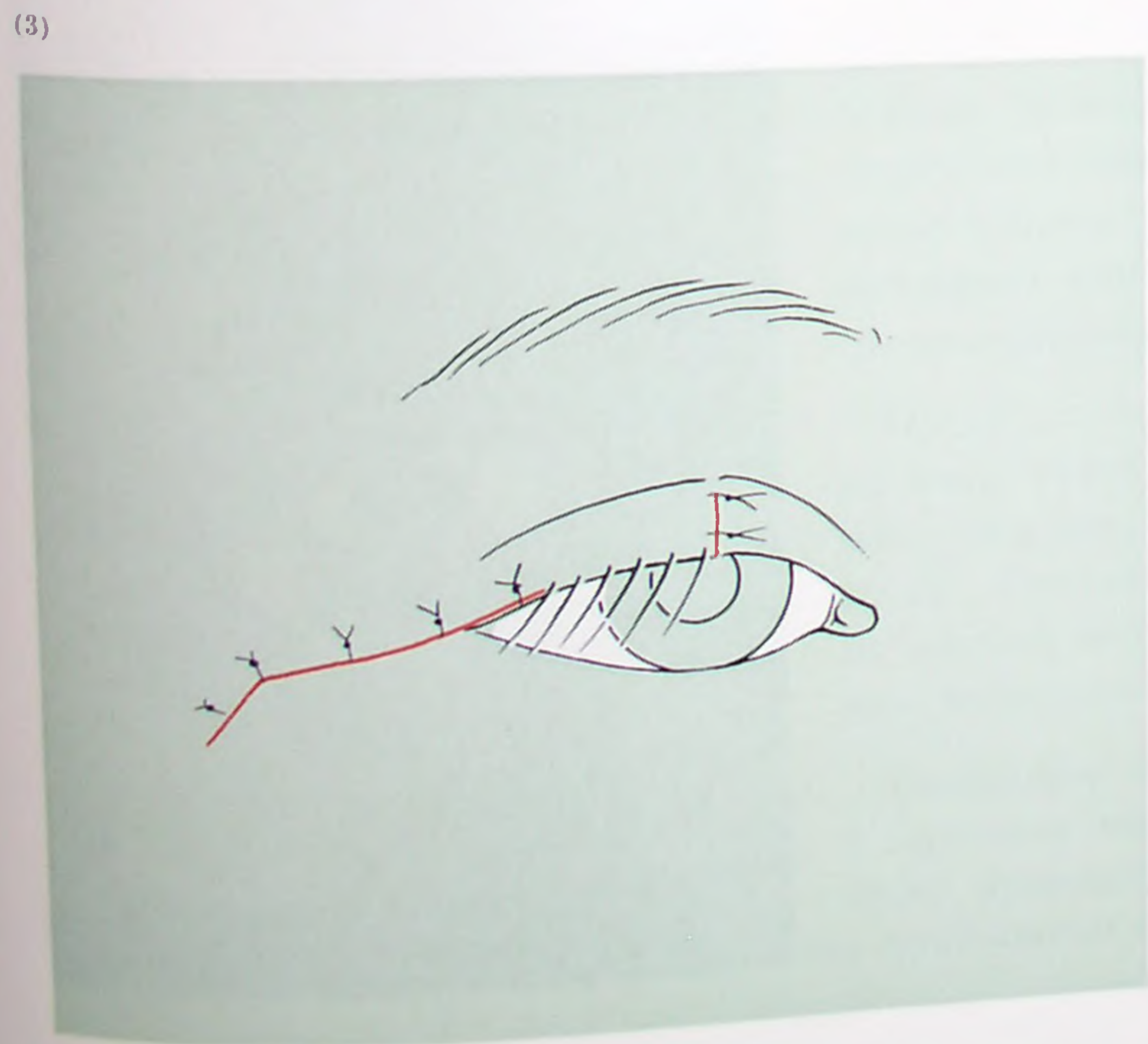
(2)

Р И С. 213.

Колобома правого верхнего века. Больная И. К., 1 года, история болезни № 11 689. 1. Из внутренней половины века во всю его толщину иссекают в виде полумесяца лоскут, шириной, равной примерно $\frac{1}{3}$ длины края века. — 2, 3. Схема восстановительной операции, производимой таким же методом, как и у предыдущего больного. — 4. Больная в возрасте 12 лет. Глазная щель слегка сужена и укорочена. — 5. Больная может полностью закрывать глаза.



(4)



(3)



(5)



(1)

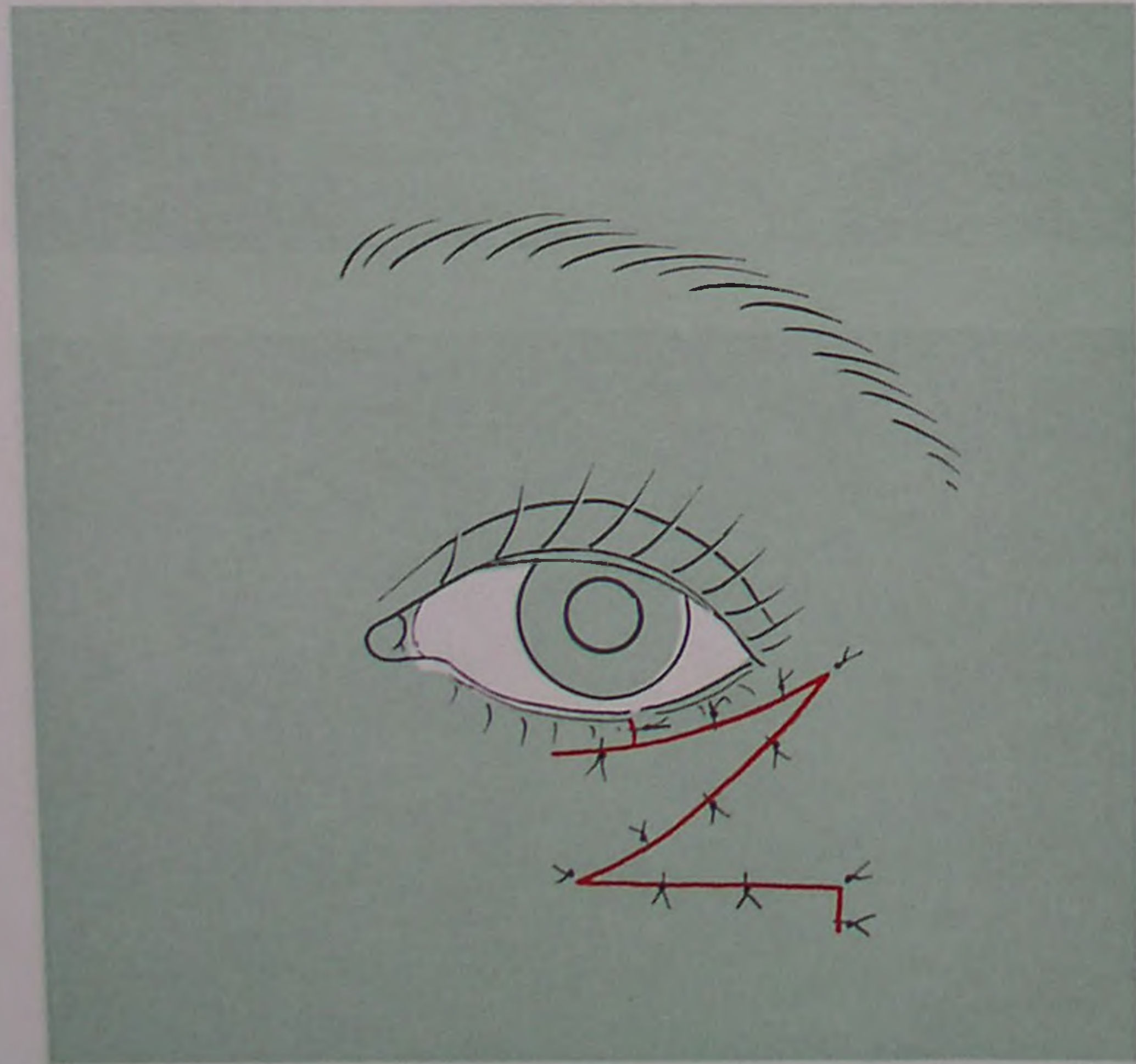
Р И С. 214.

Врожденный выворот века. Больная Г. Ч., 6 лет, история болезни № 2626. По поводу врожденного выворота века, весьма редкой аномалии, ребенок, как сообщили родители, подвергся операции вскоре после рождения. Результат операции оказался очень плохим: аномалия после вмешательства была выражена еще в более резкой форме. 1. Край века сильно вытянут. Кожа свернута в трубку; обусловлено это тем обстоятельством, что на веке имеется несколько рубцов, расположенных приблизительно па-

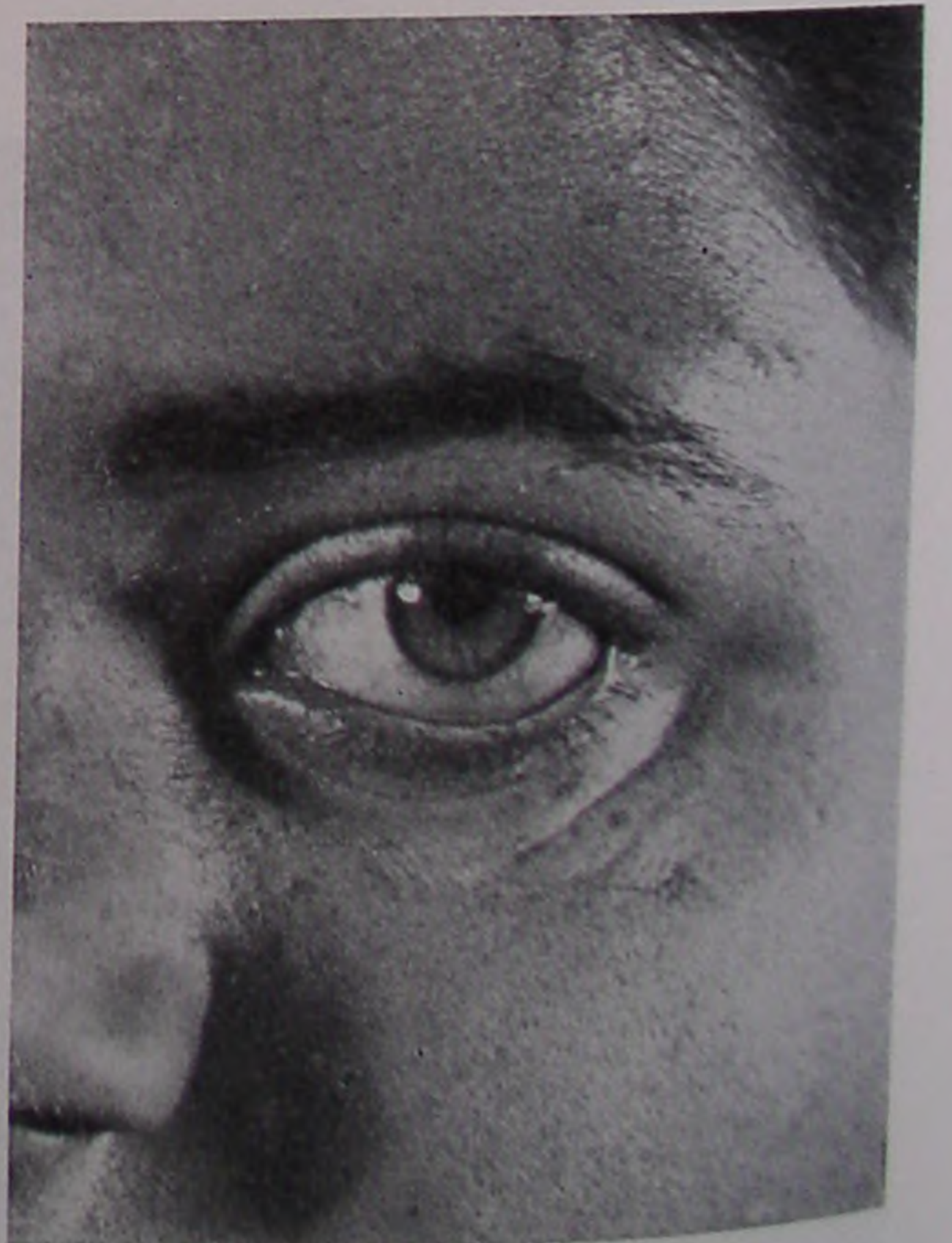


(2)

раллельно краю века. — 2. Произведено иссечение рубцов; конъюнктивальный мешок отсепарован от рубцов, а из кожи и хряща века выкроен ромбовидный лоскут. — 3. Кожа с обеих сторон смещена в виде больших треугольных лоскутов. Произведена перестановка встречных треугольников. — 4. Добиться полной коррекции не удалось. Левая глазная щель остается гораздо шире правой, глаз, однако, хорошо закрывается.



(3)



(4)

ДЕФЕКТЫ ВЕК ТРАВМАТИЧЕСКОГО И ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Ранение век относится к частым явлениям, в особенности при ранениях лица. При автомобильных авариях ранения век часто наносятся осколками стекла или возникают в результате удара о приборную доску.

Особым типом травм являются отрывы внутреннего угла глаза от внутренней связки, наблюдаемые, например, у лыжников при падении на рукоятку палки, а также при травмах, возникающих в связи с термическими и химическими ожогами.

На веках нагноения редки, зато имеется громадная тенденция век к сморщиванию.

Потеря кожи век, вызванная любым видом травмы, требует неотложной восстановительной операции в сотрудничестве с офтальмологом, который, в случае надобности, одновременно оказывает помощь по поводу травмы глазного яблока. Следует стремиться восстановить весь конъюнктивальный покров путем мобилизации соединительной оболочки свода. При больших потерях конъюнктивы на одном веке производят пересадку тарзokonъюнктивального листка второго века. В случае потери хряща века, рекомендуется, если позволят обстоятельства, произвести первичное замещение недостающей ткани путем свободной пересадки хряща ушной раковины. Свободные трансплантаты для замещения недостающей кожи берутся со второго века или с задней стороны ушных раковин, или, наконец, с нижней передней поверхности шеи при одновременно проводимой тарзорафии (рис. 196). При глубоких термических и химических ожогах следует, не раздумывая, произвести тарзорафию, как можно скорее удалить некротические ткани и после образования здоровых грануляций немедленно приступить к трансплантации.

Если травмы сопровождаются потерей кожного покрова век, то их последствием бывает выворот века, обусловленный сморщиванием возникших после травмы рубцов. Наиболее тяжелые последствия возникают после термического или химического ожога, если своевременно не была произведена трансплантация.

Приобретенные вывороты века иной травматической этиологии в большинстве случаев наблюдаются на нижнем веке, которое подвержено прямому воздействию больше, чем верхнее веко, защищенное надглазничной дугой. Естественно, что тяжелые травмы частично или полностью сводят на нет эту защиту, так что при них могут быть повреждены и в дальнейшем вывернуты оба века.

Принципы правильного лечения травмированных век еще не внедрены в практику всех хирургических и ортопедических отделений. Вот почему часто приходится сталкиваться с посттравматическими деформациями век, в особенности с их выворотами.

Дефекты век травматического происхождения в большинстве случаев расположены в поперечном направлении и осложняются ретракцией культи век. В редких случаях бывают поражены ткани только самого века. Обычно поражение век является одним из компонентов сложного увечья, поражающего и прилежащие органы и ткани.

Особенно часто приходится наблюдать дефекты и деформации краев глазницы, скуловой кости и носа. После переломов нижнего края глазницы, скуловой кости и дна орбиты наступает смещение глазного яблока, ограничение его движений с диплопией; эти осложнения зависят от степени поражения мышц и их фиксации отломками костей.

Восстановительные операции при травматических дефектах век часто очень сложны и затруднительны. Они требуют применения различных методов пластической хирургии, причем результаты оперативного лечения редко бывают вполне удовлетворительны.

При рубцовых выворотах необходимо производить как можно более совершенную мобилизацию века или его культи, иссечение рубцов, отсепаровку отдельных слоев века и втянутых частей, с последующим восстановлением всех его слоев (рис. 215). Конъюнктивальный мешок можно в большинстве случаев восстановить путем мобилизации соединительной оболочки свода или путем ее перемещения с другого века. Восстанавливать конъюнктиву методом свободной пересадки слизистой оболочки нижней губы или щеки приходится относительно редко. Хрящ века приходится замещать в том случае, если потерянная часть превышает половину его размера. Подходящим материалом оказывается хрящ ушной раковины. Для замещения кожи нижнего века можно использовать кожу верхнего века, в случае надобности взять ее со второго глаза; ширина иссеченной ленты кожи может достигать 1 см. Вообще же, для замещения кожи век, в особенности верхнего, применяют свободные трансплантаты с задней поверхности ушной раковины (рис. 220), из надключичной области, или с внутренней поверхности плеча; у мужчины может быть использована и кожа крайней плоти.

Лечение выворотов век воспалительного происхождения сложно, в особенности в тех случаях, которые являются последствием специфических процессов в нижних отделах глазницы, сопровождающихся возникновением дефектов костей. В эти дефекты втягиваются мягкие ткани — конъюнктивы, мышечный слой и кожа, объем которых бывает уменьшен в результате частичной гибели тканей в связи с нагноением, сопровождавшим первоначальное заболевание. В этих случаях следует особенно тщательно отсепаровывать все мягкие ткани, вросшие в кожный дефект, и дополнить нижний край глазницы костным или хрящевым имплантатом. Если дефекты кожи не слишком большие, то их можно закрыть путем перемещения кожи с прилегающих участков на большом протяжении.

Брови, по возможности, следует замещать методом свободной пересадки, соблюдая при этой операции крайнюю осторожность, о чем уже упоминалось в общей части (рис. 224). Если на коже лба и верхнего края глазницы бывают рубцовые изменения после воспалительных процессов, тяжелых травм и прежде всего ожогов, то возникает опасность, что сво-

бодный кожный лоскут не будет получать достаточного питания и что в лучшем случае наступит приживление только кожи, в то время как волосы выпадут и уже больше не вырастут, так как волосяные фолликулы в рубцовой ткани нового ложа погибнут. В этих случаях необходимо пользоваться лоскутами, выкроенными из волосистой части головы на ножке, содержащей височную артерию (рис. 225). Мы не рекомендуем пользоваться перекрученными лоскутами, выкроенными в виде ленты из брови противоположной стороны. На рисунке он выглядит прекрасно, в действительности же в большинстве случаев ведет к повреждению второй нормальной брови, из которой был выкроен; что же касается самой ленты, то она некротизируется.

ОПУХОЛИ ВЕК

К доброкачественным опухолям относятся прежде всего часто встречающиеся халязионы, лечение которых проводится офтальмологами, затем папилломы, фибромы и пигментные пятна, которые обычно не являются источником серьезных жалоб. При наличии гемангиом следует придерживаться выжидательной тактики или попытаться задержать рост опухоли путем электрокоагуляции.

Более сложно лечение при сосудистых пятнах, являющихся частью больших по размерам образований, расположенных по соседству с веками. При наличии сосудистых пятен приходится производить иссечения и замещение кожных дефектов; эти вмешательства следует сочетать с одновременно проводимыми операциями по устранению пятна в прилежащих участках.

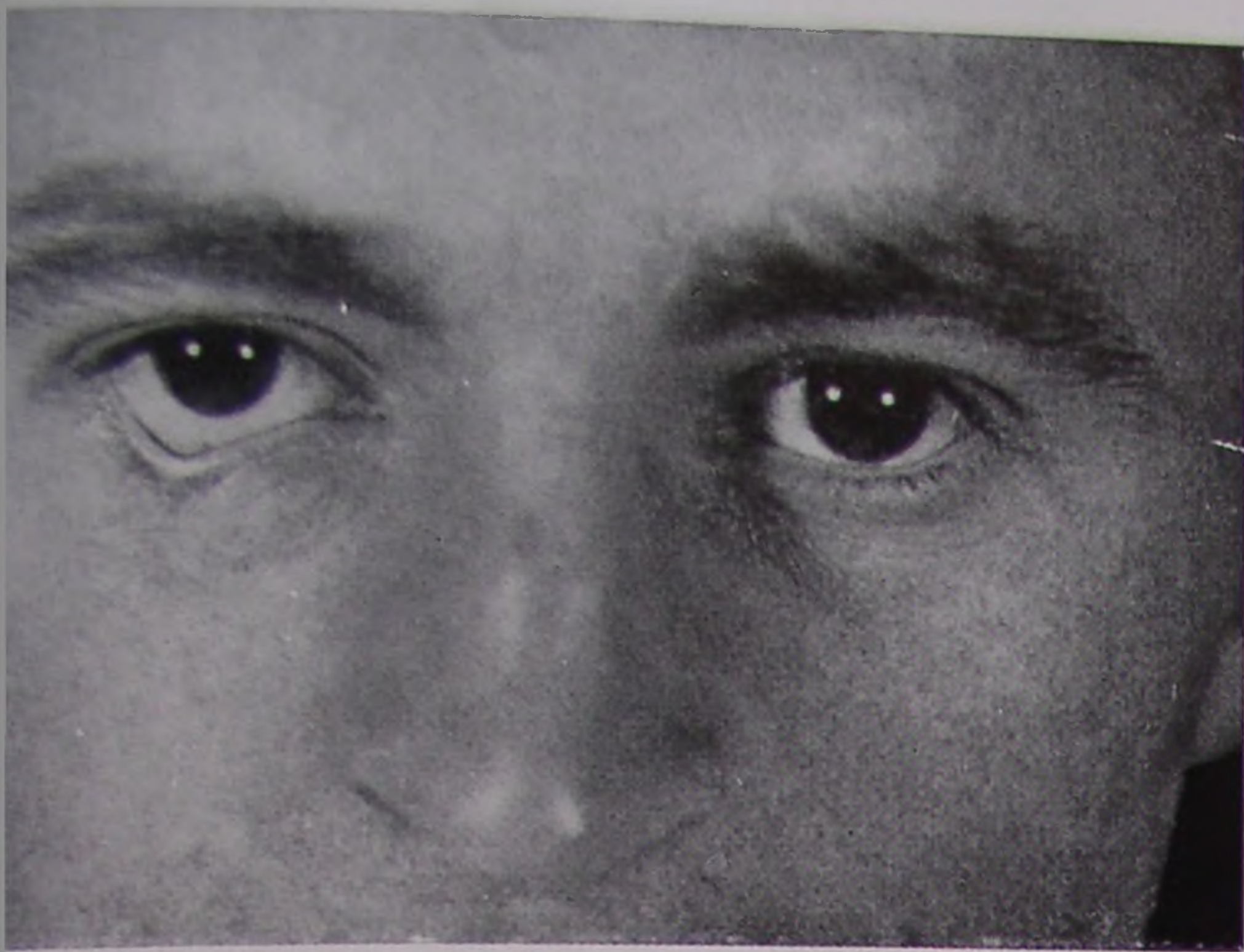
Особое место занимают ксантомы, являющиеся очень часто местным проявлением конституционной дистрофии. У этих опухолей наблюдается склонность к рецидивам, или же опухоли образуются на новом месте. Встречаются и случаи множественного появления этих опухолей. Опухоли небольшого размера можно иссекать (рис. 231), при рецидивах следует соблюдать осторожность, в особенности на нижних веках, где при иссечении кожи легко возникает выворот века. При крупных и множественных ксантомах следует учесть возможность обширной экстирпации опухолей с последующей пересадкой кожи.

Более сложным является вопрос о лечении злокачественных опухолей. Принято считать, что опухоли век, имеющие характер базалиом, отличаются малой злокачественностью, а потому многие офтальмологи и хирурги иссекают их в узких границах. Поэтому часто приходится наблюдать рецидивы опухоли, хирургическое вмешательство при которых бывает уже более сложным. Необходимо во всех случаях производить радикальную экстирпацию опухоли. Если после операции нет возможности в достаточной степени мобилизовать прилежащую кожу, то надо произвести дугообразное сближение краев или выкроить лоскут из прилежащих тканей. В некоторых случаях приходится смещать всю щеку или производить свободную пересадку кожных трансплантатов (рис. 232—236).

ЖИРОВЫЕ НАВИСАНИЯ И МОРЩИНЫ ВЕК

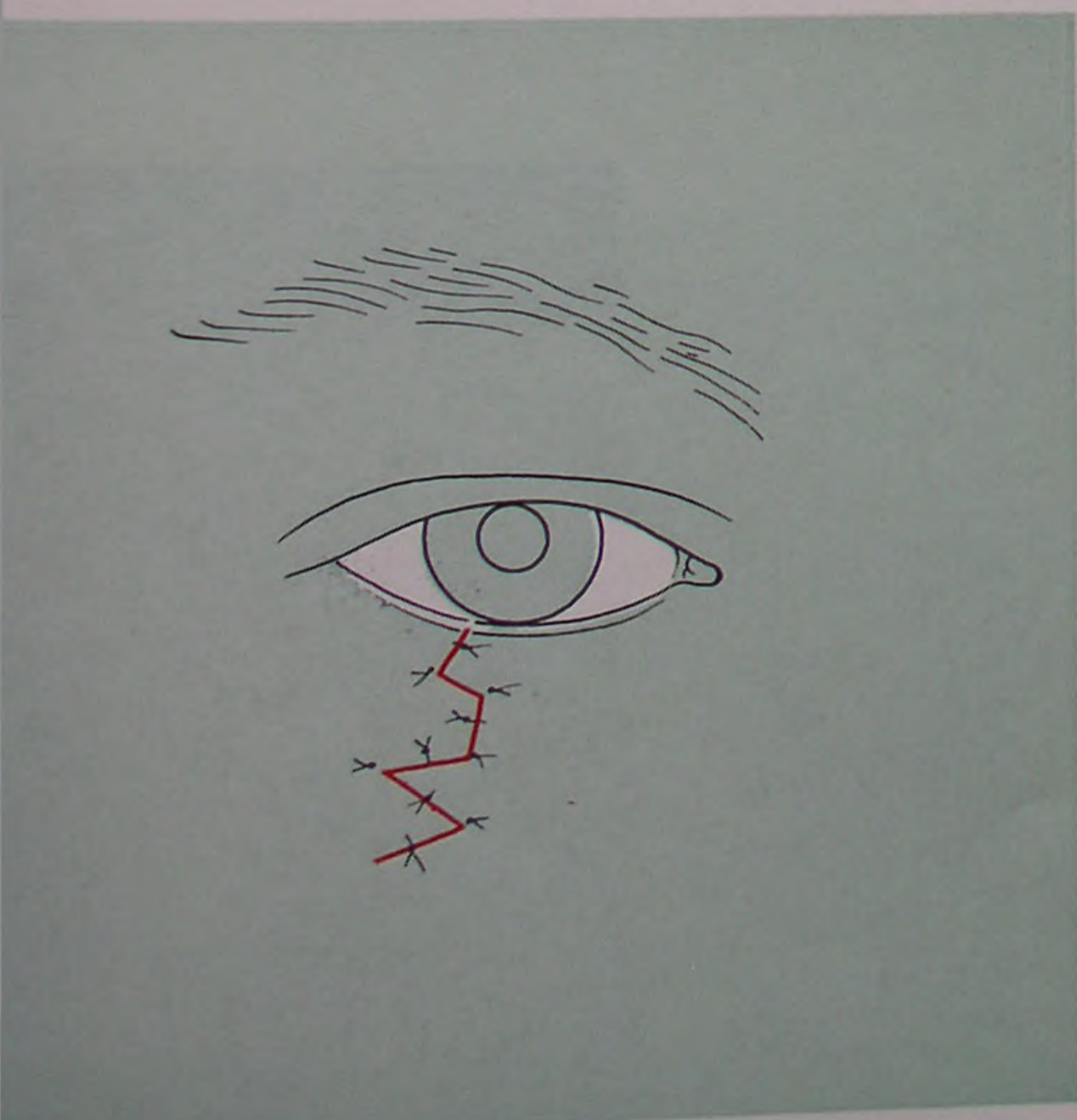
Орбитальный жир в нижних веках расположен в трех секторах, отделенных друг от друга тонкими перегородками; в верхних веках имеется по два таких сектора (рис. 237). У некоторых лиц круговая мышца глаза, в особенности в области нижних век, бывает гипопластической. Мышечные волокна в таких случаях не отличаются густотой, а глазничная фасция бывает очень тонкой, так что жир может проникать между мышечными волокнами. Жировые нависания можно удалить путем несложного хирургического вмешательства. Следует заботиться о том, чтобы были вскрыты все секторы. Отверстия в орбитальной фасции зашиваются тонкими кетгутовыми швами.

Морщины век мы удаляем путем полной мобилизации кожи век, которую следует тщательно отсепаровывать от волокон круговой мышцы глаза. Избыток кожи иссекается у самого края нижнего века, разрез другообразно ведется в височном направлении, где производится клиновидное иссечение кожи. При иссечении избытка кожи необходимо соблюдать большую осторожность и точно отмерить подлежащую срезанию кожу. На верхнем веке веретенообразный лоскут иссекают параллельно краю века таким образом, чтобы можно было создать нормальную борозду века и ресницы (рис. 238—241).



С. 215.

патический выворот нижнего века правого глаза. Больной 19 лет, история болезни № 4894. 1. Край внешней половины века оттянут и вывернут тягой рубца, который в форме дуги в латеральном направлении направляется в область, расположенную под нижним краем глазницы; от главного рубца отходят в обе стороны два небольших рубцовых



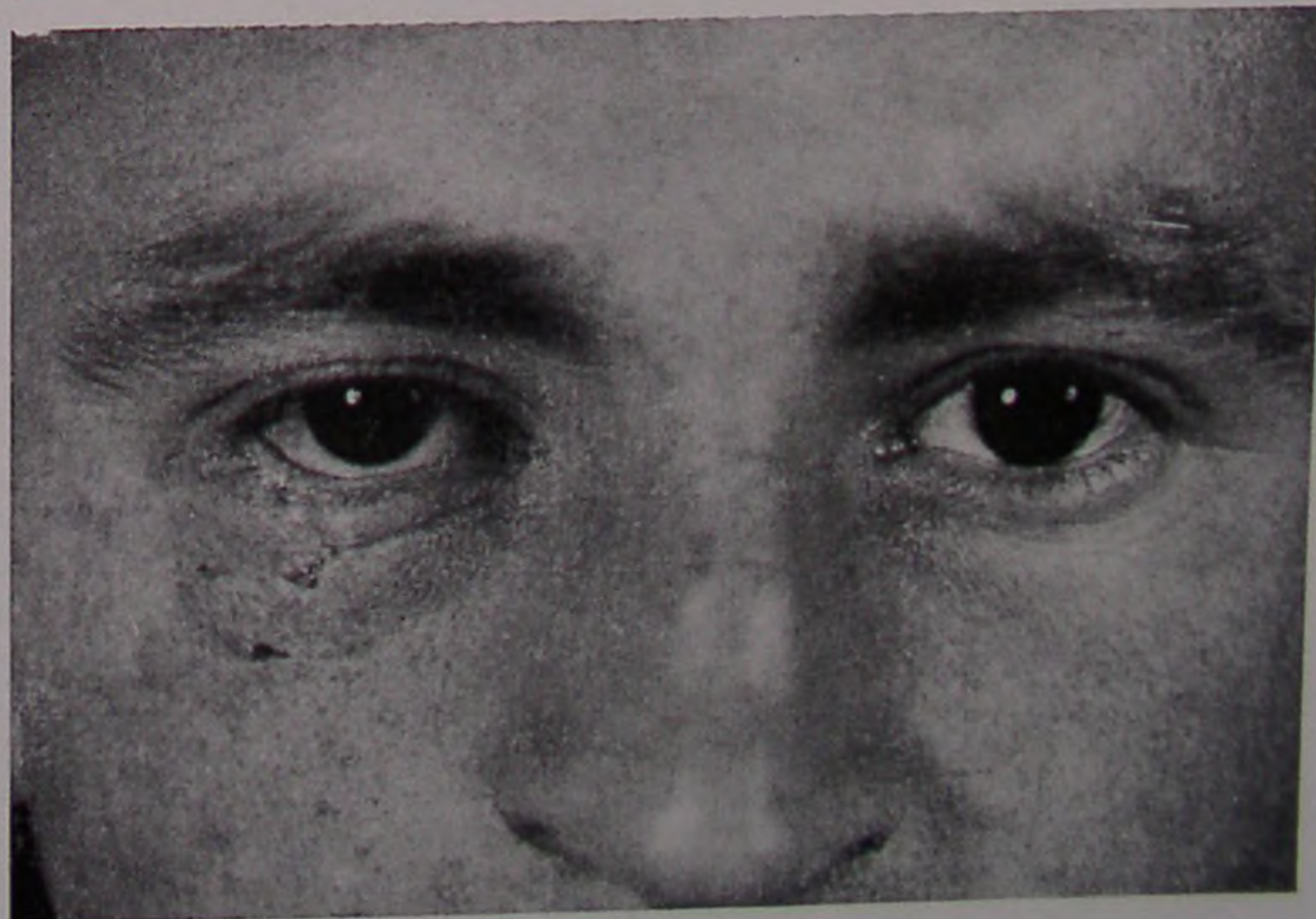
(2)



выступа. — 2. Схема иссечения рубца и боковых рубцовых выступов. — 3. С обеих сторон возникли клиновидные лоскуты; производят их перестановку. — 4. Больной сразу же после заживления раны. Край века выравнен. Операция произведена Вацлавом Карфигом.

(3)

(4)





(1)

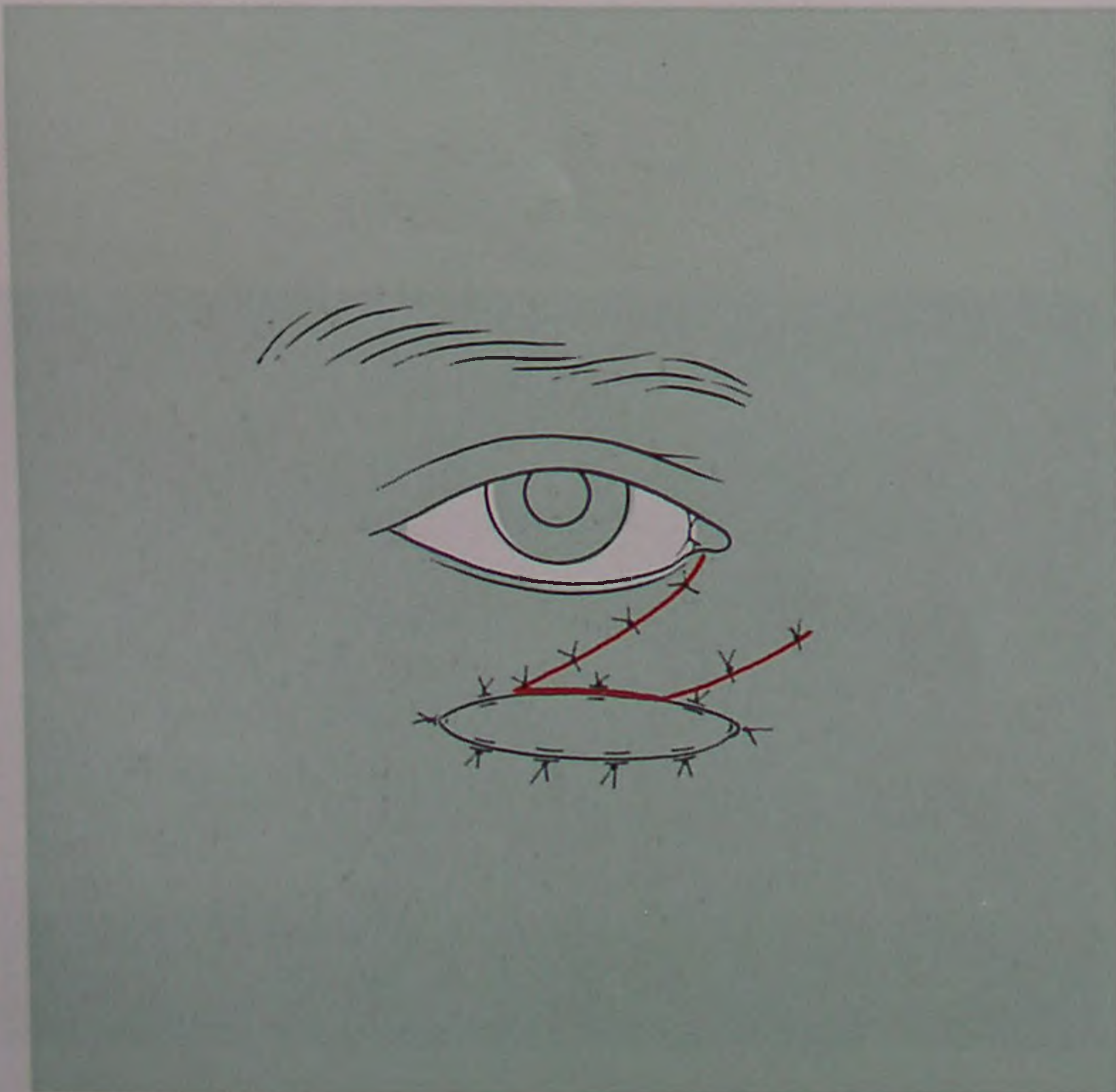


(2)

Р И С. 216.

Резко выраженный послеожоговый выворот нижнего века правого глаза. Больной В. П., 8 лет, история болезни № 5022. 1. Внутренний конец нижнего века сильно оттянут от внутренней связки книзу; между этим концом и слезным мяском проходит широкий рубец. — 2. Схема разрезов для иссечения рубца конъюнктивы и краев века. Мобилизованное нижнее веко приподнято кверху,

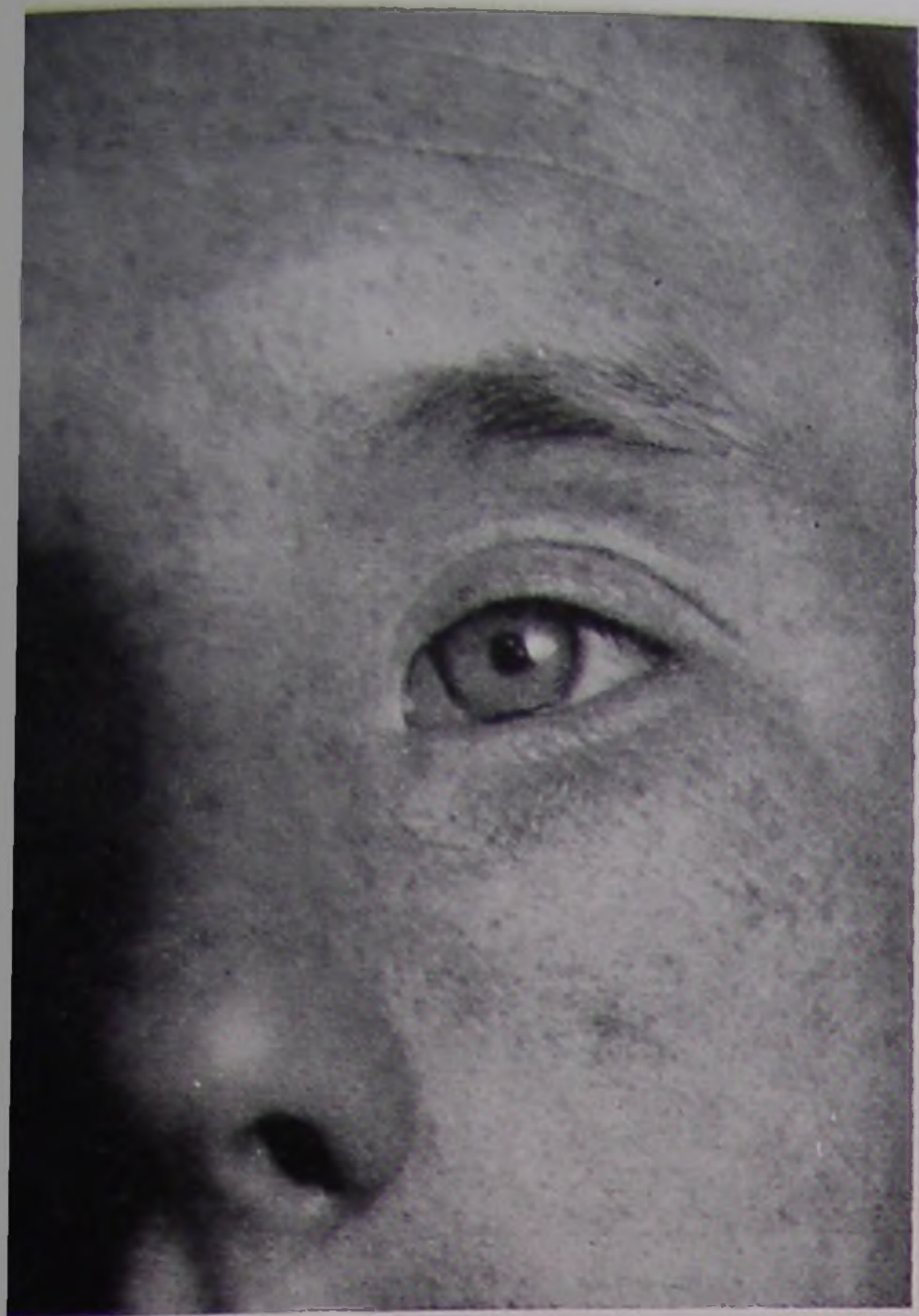
его фиксируют у внутреннего угла глаза к внутренней связке. На щеке ниже века образовался дефект, на который произведена пересадка кожи во всю толщу в связи с неблагоприятным состоянием окружающей кожи. — 3, 4. Больной после излечения. Внутренняя часть глазной щели остается несколько открытой.



(3)



(4)



(1)

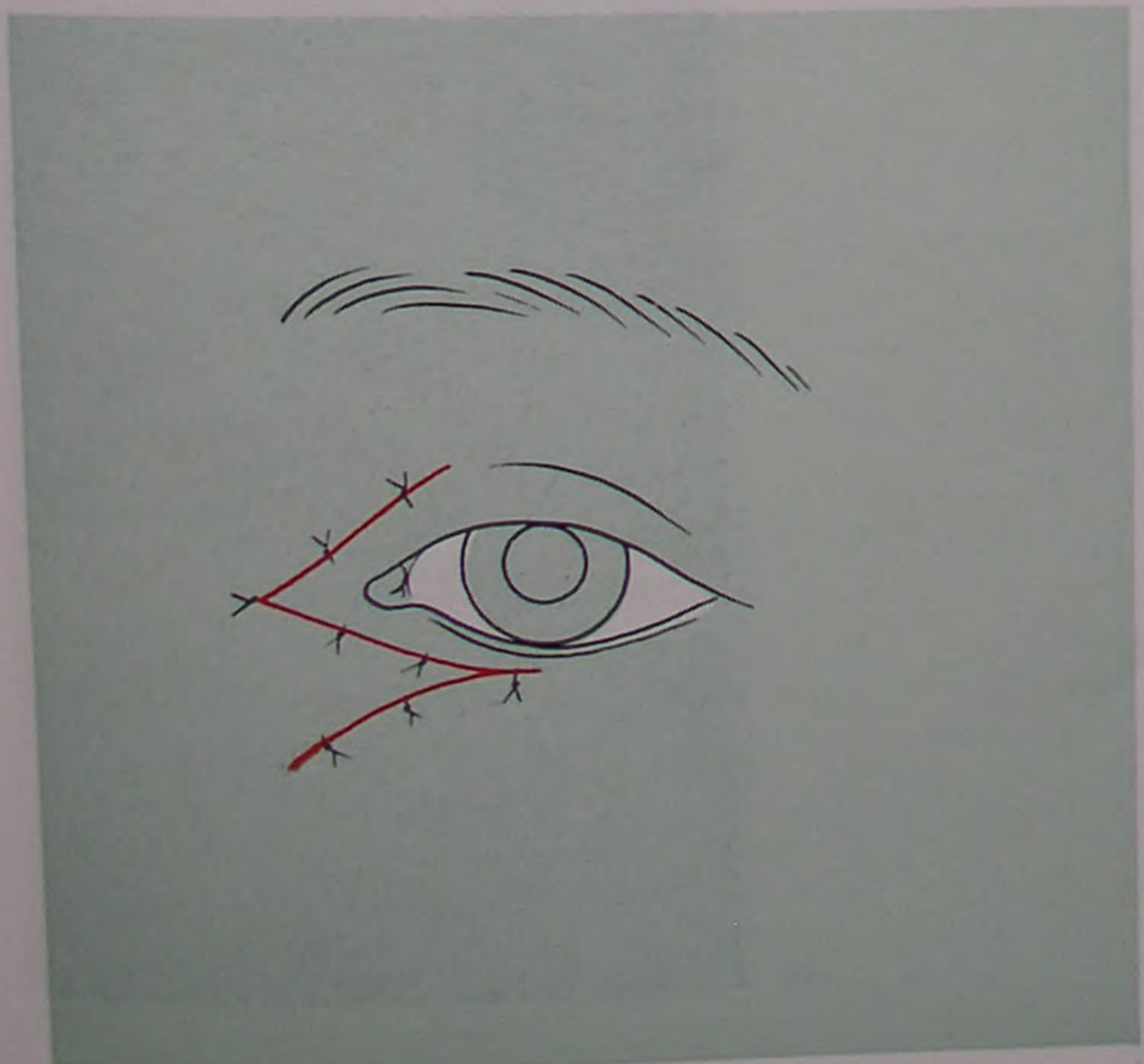


(2)

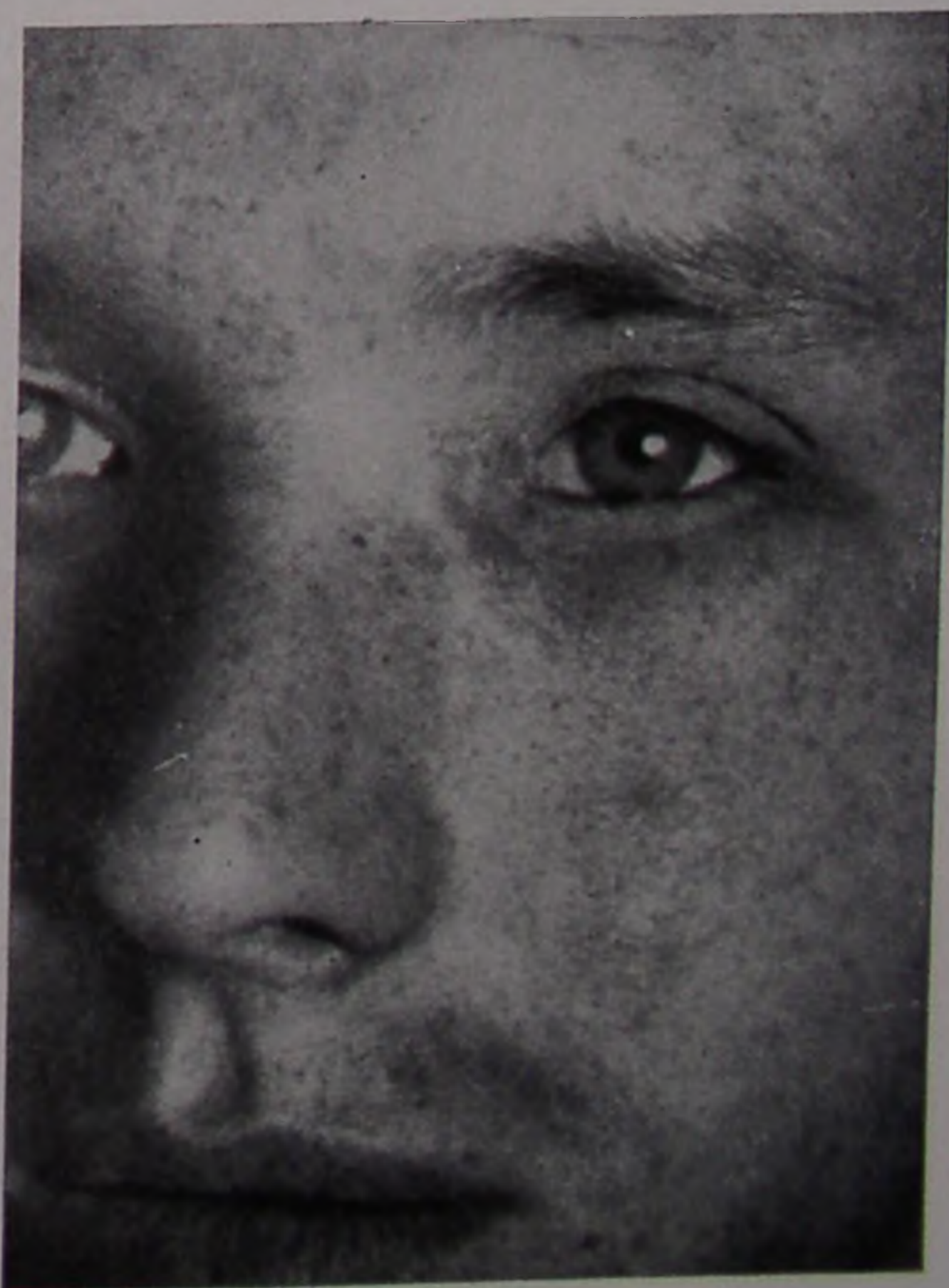
РИС. 217.

Посттравматические дефекты нижнего века. Больной О. К., 26 лет, история болезни № 233. Последствием лыжной травмы у больного явился перелом носовых костей и внутреннего отдела надбровной дуги, открытая рана внутреннего угла глаза и отрыв нижнего века от внутренней связки. 1. Внутренний угол левого

глаза широк; рубцевые изменения кожи; нижнее веко оттянуто от глазного яблока по направлению книзу. На веке имеется травматическая колобома. Рубец фиксирован к боковой поверхности носа и в то же время стягивает вниз край верхнего века. — 2. Схема разрезов. На верхнем веке вырезан треугольник над внутренним углом глаза с ножкой на боковой поверхности носа. — 3. Производится перестановка встречных треугольных лоскутов. На следующем этапе операции производят иссечение рубца в области внутреннего угла глаза и фиксацию внутреннего края нижнего века к внутренней связке путем наложения глубокого шва. — 4. Больной после излечения.



(3)



(4)



(1)

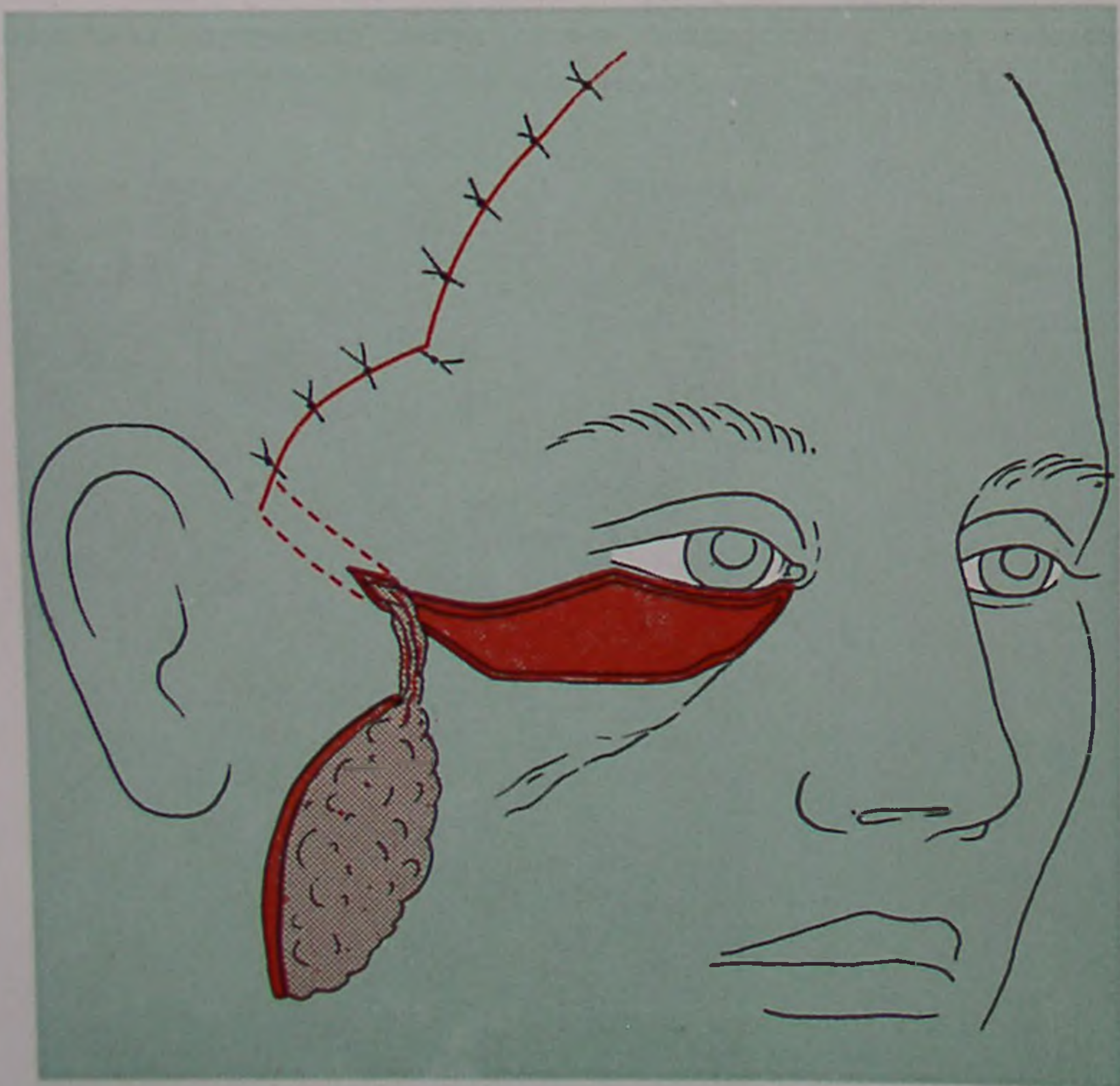


(2)

Р И С. 218.

Состояние после тяжелой формы рожи лица с гангренозной флегмоной щеки и нижнего века. Больная Л. В., 40 лет, история болезни № 3731. 1. Резко выраженный выворот нижнего века. Кожа века была уничтожена до самого края, фиксируемого к нижнему краю глазницы. Косой рубец направляется кзади, где он раздваивается. — 2. На правом виске подготовлен артериализи-

рованный лоскут, расположенный на поверхностной височной артерии. От основания этого лоскута над ушной раковиной под кожей готовят канал, идущий к ране, возникшей в результате отсечения края нижнего века, иссечения рубца и полной отпрепаровки тканей. — 3, 4. Лоскут проводят через канал и подшивают к ране. В дальнейшем был произведен ряд вмеша-



(3)



(4)

тельств по поводу рубцовых изменений лица, а в заключении лечения была произведена шлифовка рубцов. — 5. Больная через три года после операции. Щель правого глаза несколько шире щели левого глаза.

РИС. 219.

Резко выраженная деформация лица после производственной травмы. Больной И. Ч., 28 лет, история болезни No 6381. 1. При травме был уничтожен глаз, так что пришлось произвести его энуклеацию. Заживление сопровождалось осложнениями. Возникло резко выраженное обезображивание лица, глубокий рубец спускается из области лба, пересекает бровь и направляется к боковой поверхности носа. Линия брови нарушена, так как ее внутренняя часть приняла почти вертикальное направление; рубец глубоко втянут и спаян с костью, на которой прощупывается дефект края



(1)

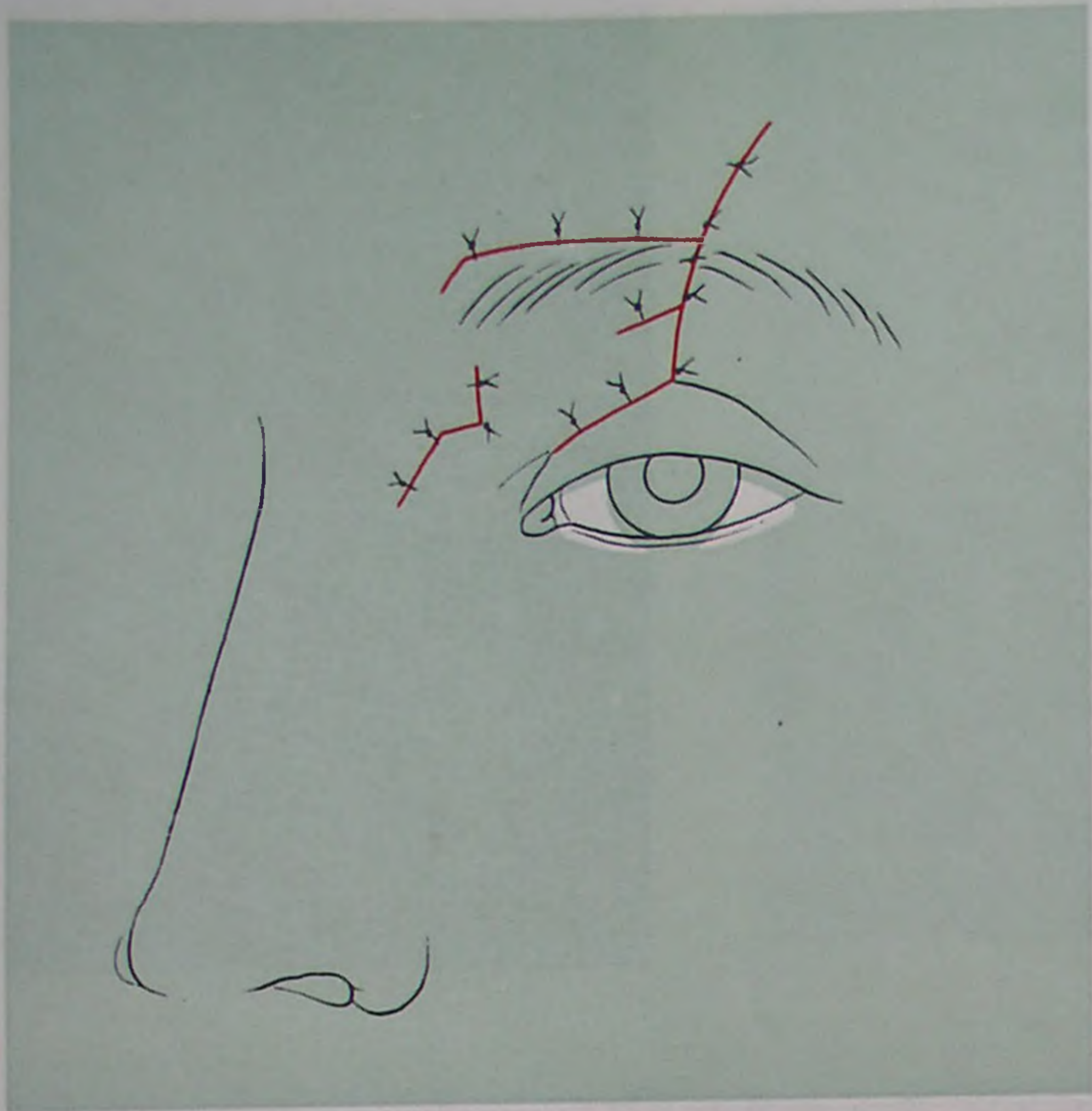


(2)

(5)



глазницы. Конъюнктивальный мешок сморщен; глазная щель расположена косо, а внутренний угол глаза стянут книзу. Произведено последовательное иссечение рубцов. Конъюнктивальный мешок оказался фиксированным к верхнему краю глазницы. После его отсепаровки, глазная щель стала хорошо раскрываться. Внутренний угол глаза фиксируют на должной высоте к надкост-



(3)



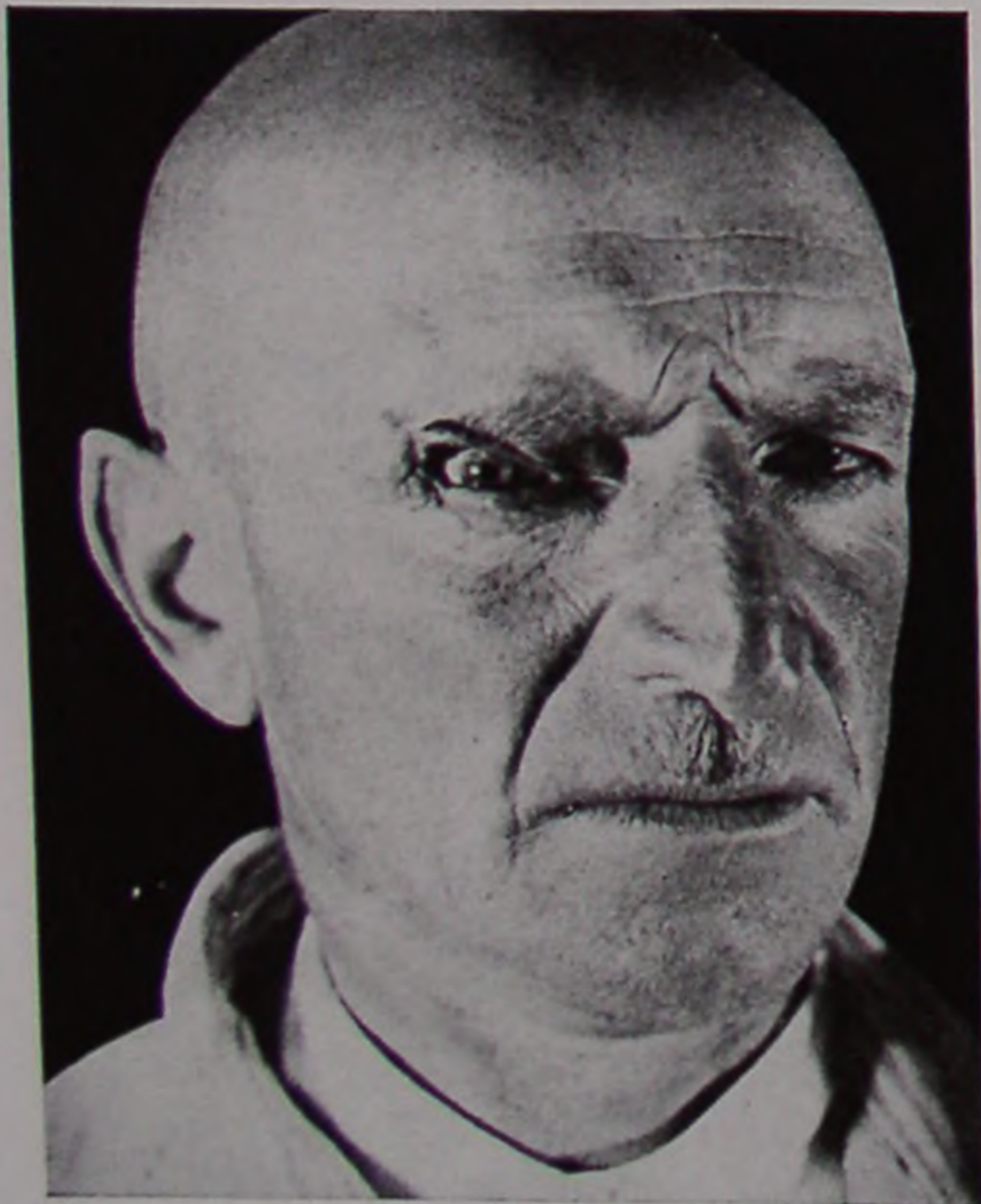
(4)

нице. — 2. Схема иссечений рубцов, расположенных по соседству со смещенными частями глаза. — 3. Состояние после наложения швов. Дуга брови выравнена. — 4. Больной через 3 года после излечения. На верхнем веке продолжает персистировать втянутый

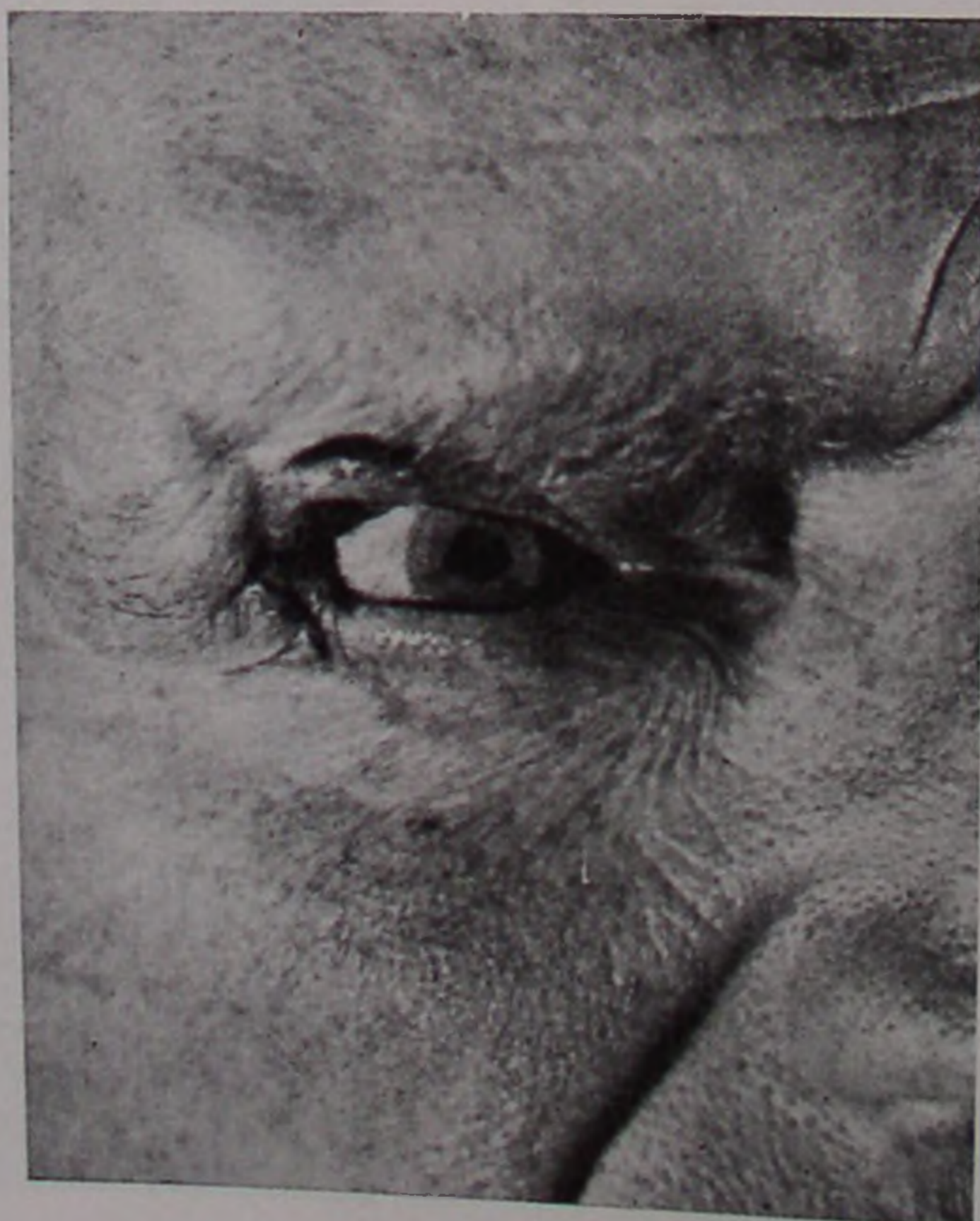
рубец, его подвижность, однако, удовлетворительна, а в глазном ложе с успехом удерживается протез. В дальнейшем в область вдавления надбровной дуги был пересажен кожно-жировой имплантат.

Состояние после травмы. Больной И. Ф., 42 лет, история болезни № 6938. 1, 2. Резко выраженный выворот верхнего века правого глаза. Край наружной половины века оттянут от глазного

яблока и подвернут; большой дефект кожи века. Выражение лица отображает степень деформации. — 3. Иссечение рубца верхнего века. После отсепаровки конъюнктивы и наружной связки веку

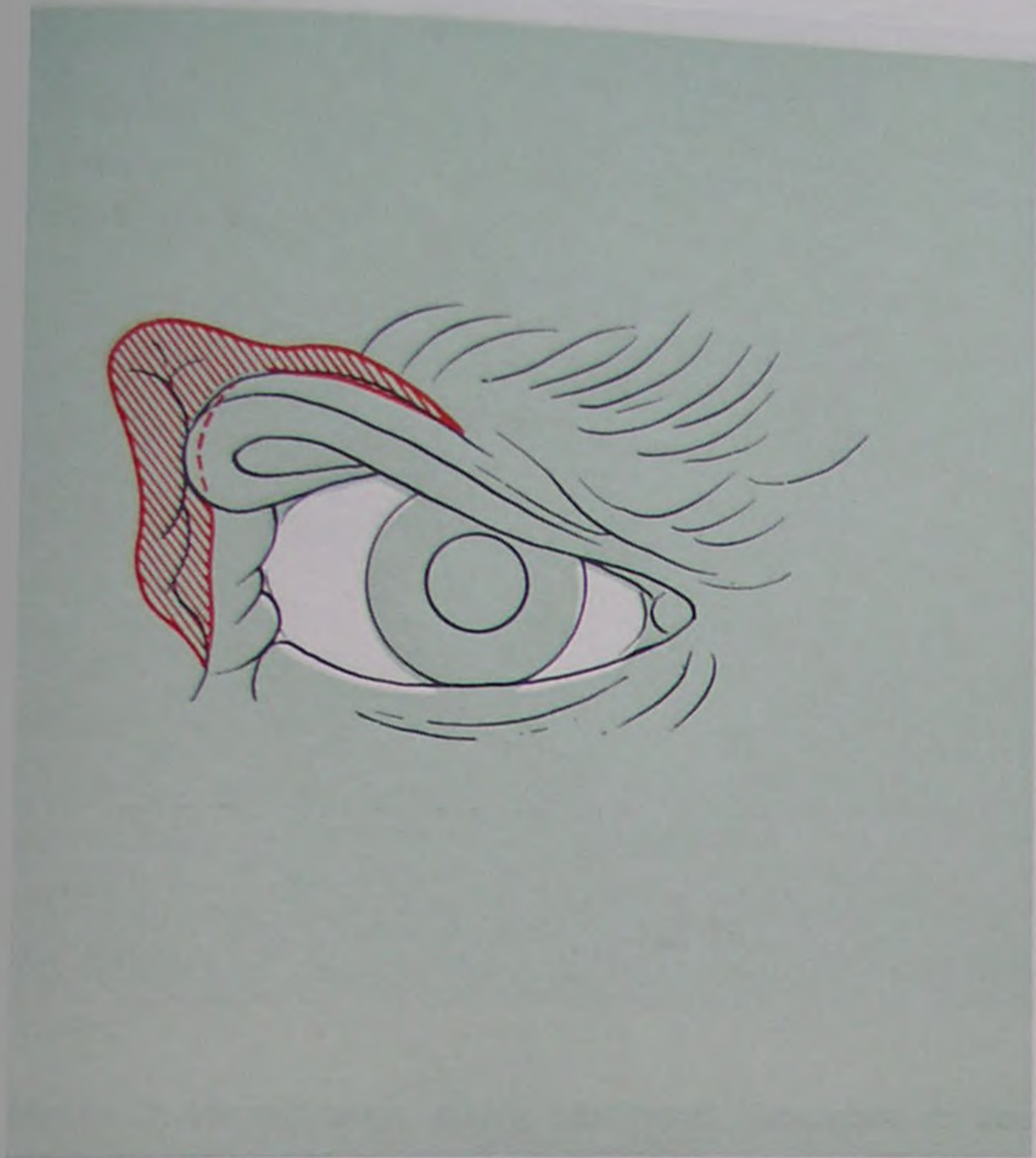


(1)



(2)

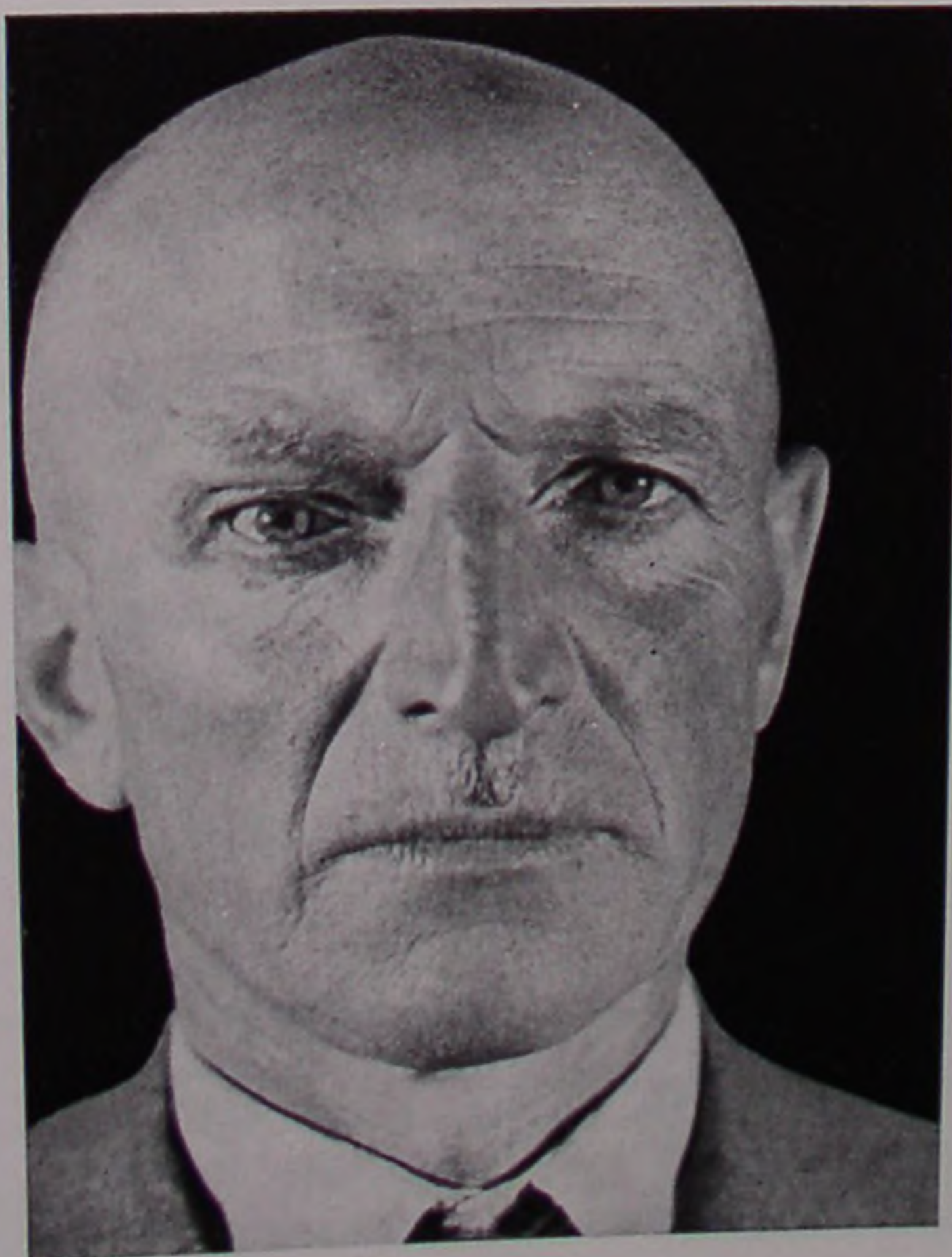
Р И С. 220.



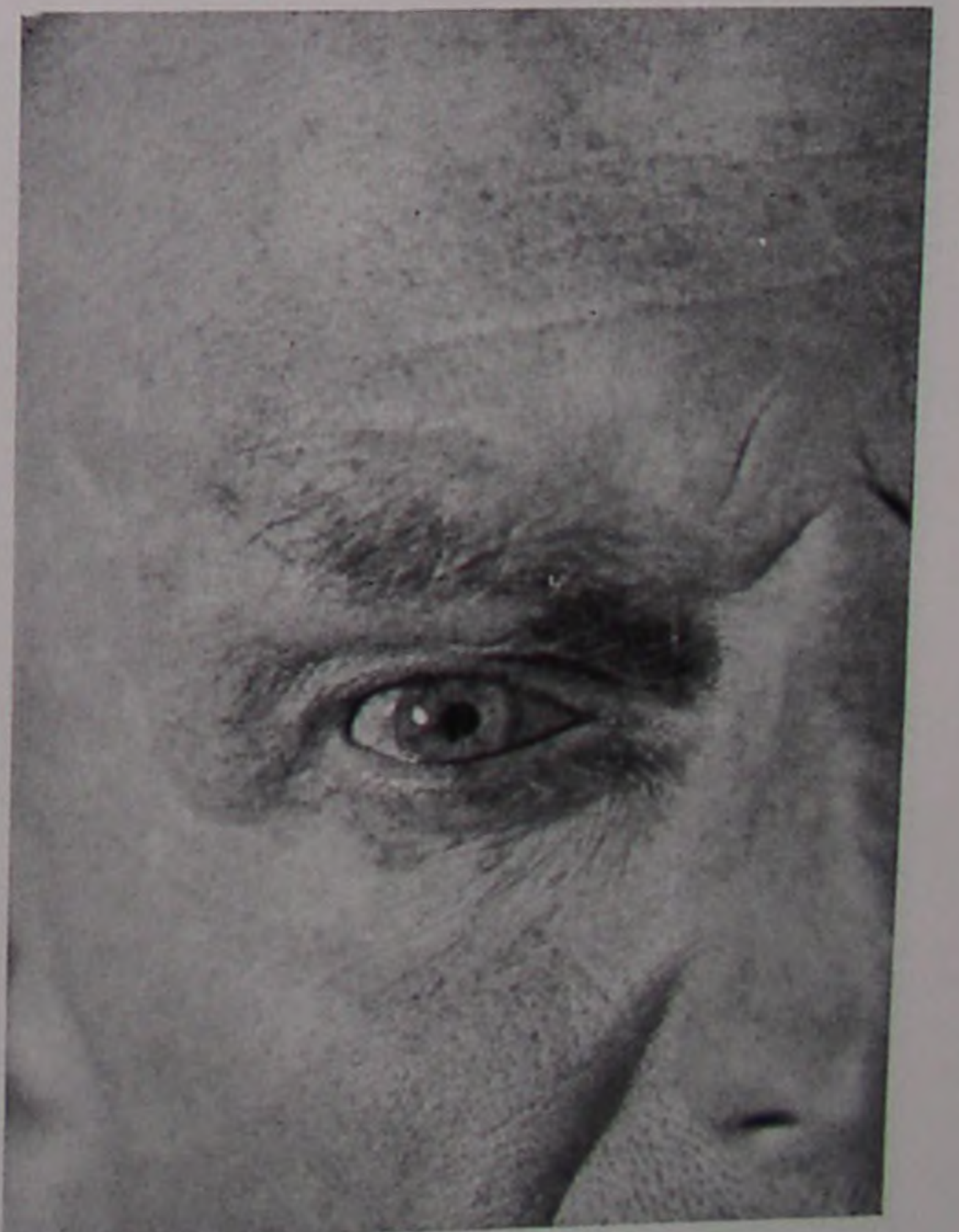
(4)

сь придать вполне удовлетворительное положение. В результате операции возник большой дефект кожи. — 4. В возникший дефект пересажен кожный лоскут во всю толщину, выкроенный из поверхности ушной раковины. Дополнительно было проведено несколько небольших операций для придания веку

надлежащей формы. — 5. Больной через год после начала лечения. Спокойное выражение лица. — 6. На детальном снимке видна в общем правильная конфигурация глазной щели; на верхнем веке еще выявляются маленькие неровности. Операция произведена Геленой Пешковой.



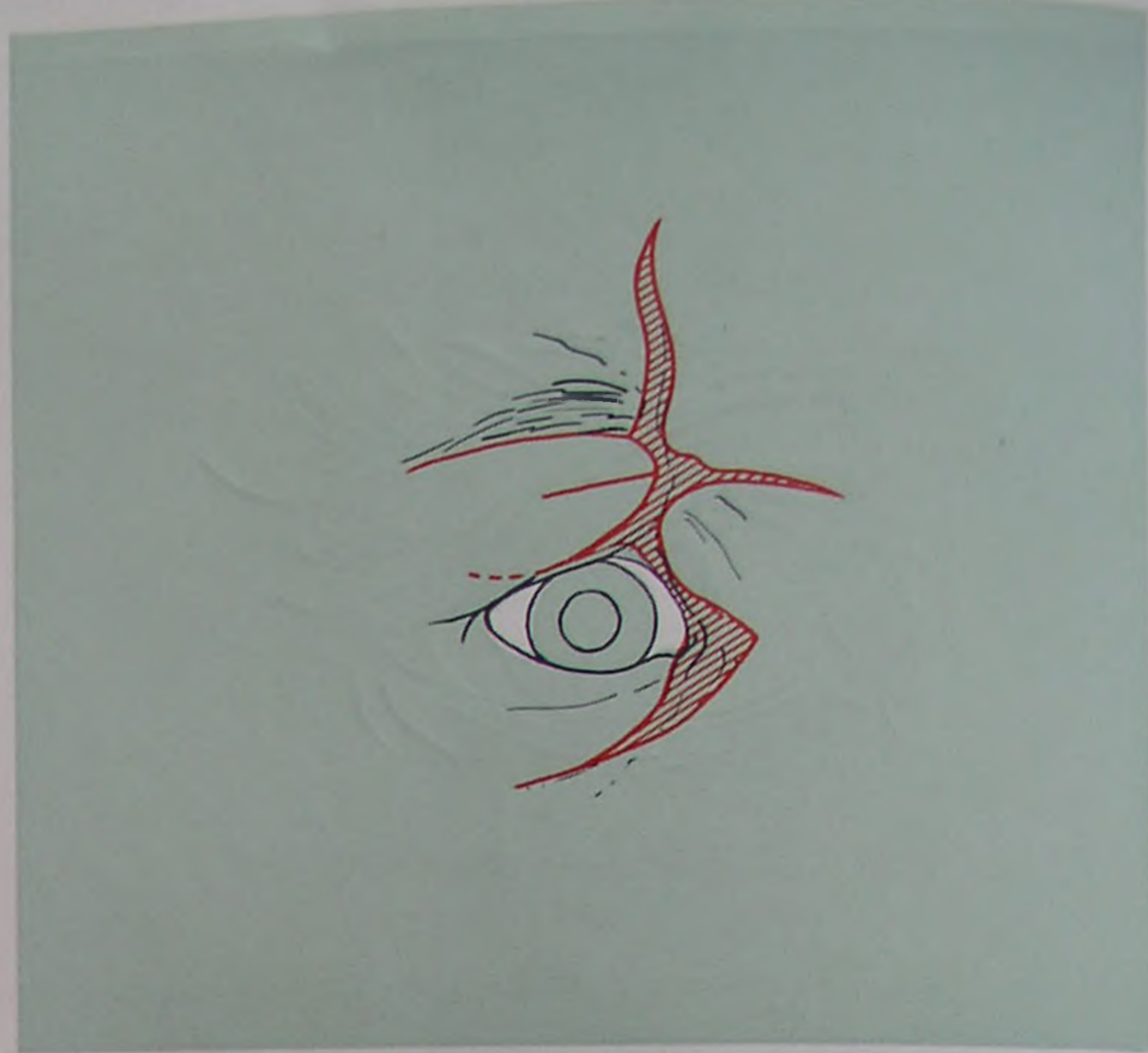
(5)



(6)



(1)

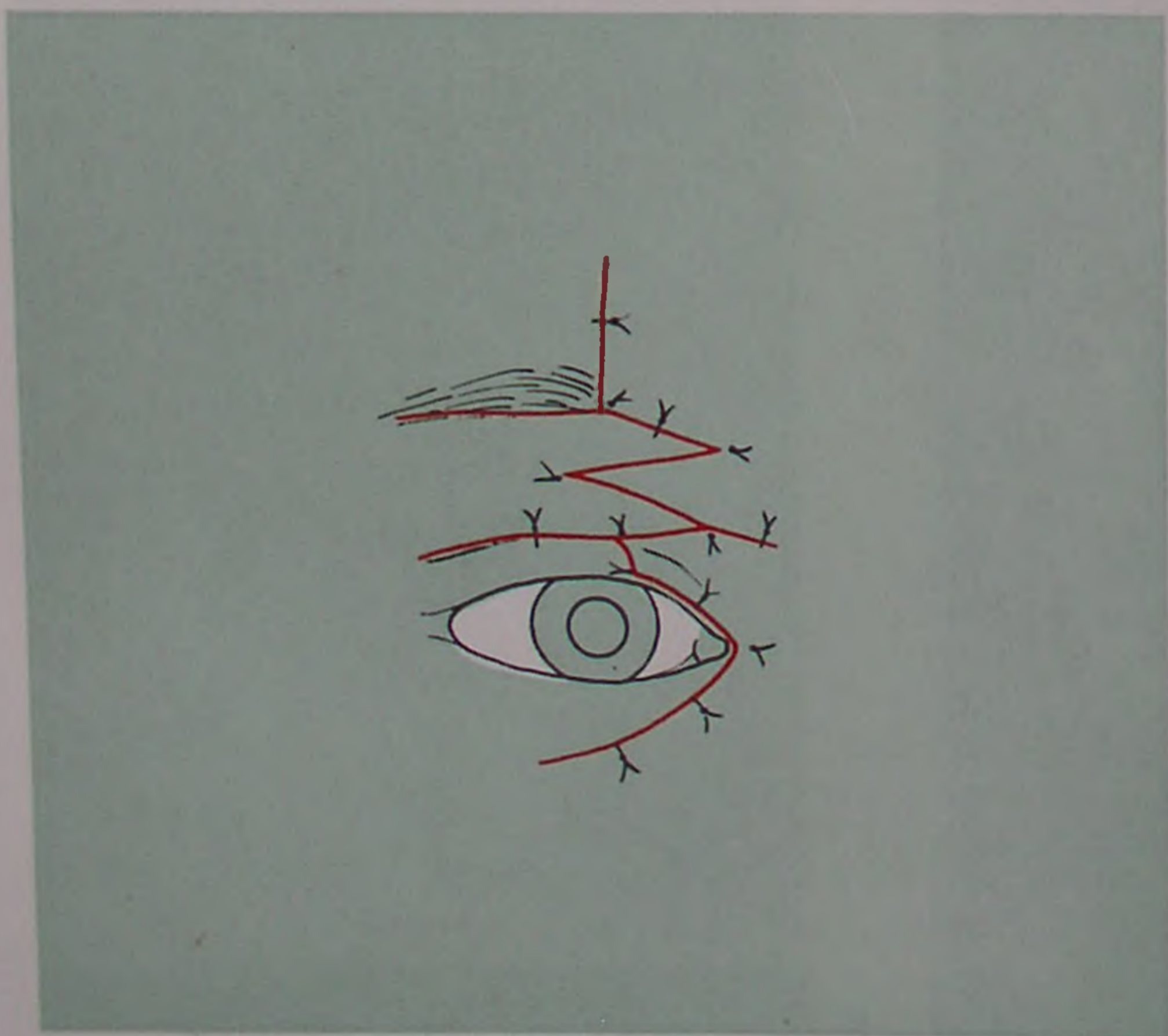


(2)

Р И С. 221.

Производственная травма. Деформация и дефекты частей век, потеря глаза. Больной И. Ч., 32 лет, история болезни № 3675. 1. Широкий рубец в области надбровной дуги; потеря внутренней половины брови. Верхнее веко крышеобразно приподнято рубцом, фиксируемым в месте перелома верхнего края глазницы. Рубец переходит через внутренний угол глаза на нижнее веко, приподнимает его внутренний край, образуя некоторого рода ложе, в котором расположен небольшой протез. — 2. Схема

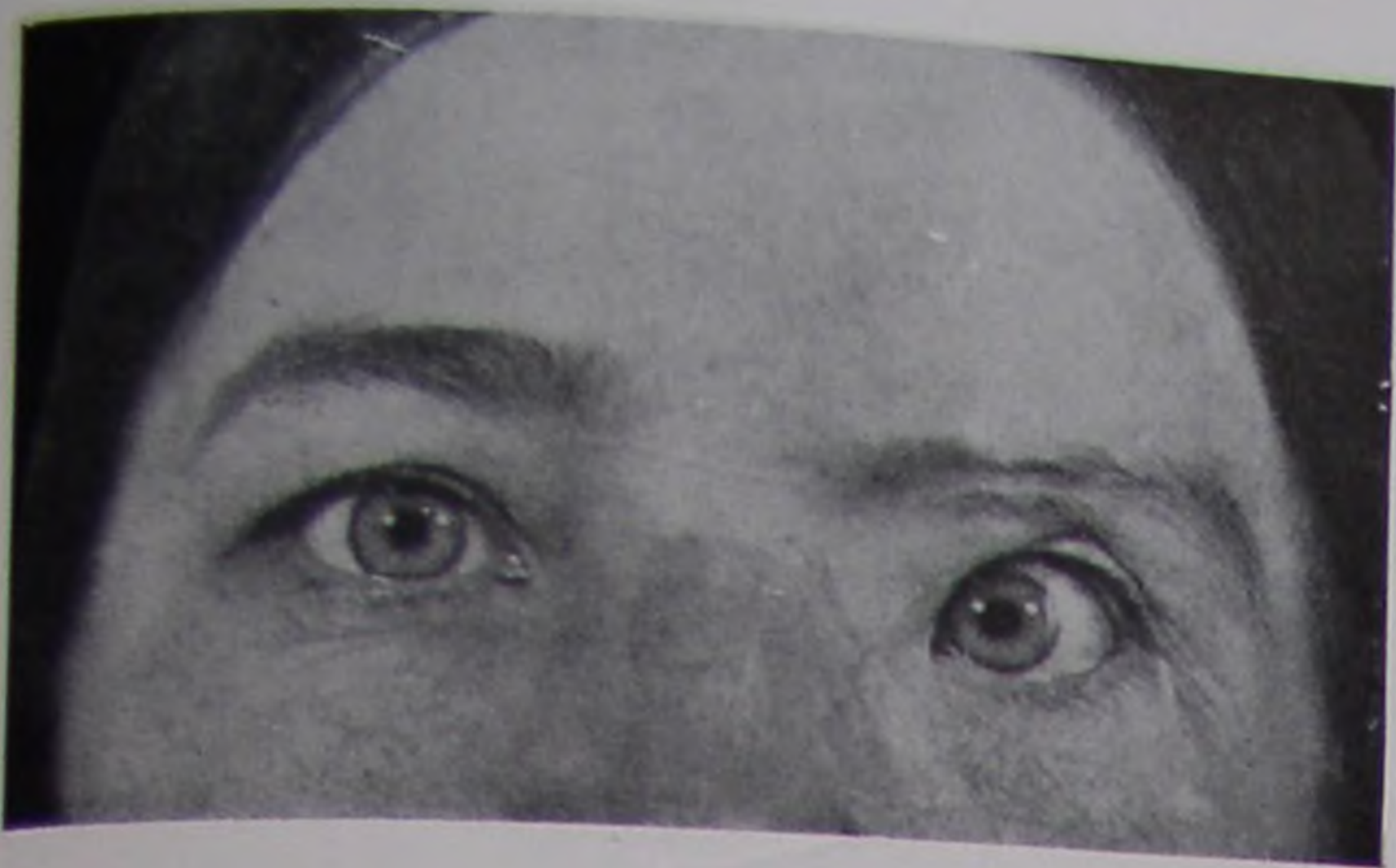
одной из операций: иссечение рубца, проходящего из области лба через край глазницы на верхнее веко и далее через внутренни угол глаза на боковую поверхность носа; небольшие экзостозы удалены долотом. В нескольких местах произведено перемещени небольших встречных треугольных лоскутов. — 3. В результат этих вмешательств внутреннему углу глаза удалось придати правильное положение и фиксировать его к остаткам внутренне связки век. — 4. Дополнительно было произведено несколько операций для придания наружному углу глаза правильной формы и в целях устранения неровностей, обусловленных рубцами. На фотографии больной через 4 года после начала лечения.



(3)



(4)



(1)



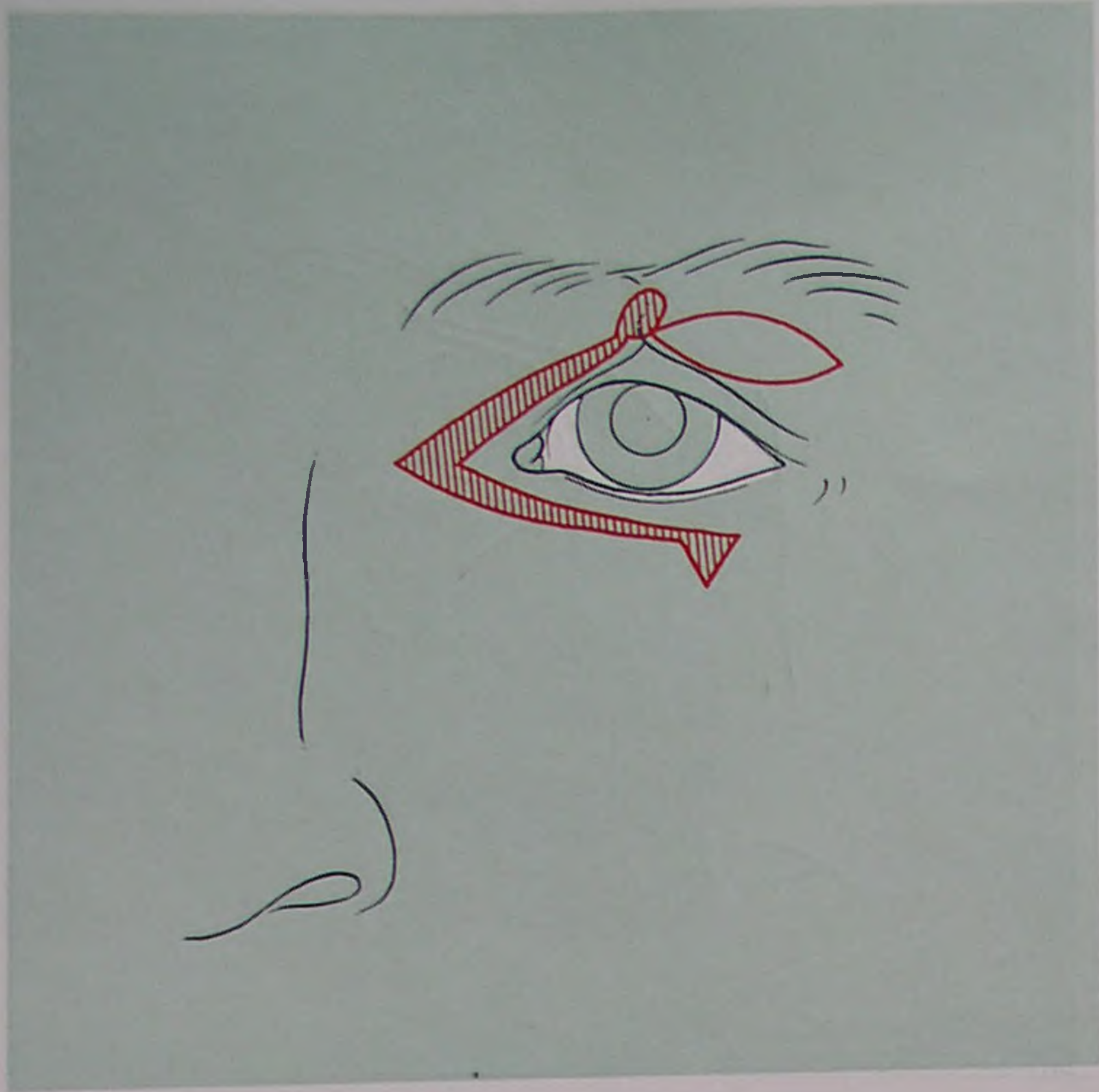
(2)

(3)



Р И С. 222.

Травма с переломом верхнего и внутреннего края орбиты левого глаза. Больная М. К., 45 лет, история болезни № 3271. 1. Внутренний угол был оторван от внутренней связки век и смещен наружу и книзу. Расположенный по средней линии ниже верхней брови дефект кожи стянут книзу рубцом, сросшимся в месте перелома с расположенными в глубине тканями. — 2, 3. Схема основной операции. Произведено иссечение рубца, расположенного ниже брови. Разрез идет над краем века, окружает угол глаза и переходит на нижнее веко. Кожа угла глаза, по мере возможности, мобилизована; путем перемещения встречных треугольных лоскутов, выкроенных из мобилизованной кожи угла глаза и кожи, собравшейся в складки выше этого угла, удалось приподнять последний кверху. В результате этой операции значительно улучшилась конфигурация левого глаза. В средней части верхнего века персистирует, однако, недостаток кожи, а внутренний угол глаза продолжает занимать несколько низкое положение.



(4)

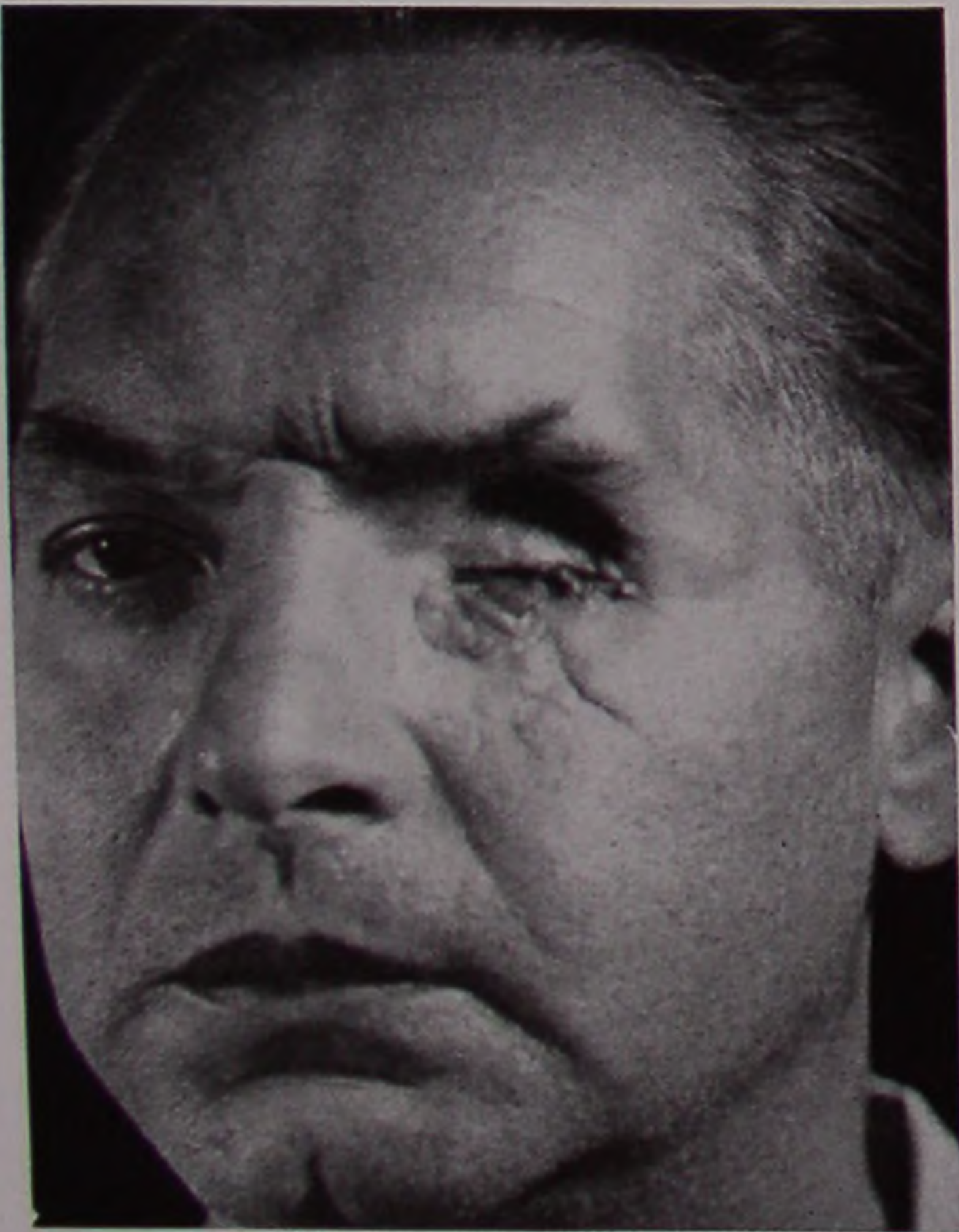


(5)

— 4. В среднюю часть века перемещен небольшой артериализированный лоскут, выкроенный из наружной части века. — 5. Кроме того, оказалось необходимым приблизить и приподнять внутренний угол глаза. — 6. Больная после окончательного излечения. На верхнем веке продолжает наблюдаться некоторый недостаток ткани, но подвижность века не ограничена.



(6)



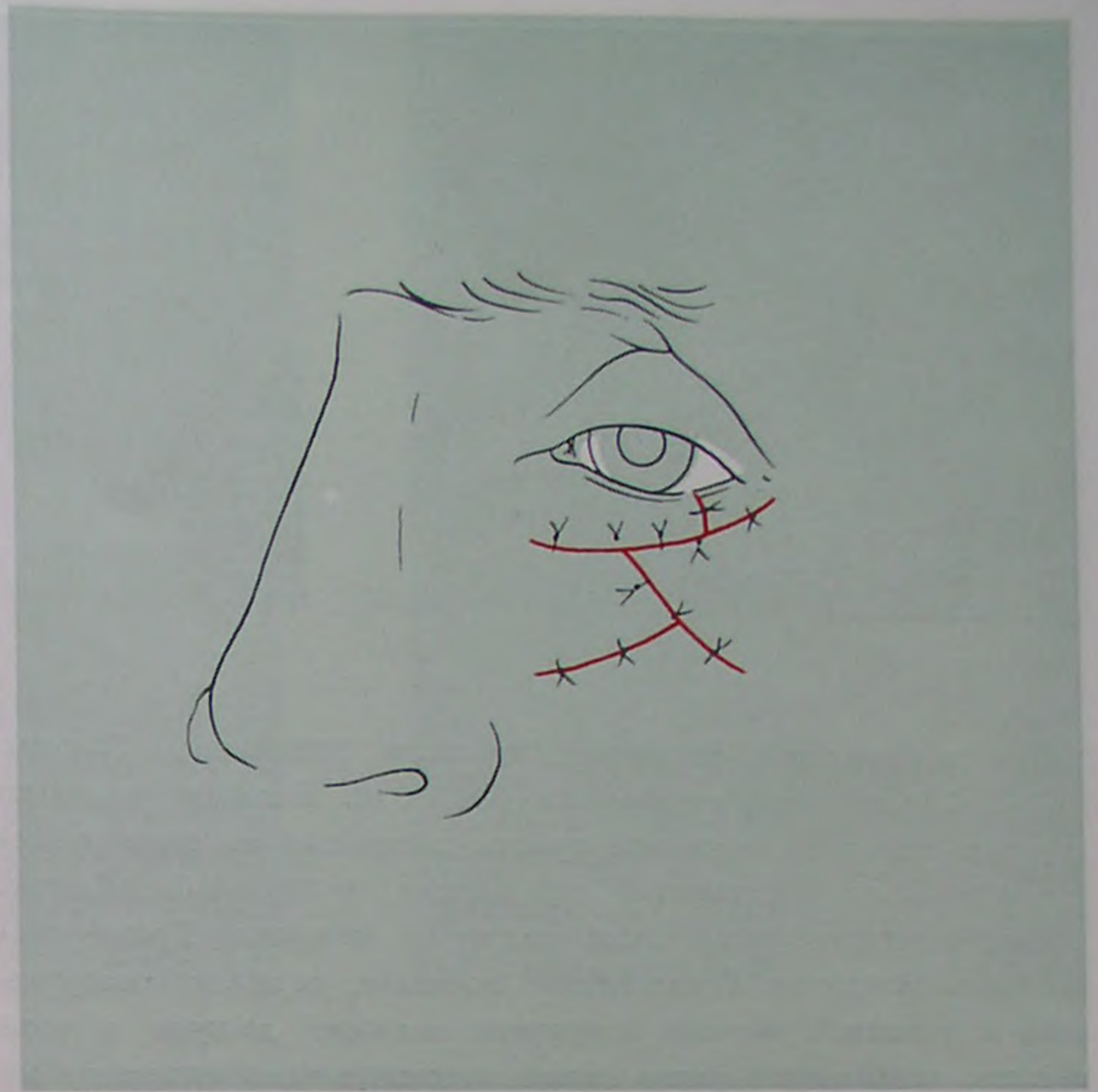
(1)

Р И С. 223.

Производственная травма. Бревно, отброшенное циркулярной пилой, сломало нижний край глазницы и уничтожило глаз. Больной З., 45 лет, история болезни № 28 449. 1. Верхнее веко было оторвано, нижнее разорвано. Первичная хирургическая помощь оказалась совершенно недостаточной. Деформированный остаток глаза фиксирован рубцами конъюнктивы. Выворот ниж-

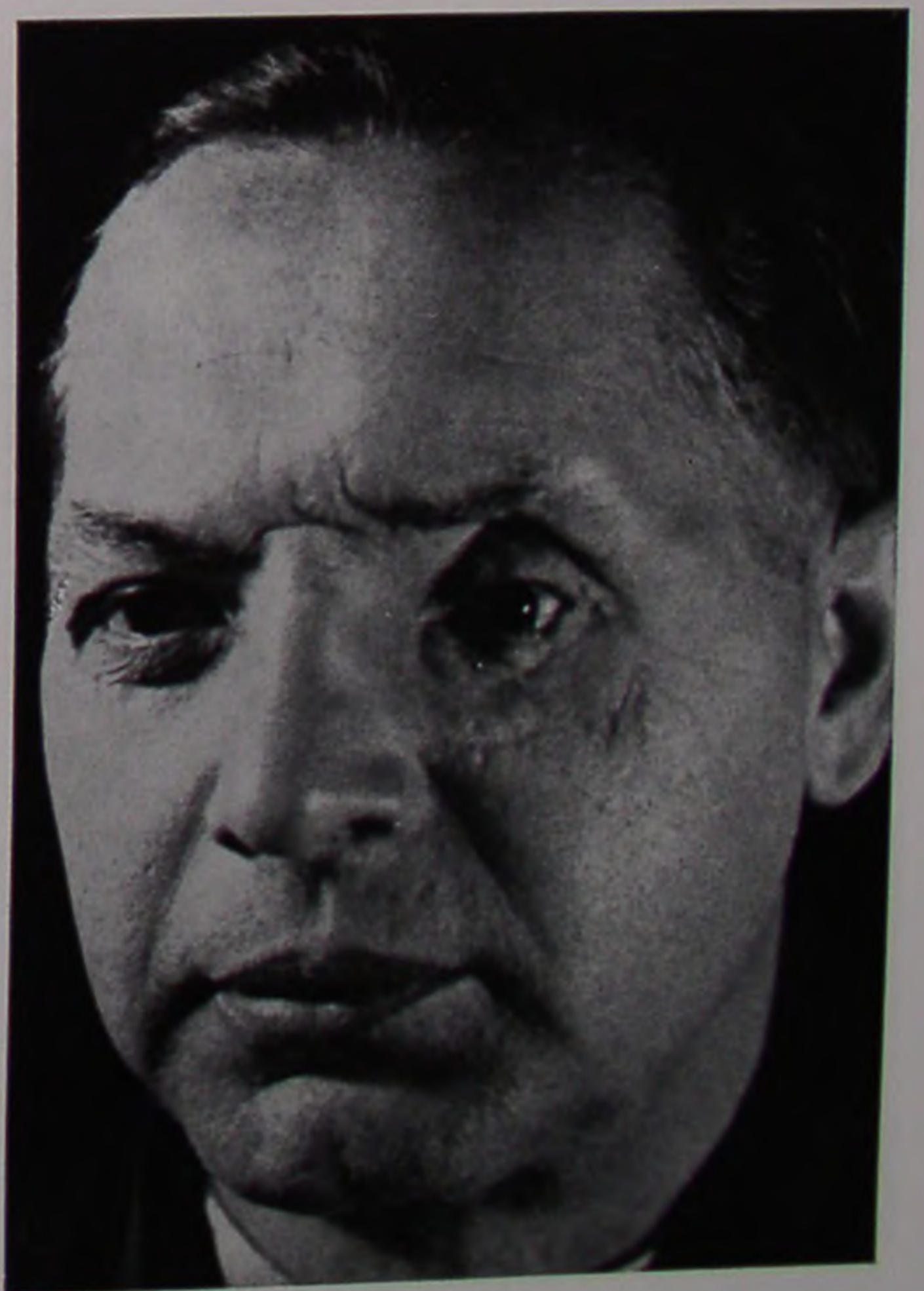


2)



(3)

него края разорванного века. — 2. Схема разрезов для иссечения рубцов и отсепаровки кожи. Конъюнктура, образующая складки между отломками нижнего края глазницы, отсепарована от фиксирующих ее тканей; восстанавливается внутренняя оболочка глазницы. — 3. После иссечения рубца под нижним краем глазницы путем смещения кожи удалось добиться удовлетворительного восстановления нижнего века, так что оно надежно удерживает глазной протез. — 4. Дополнительно под нижнее веко произведена пересадка кориума с жиром.



(4)



(1)



(2)

Р И С

Ожог, наступивший во время припадка эпилепсии. Больная И. Б., 23 лет, история болезни № 10. 1. Больная упала на горячую плиту. В результате травмы наступили тяжелые рубцовые изменения лба, верхней части века и скуловой области. Рубцы оттягивают угол глаза кверху и кнаружи. Брови полностью отсутствуют. Произведена свободная пересадка выкроенного с теменной области покрытого волосами лоскута; в этой области направление роста волос соответствовало таковому на

брови. По верхнему краю глазницы рассекают до надкостничной мягкой ткани. В этот разрез производят пересадку трансплантата, фиксируемого несколькими швами, окружающими его в естественном направлении. — 2. Больная через год после операции. Наступило безупречное приживление трансплантата; часть волос выпала. В дальнейшем, однако, вновь выросла новая щель выравнилась. Дальнейшая судьба больной не



(1)

Р И С. 225.

Состояние после эпилептического припадка. Больная А. Н., история болезни № 1597. 1. Рубцовые изменения прилегающие к глазу тканей, верхнее веко, в результате потери большей части кожи, фиксировано кверху. От брови осталось только внутренняя треть, выступ которой приподнят кверху рубцом, расположенным на левом лобном бугре. Большая часть кожи нижнего века потеряна, край века оттянут к рубцовому блоку, расположенному на скуловом бугре. — 2. В области границы волосного по

(2)



(3)



над лобным бугром выкраивают лоскут кожи, захватывающий и полосу волос. Этот лоскут предназначен для замещения брови и кожи верхнего века. Ножка лоскута расположена за ушной раковиной. После иссечения рубца и отсепаровки всего верхнего века, выкроенный лоскут пришит к верхнему краю глазницы. После приживления ножку лоскута возвращают на прежнее место. — 3. Больная через 6 лет после операции в течение этого времени

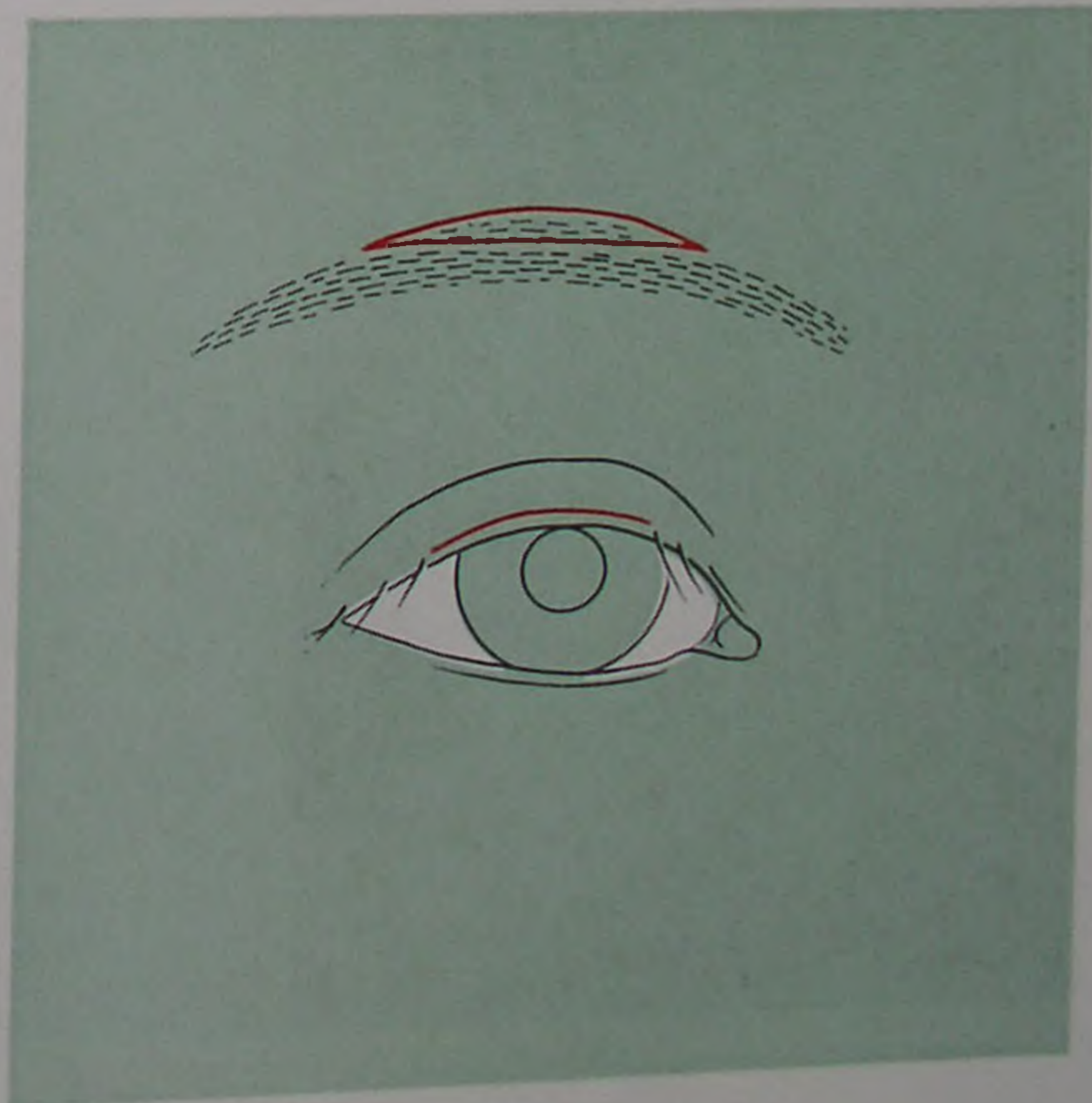
было произведено несколько дополнительных операций в целях формирования поврежденных органов. Восстановление брови оказалось успешным. На дальнейшие операции больная не явилась. Через 16 лет после операции больная обратилась в клинику за помощью по поводу дьюитреновской контрактуры. Волосы ново-созданной брови сильно поредели. Больную, однако, вполне удовлетворяет ее внешний облик.

Р И С. 226.

Частичная потеря края верхнего века с ресницами. Больная М. И., 32 лет, история болезни № 2586. 1. Рубец притягивает к краю века кожу, так что частично сглажена горизонтальная борозда века. В действительности этот дефект выражен более резко, чем на фотографии. — 2. Схема разрезов на краю века и выкраива-



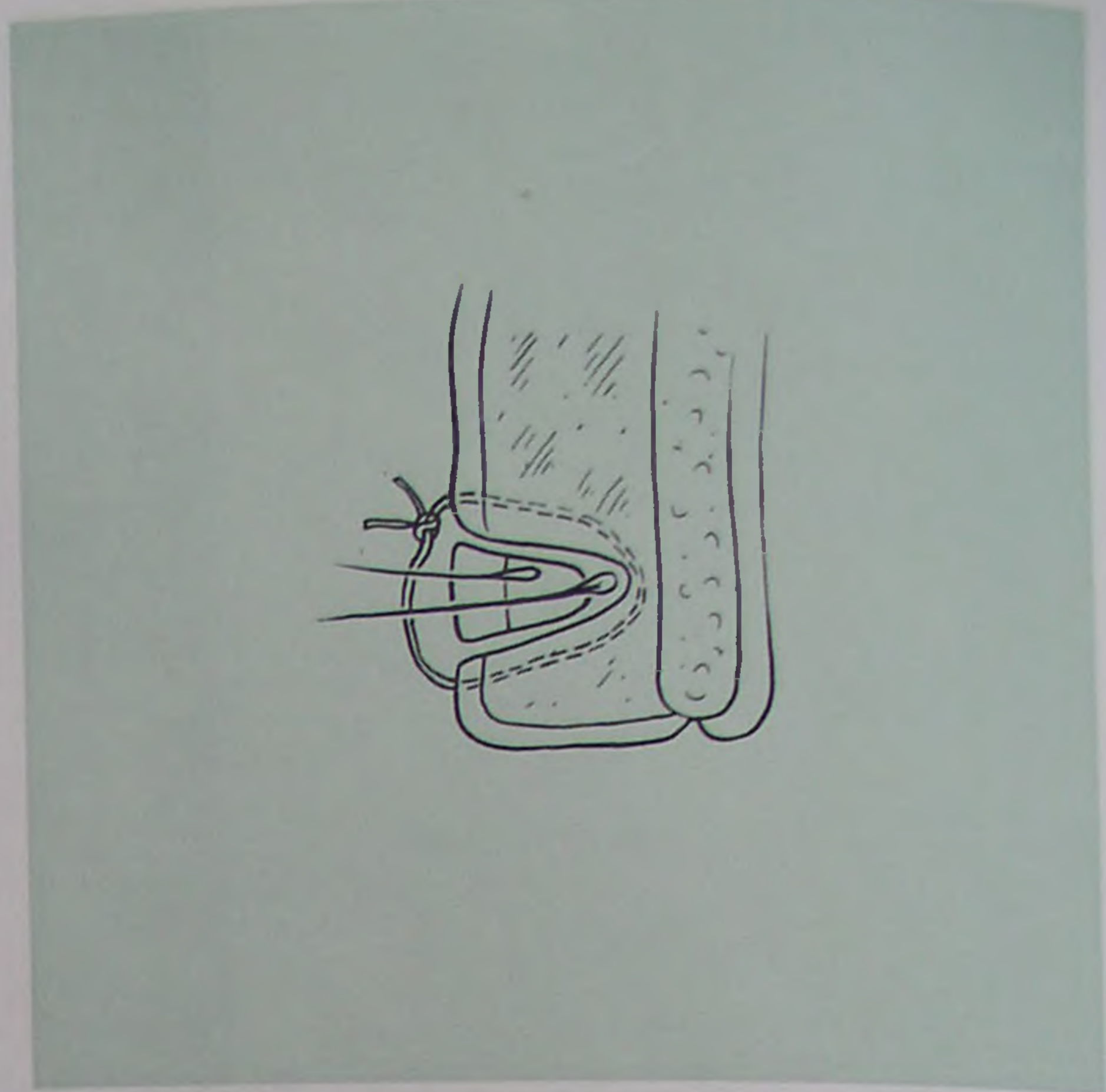
(1)



(2)



(3)

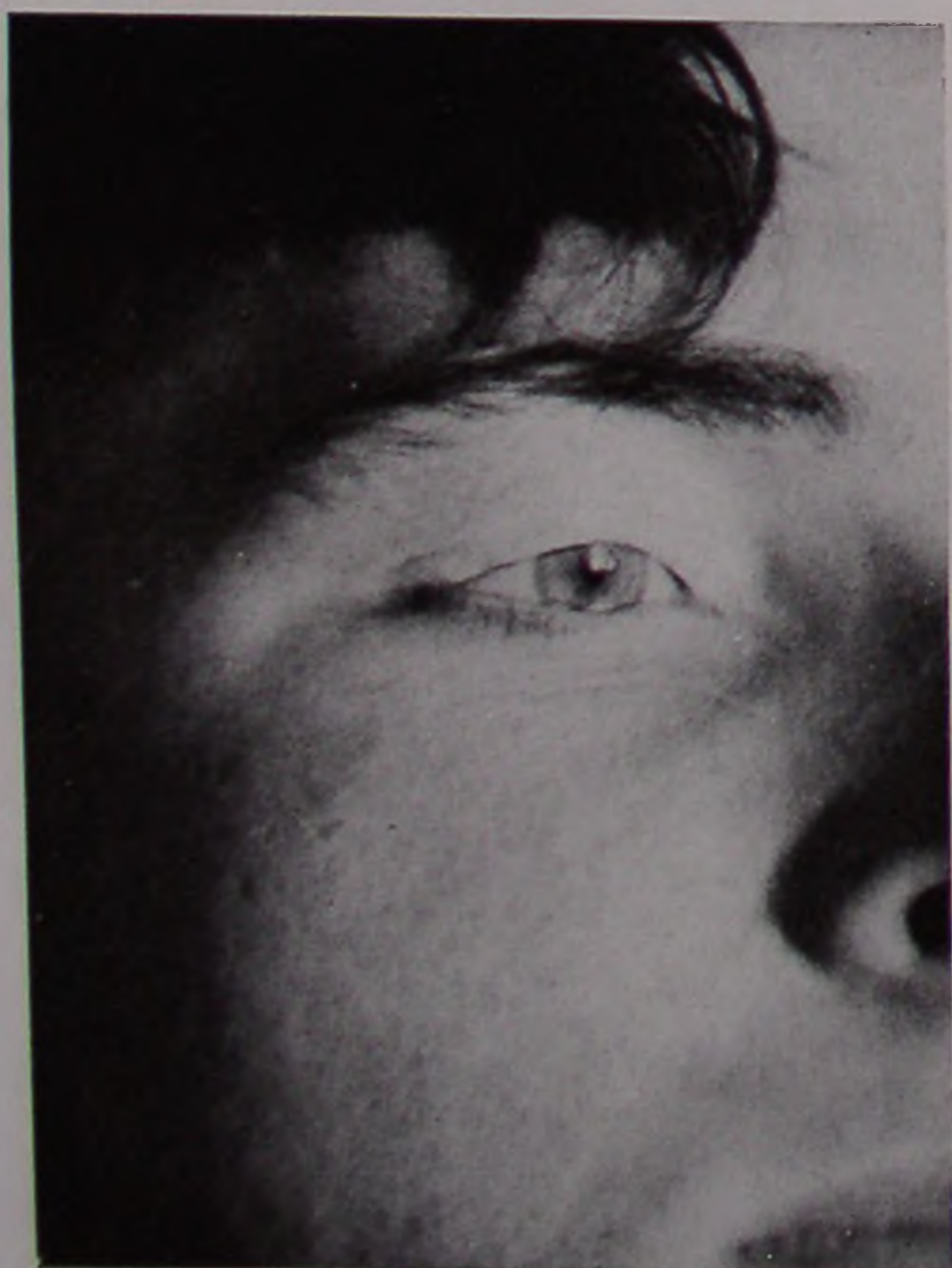


(4)



(5)

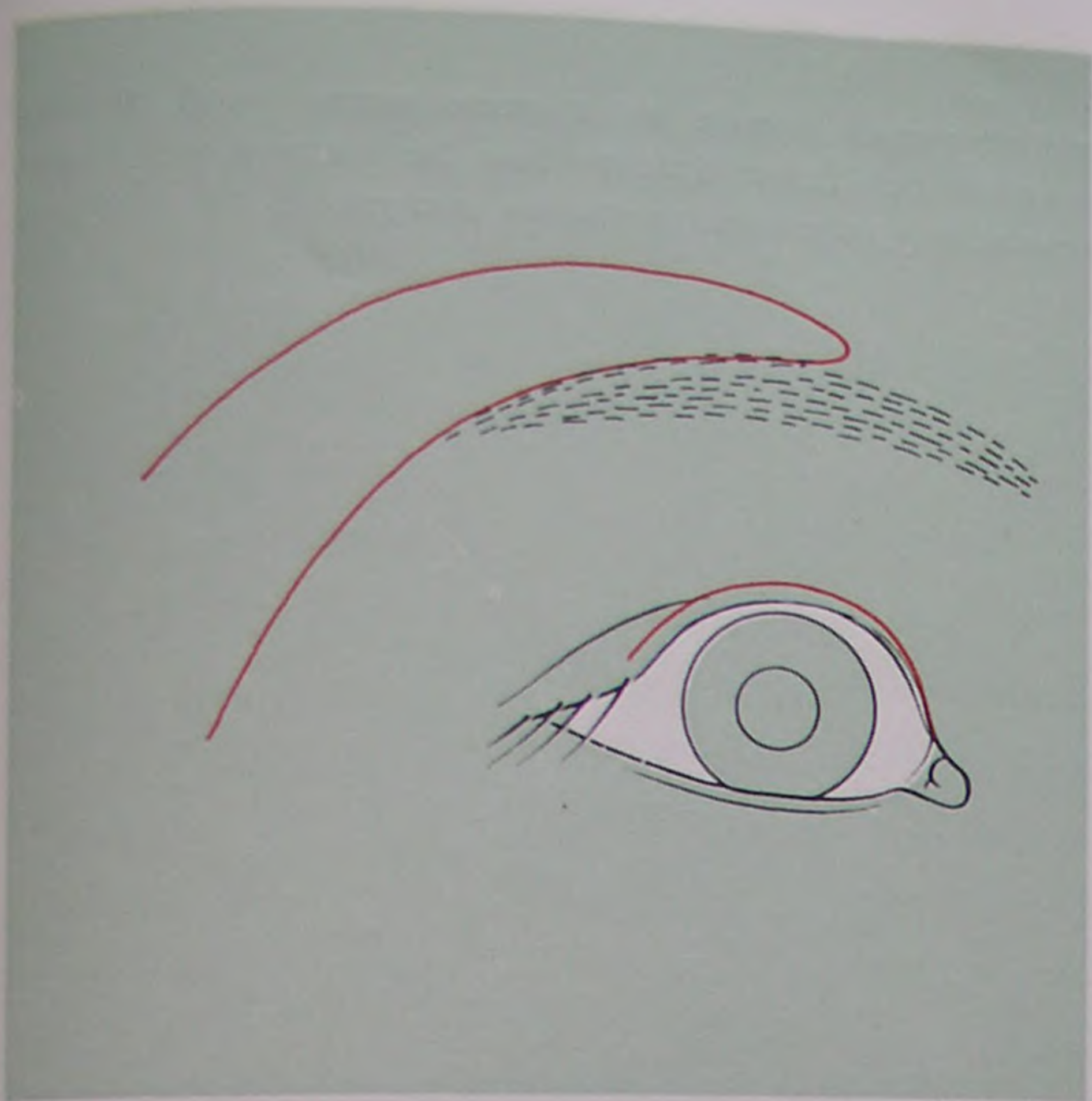
ния лоскута в верхней части брови. — 3. Трансплантат пересажен в дефект. — 4. Разрез пересаженной части кожи с волосяными фолликулами. Трансплантат пересажен в разрез кожи и фиксирован окружающим швом. Важно, чтобы лоскут широко соприкасался с раной. — 5. Состояние после излечения.



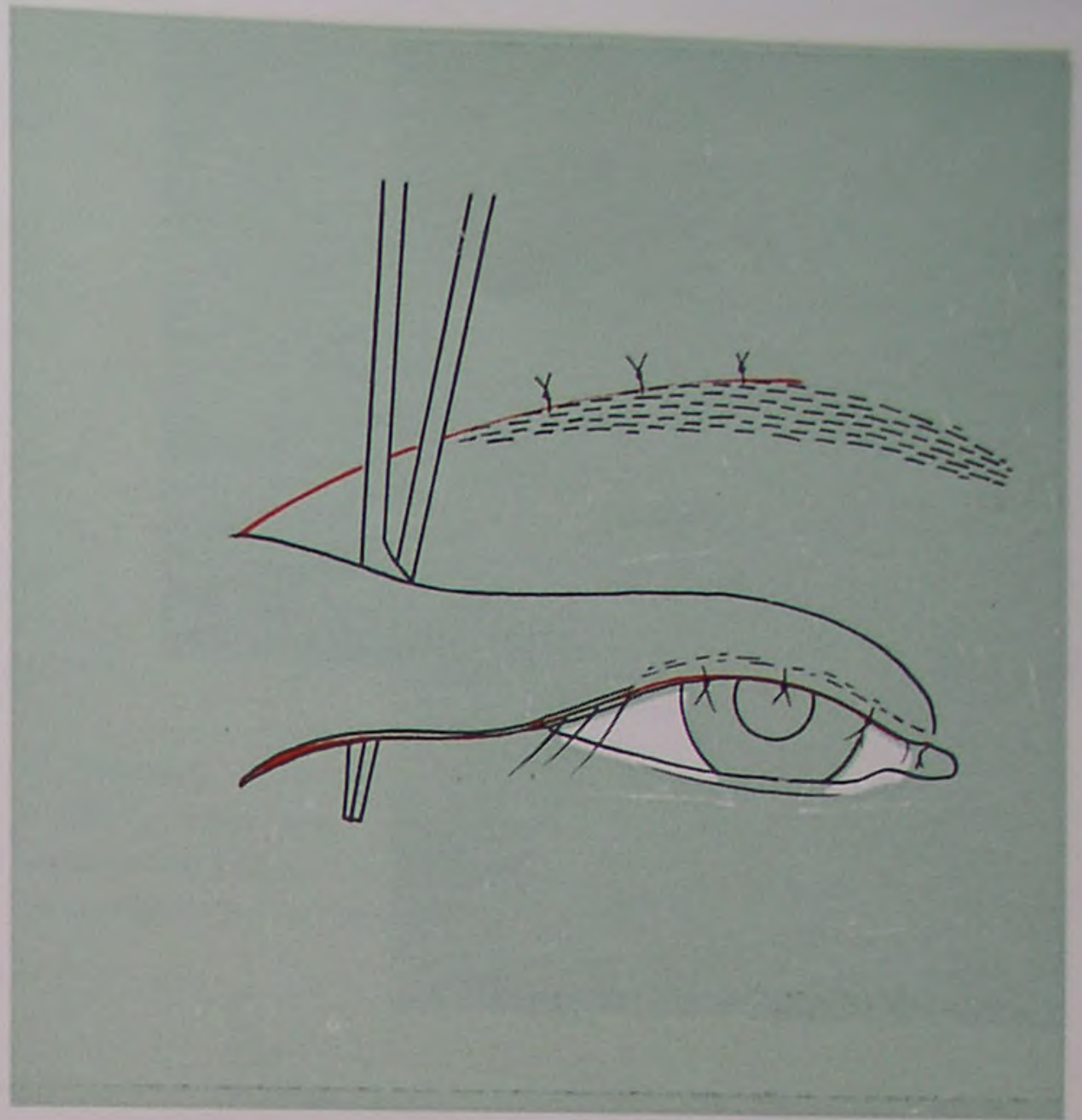
(1)

Р И С. 227.

Почти полная потеря края верхнего века с ресницами. Больной Э. Б., 29 лет, история болезни № 29. 1. Только у наружного угла глаза остается примерно $\frac{1}{5}$ длины края века. — 2. Схема лоскута, необходимого для замещения дефекта. Лоскут распо-



(2)



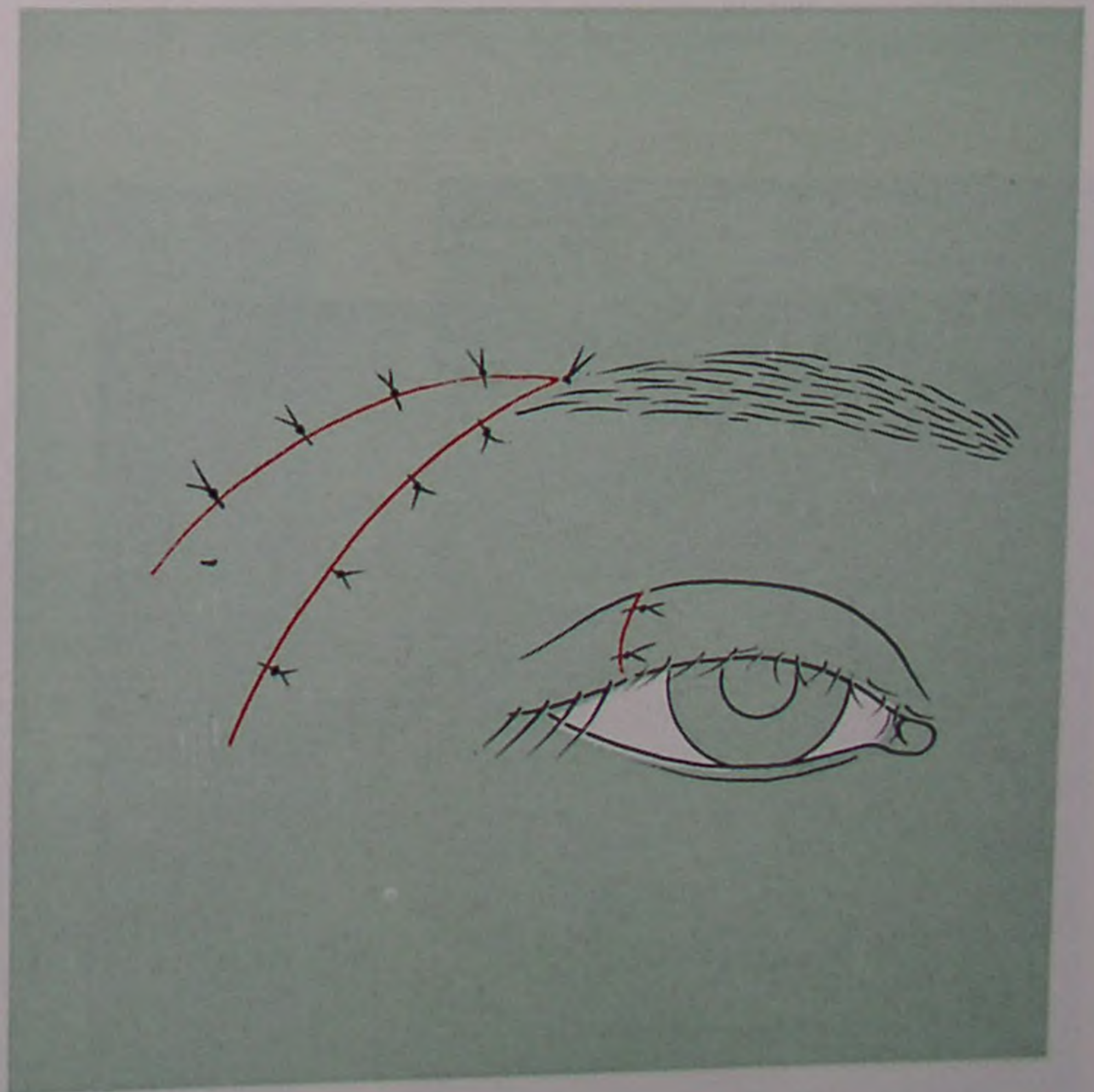
(3)

жен над бровью; его нижний край захватывает ряд волос верхнего края брови. — 3, 4. Производят расщепление края дефекта века, мобилизацию конъюнктивы и пришивание к остатку века лоскута кожи. — 5. Больной после приживления лоскута и воз-

(5)



(4)





(6)

вращения питающей ножки на прежнее место. — 6. Больной после заживления. Целесообразнее был бы этапный метод лечения с помощью артериализированного лоскута.

Р И С. 228.

Рубцовые изменения и сращение век после волчанки. Больной О. М., 32 лет, история болезни № 1641. 1. Полоска рубцовоизмененной кожи соединяет латеральные половины обоих век правого глаза и покрывает роговицу. Рубцы направляются в область лба

и щеки. — 2. Схема экстирпации рубцовой перепонки и выкраивания треугольного лоскута с нижнего века, предназначенного для пересадки на верхнее веко. — 3. Состояние после перестановки наружного угла глаза с треугольным лоскутом



(1)



(2)



(3)



(4)

с нижнего века и пришивание отсепарованной конъюнктивы к краям кожи век. — 4. Состояние после излечения. Кроме описанной операции было произведено несколько небольших хирургических вмешательств по поводу рубцов на правой щеке.

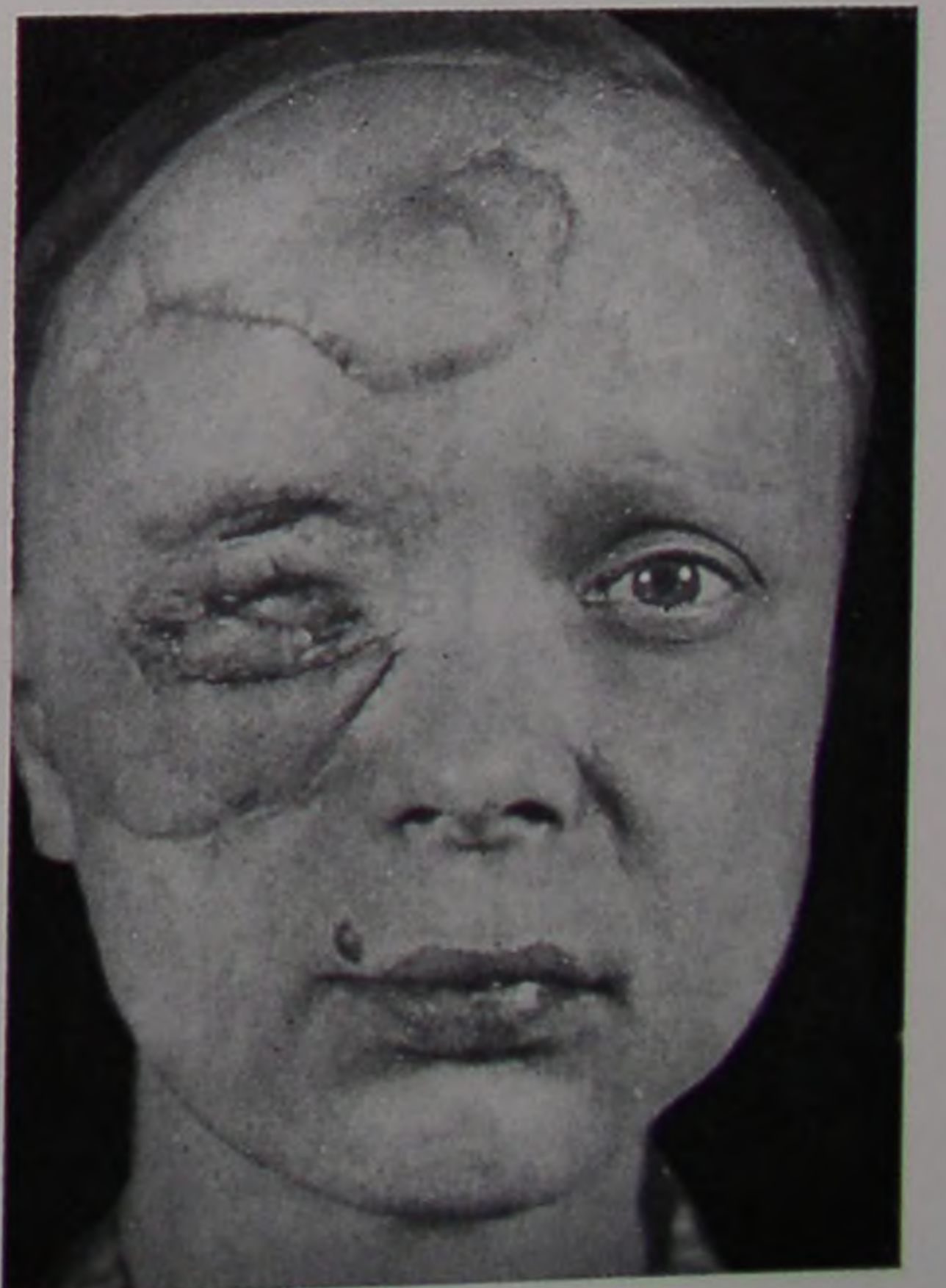
Деформация век после люэтического остеоperiостита. Больная Ф. В., 24 лет, история болезни № 2171. 1. Больная страдала нераспознанным врожденным сифилисом, обусловившим длительный специфический остеоperiостит в лобной области, сочетавшийся с флегмонами, некрозом век и атрофией глазного яблока, покрытого гипертрофированной конъюнктивой. На краях дефекта

век еще имеют место язвенные процессы. После энергичного специфического лечения развитие процесса было приостановлено. — 2. К месту дефекта с живота пересажен большой стебельчатый лоскут, перенесенный через предплечье и разделенный на две части: одна пришта к лобной области, вторая — к краям глазницы. В границах полости орбиты раневая поверхность стебля

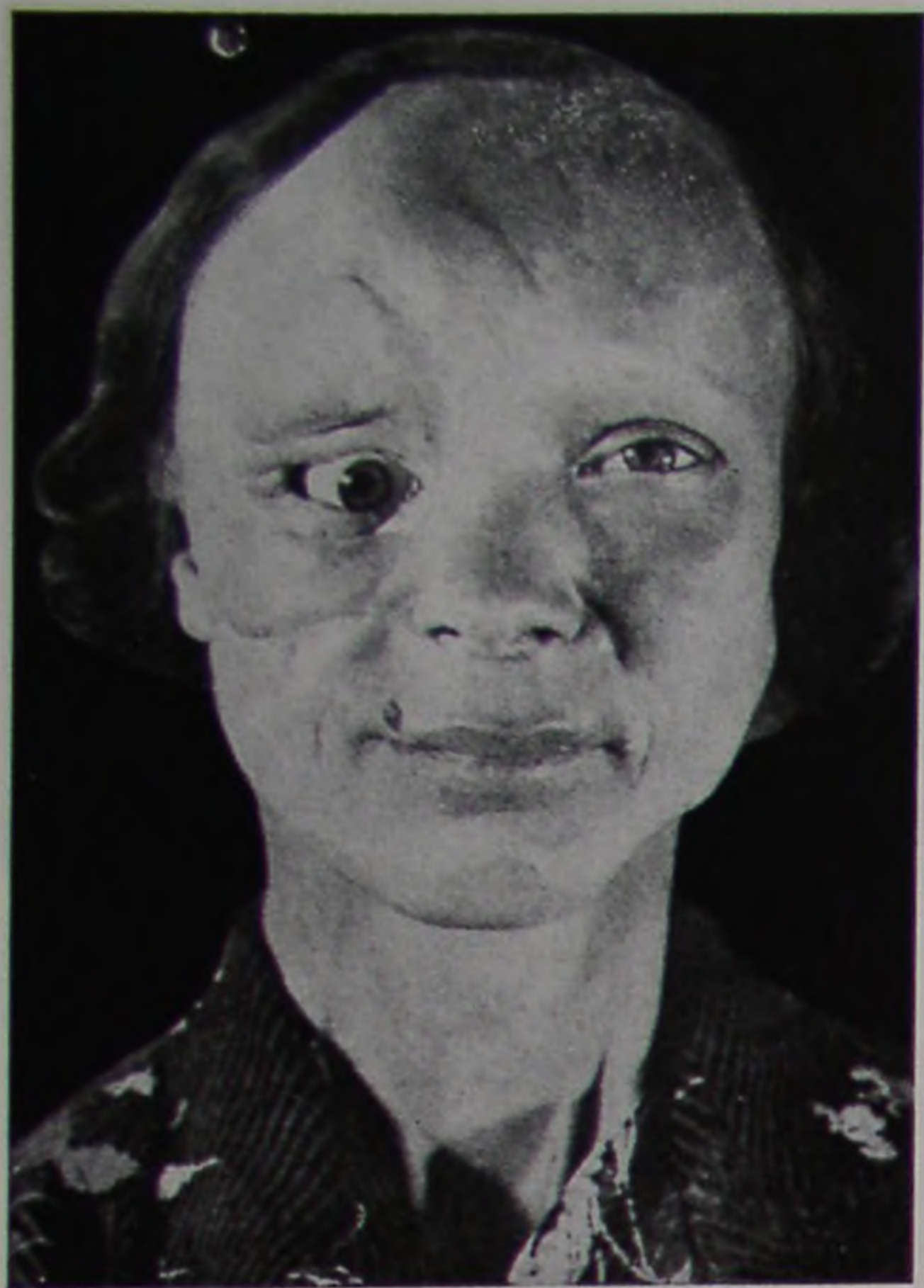
Р И С. 229.



(1)



(2)

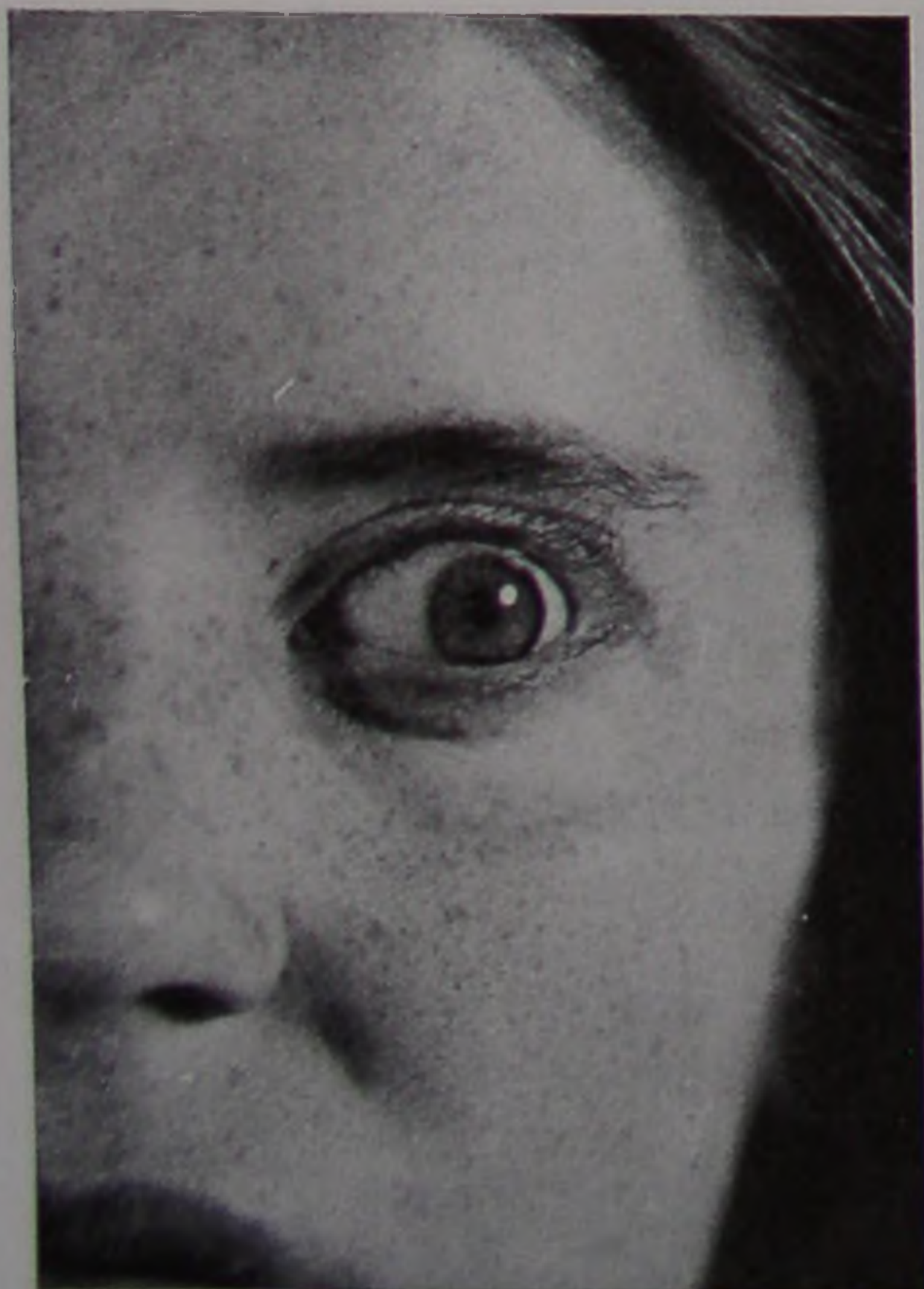


(3)

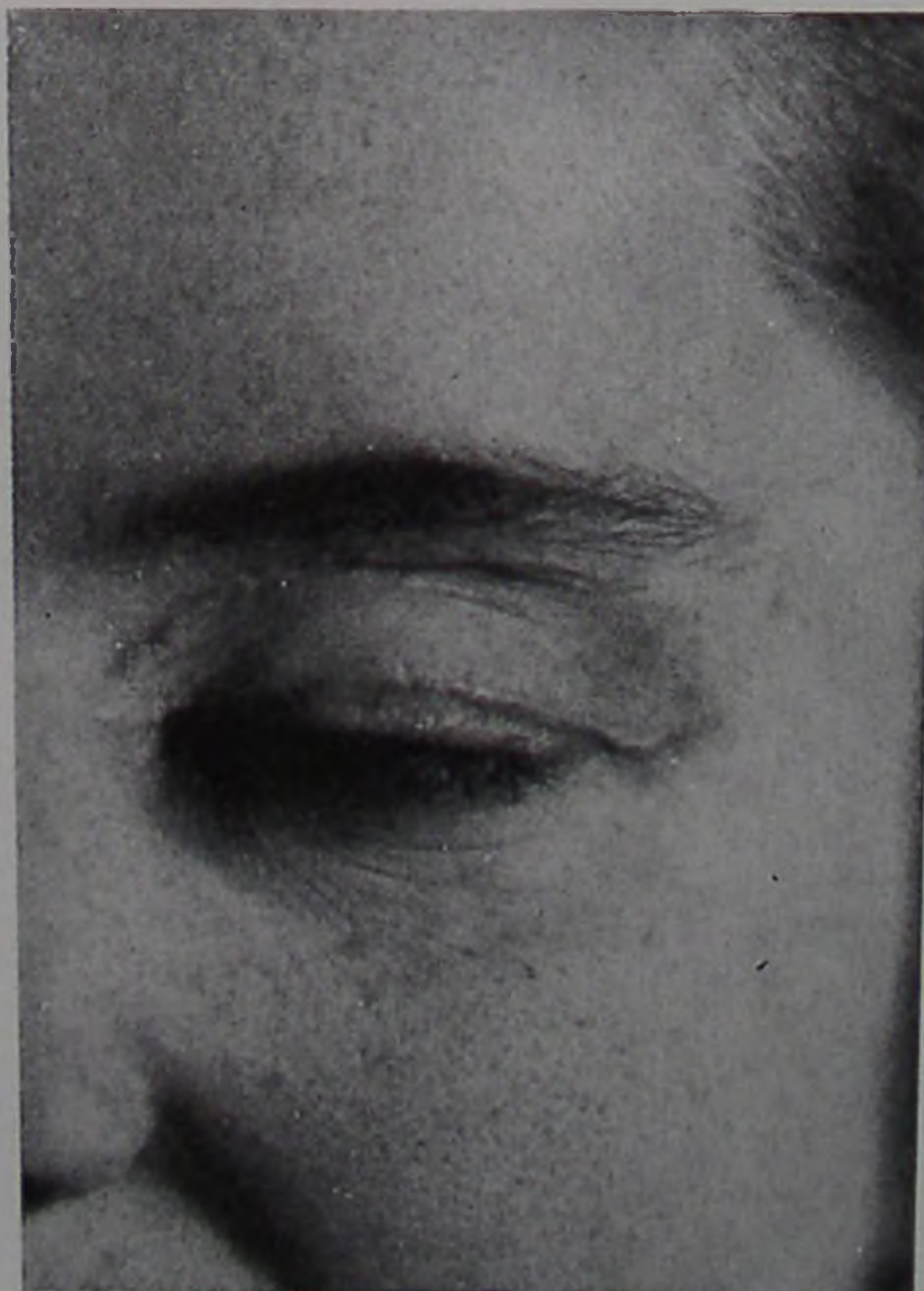
Р И С. 230.

Деформация век воспалительного происхождения. Больная М. В., 15 лет, история болезни № 20 141. 1. В возрасте 3 лет больная перенесла ветряную оспу, после которой у нее возникла флегмона верхнего века левого глаза и орбиты. Девочка перенесла несколько операций. Щель левого глаза гораздо шире правого.

(1)



(2)

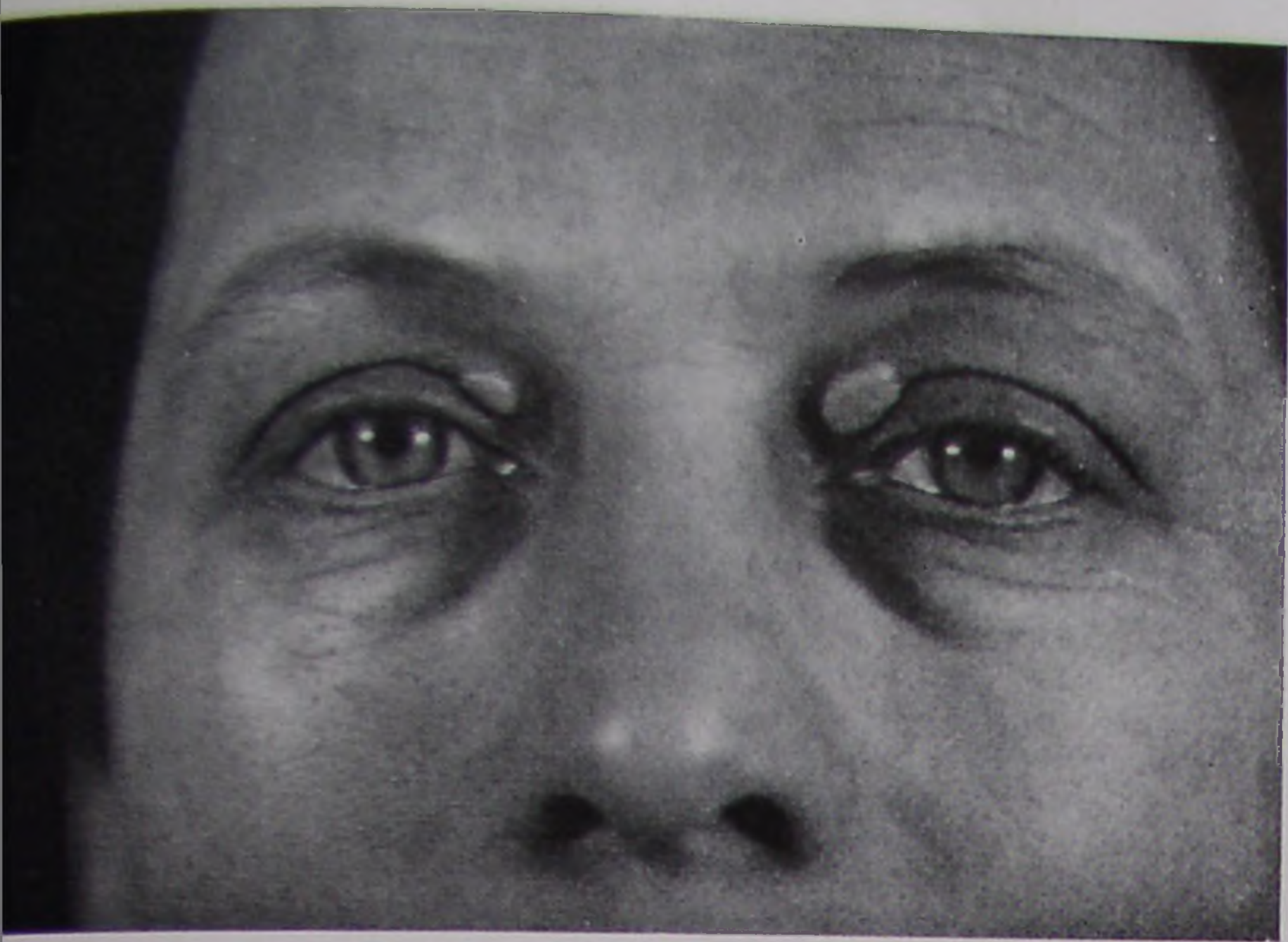


(3)



покрыта мобилизованной конъюнктивой. — 3. Больная с временным протезом, который слишком велик для атрофированного глазного ложа. Глазная щель оказалась слишком широкой и в особенности нижнее веко следовало бы приподнять. На дальнейшее лечение больная не явилась.

Глаз сильно приоткрыт; наблюдается наружное косоглазие легкой степени. На верхнем веке имеется дефект кожи; глубокая горизонтальная борозда века является в сущности втянутым рубцом. — 2. После иссечения рубца в области горизонтальной борозды века выяснилось, что отсутствует большая половина хряща и часть леватора. После полной отсепаровки века в дефект пересажен свободный кожный лоскут во всю толщину, взятый с внутренней стороны левого плеча. Больная может свободно смыкать веки. — 3. При взгляде вперед трансплантат не заметен.



Р И С. 231.

Ксантомы верхних век. Больная Б. П., 51 года, история болезни № 1546. 1. Относительно крупные бляшки, расположенные над

(2)

внутренними углами глаз. — 2. Больная после операции. В связи с тем, что на веках имелся избыток дряблой кожи, опухоли удалось иссечь без всякого труда, а возникшие дефекты зашить, продолжив линию разреза в направлении кожных складок.

Базалиома нижнего века. Больная К. Б., 33 лет, история болезни № 4331. 1. Ниже внутреннего угла глаза расположена опухоль, величиной приблизительно с миндалину. Небольшая язвочка окружена плотным, приподнятым краем. — 2. Намечен подлежащий иссечению участок и дугообразный разрез, идущий книзу

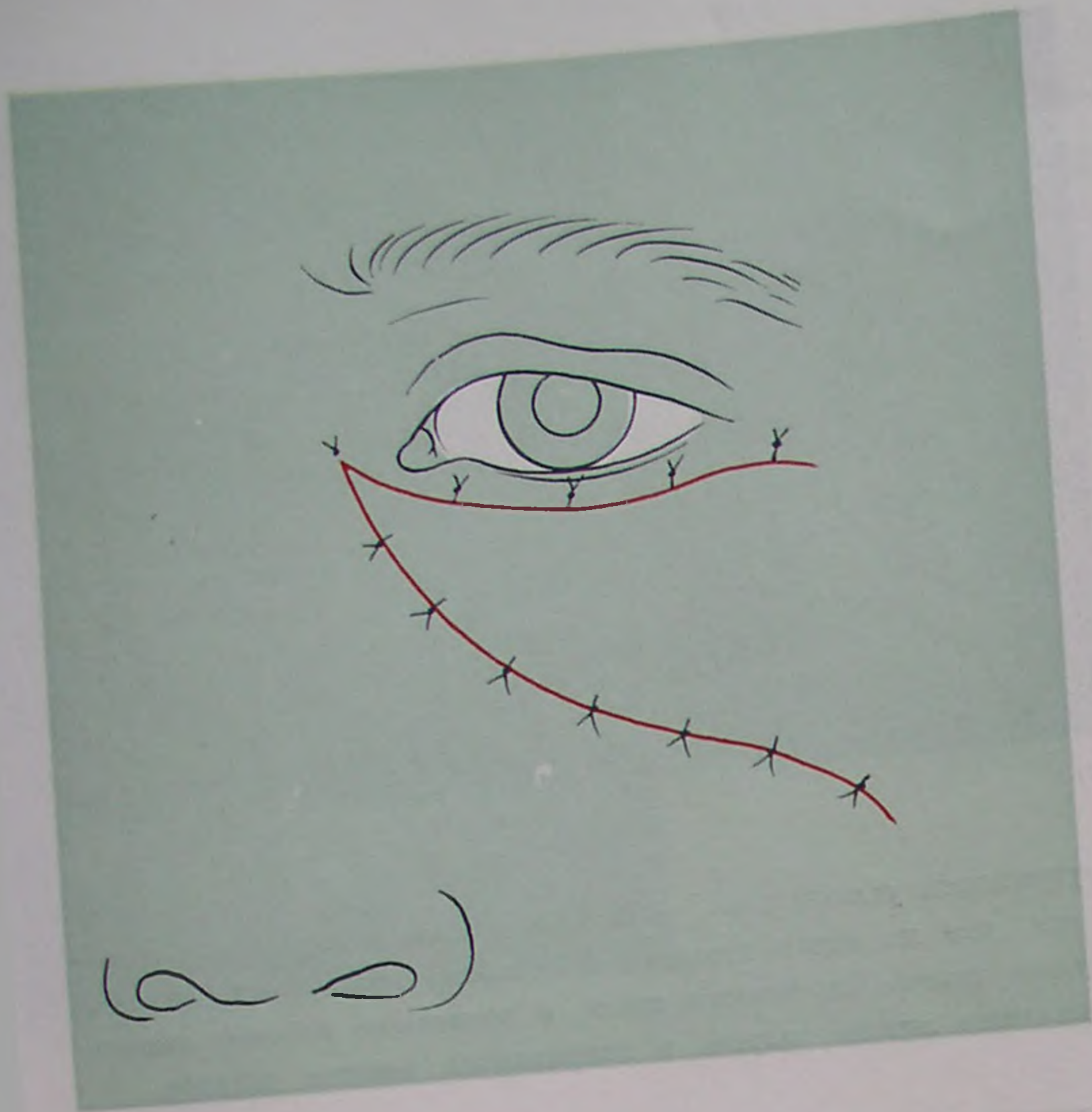
под скуловой бугор (по Имре). На концах разреза производят внизу вспомогательное клиновидное иссечение кожи, а сверху — поперечные насечки. В латеральном направлении производят обширную мобилизацию кожи. Иссечение опухоли производят с помощью электрического ножа, после чего края раны обрезают

Р И С. 232.



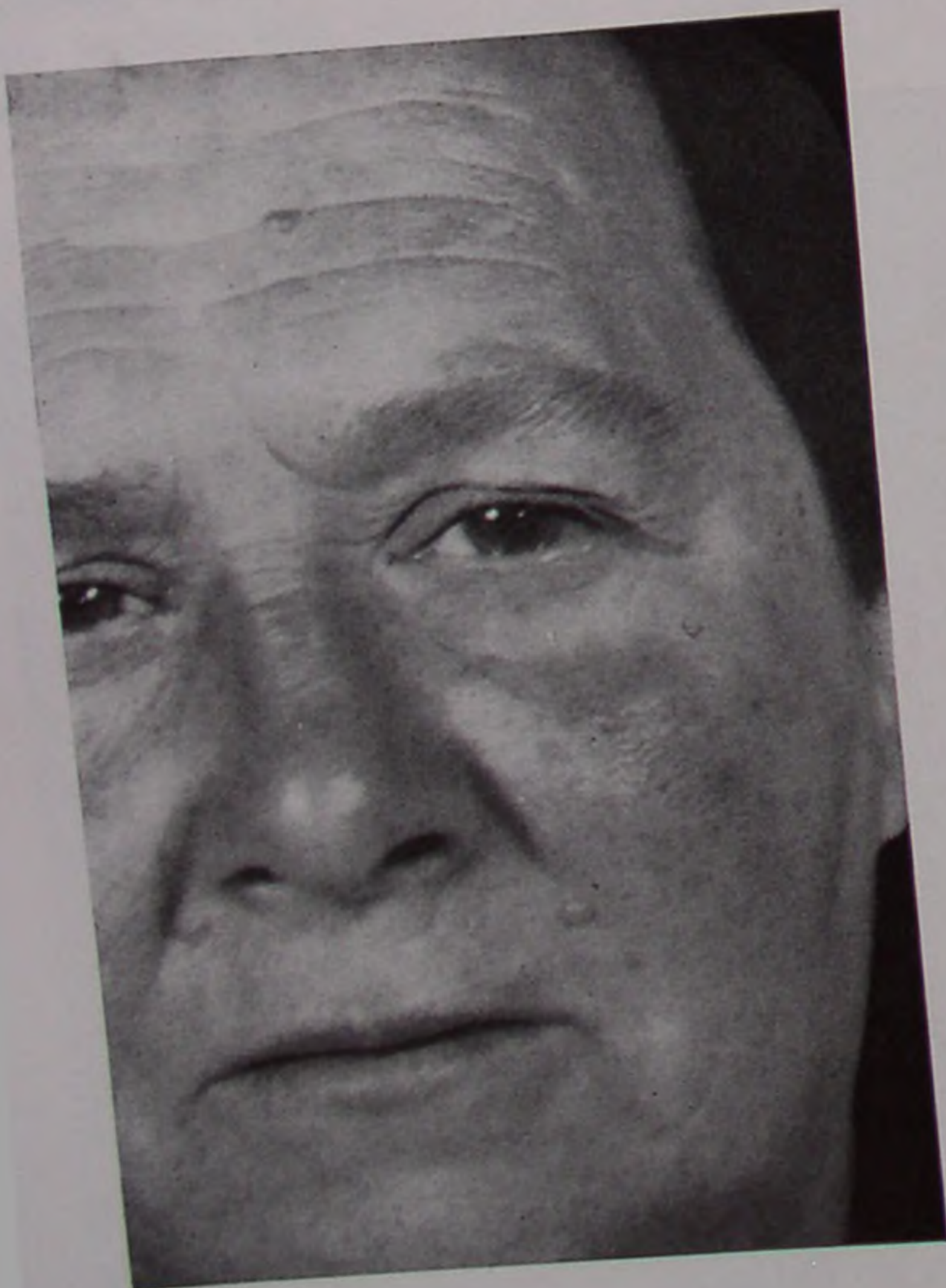
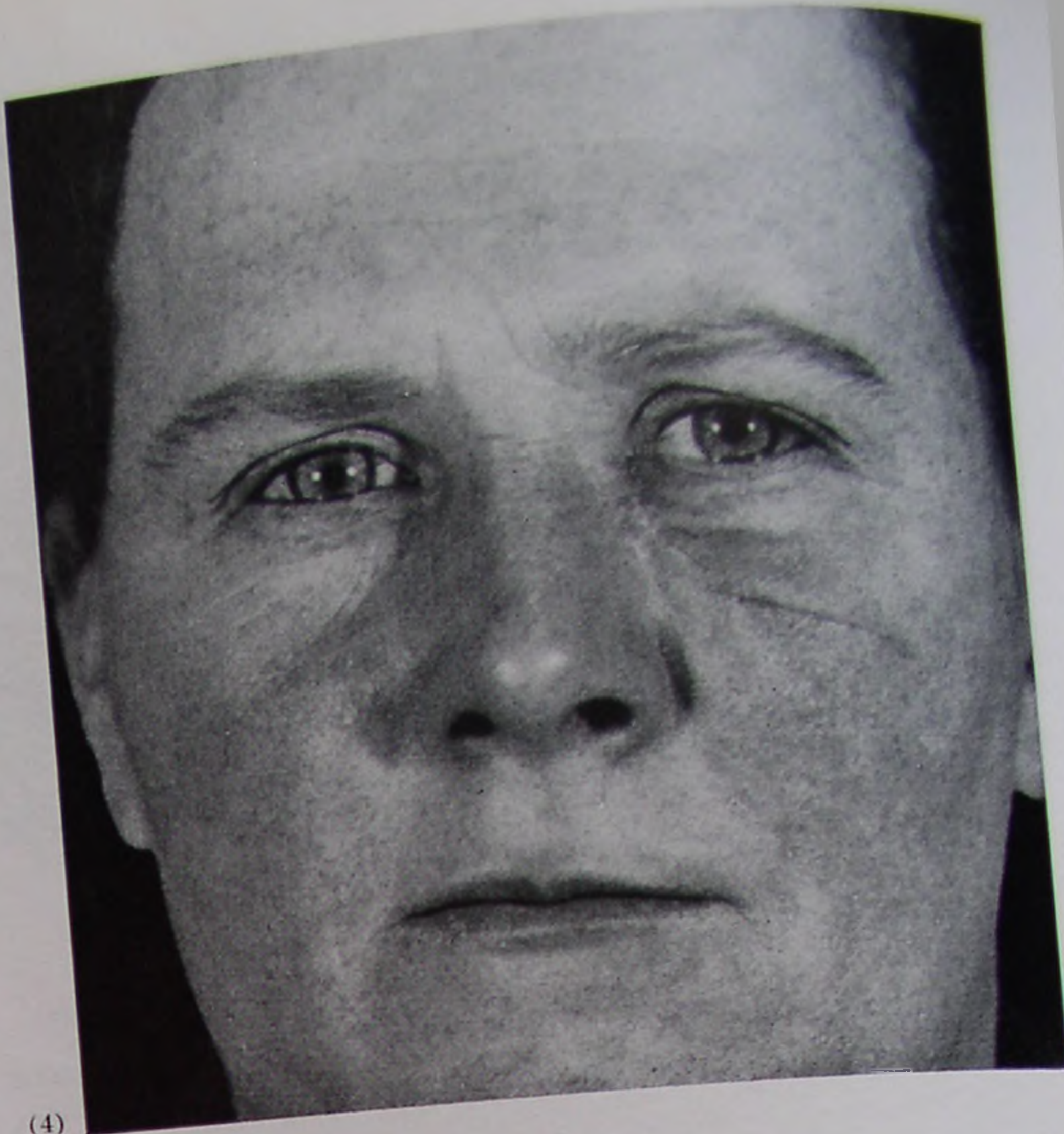
(1)

(2)



(3)

(4)



(5)

скальпелем. — 3. Состояние после смещения кожи щеки. — 4. Состояние после излечения. — 5. Больная через 18 лет после операции. Операция произведена Геленой Пешковой.

С. 233.

(1)



(2)



нома нижнего века. Больной К. К., 42 лет, история бо-
№ 6420. 1. Производят широкое иссечение опухоли. Ради-
ость экстирпации подтверждена данными гистологического

исследования. На дефект пересажен кожный лоскут во всю толщ,
взятый с задней поверхности ушной раковины. — 2. Больной через
14 месяцев после окончания лечения.

нома в области внутреннего угла левого глаза. Больной
32 лет, история болезни № 4565. 1, 2. Фотография и схема
нения опухоли. Над бровью зарисованы очертания островка

кожи, из которого будет создан артериализированный лоскут, питаю-
щая ножка которого будет содержать внутреннюю лобную артерию.
Через намеченный канал этот артериализированный лоскут будет

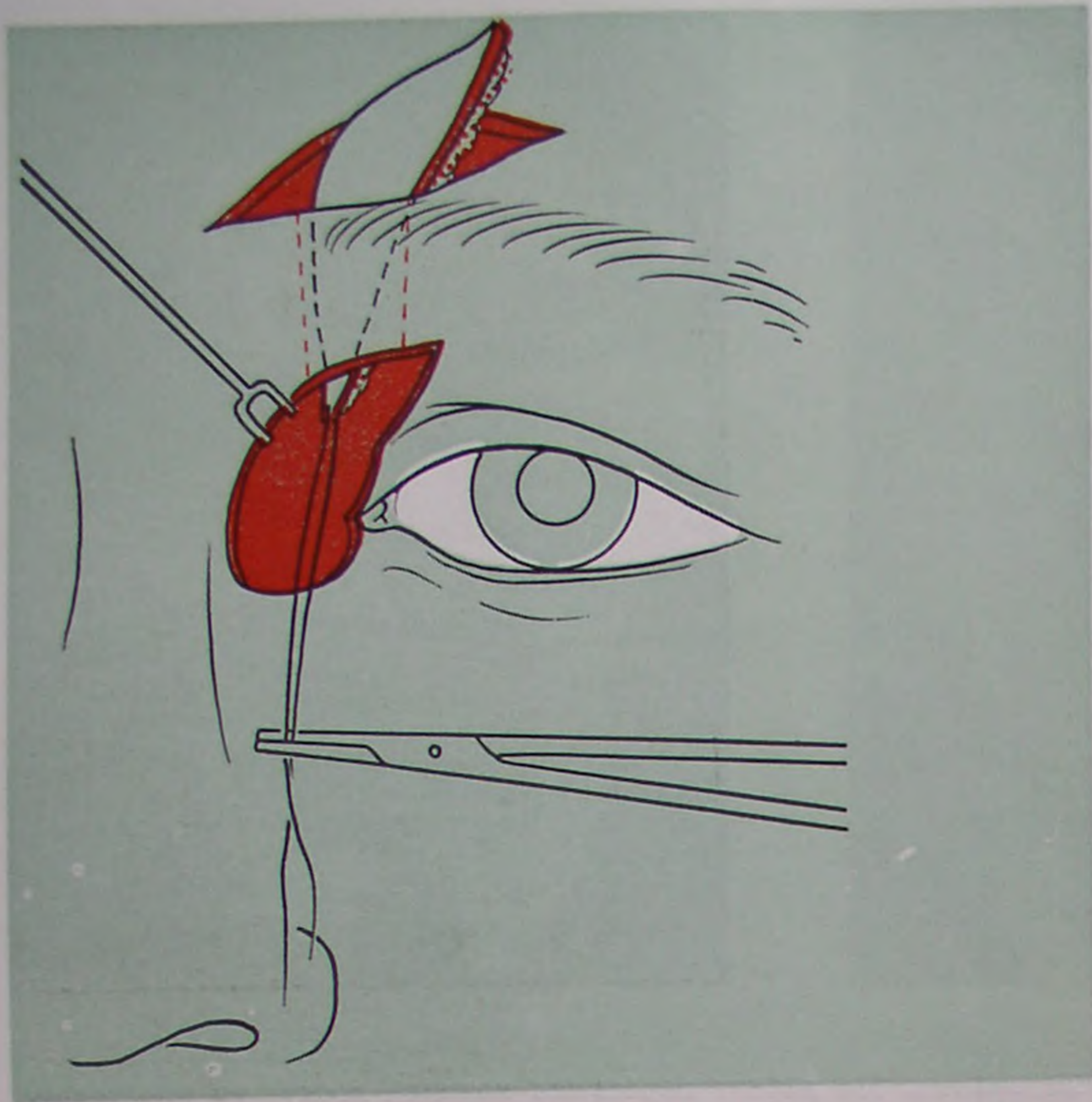
С. 234.

(1)



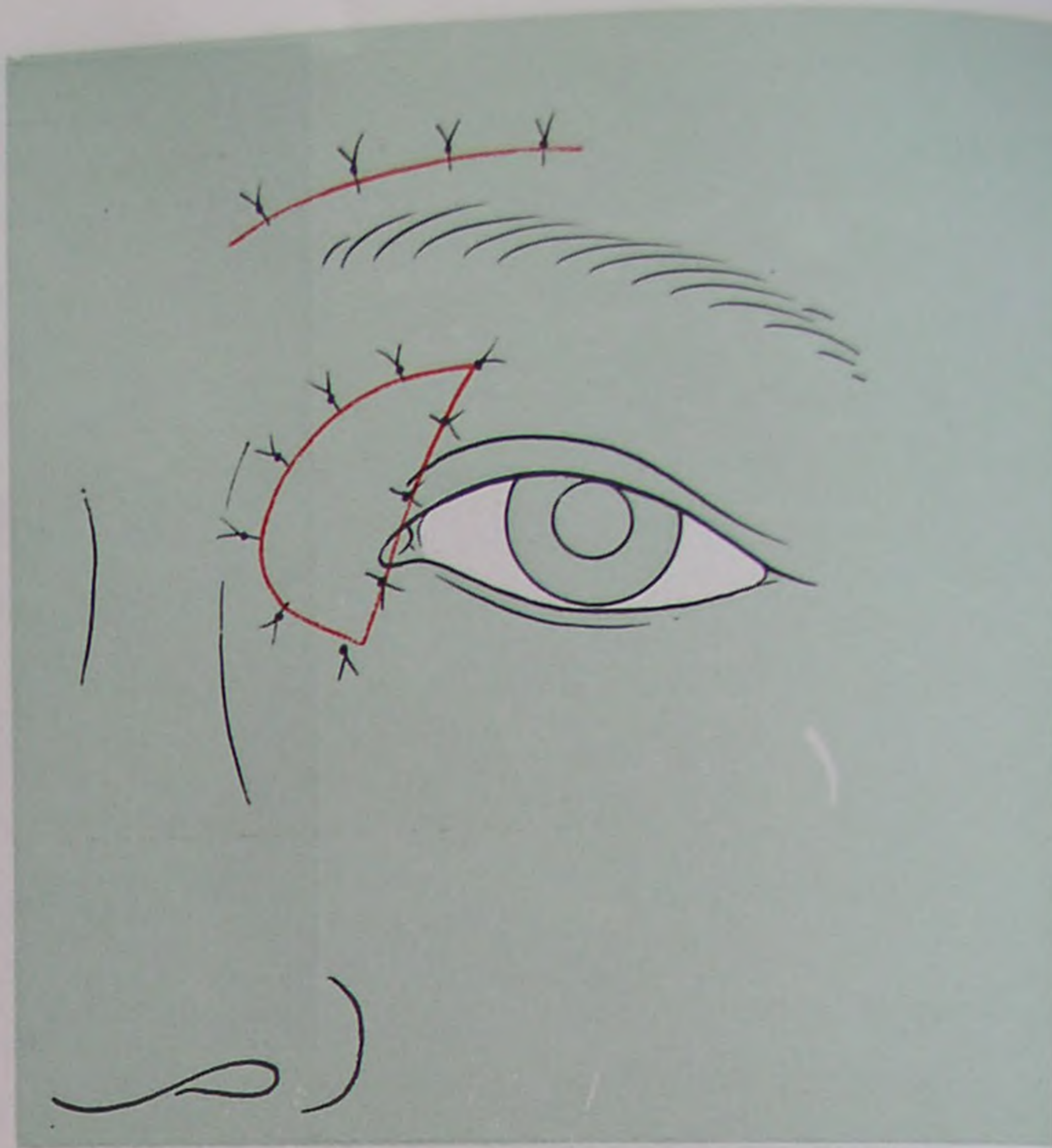
(2)





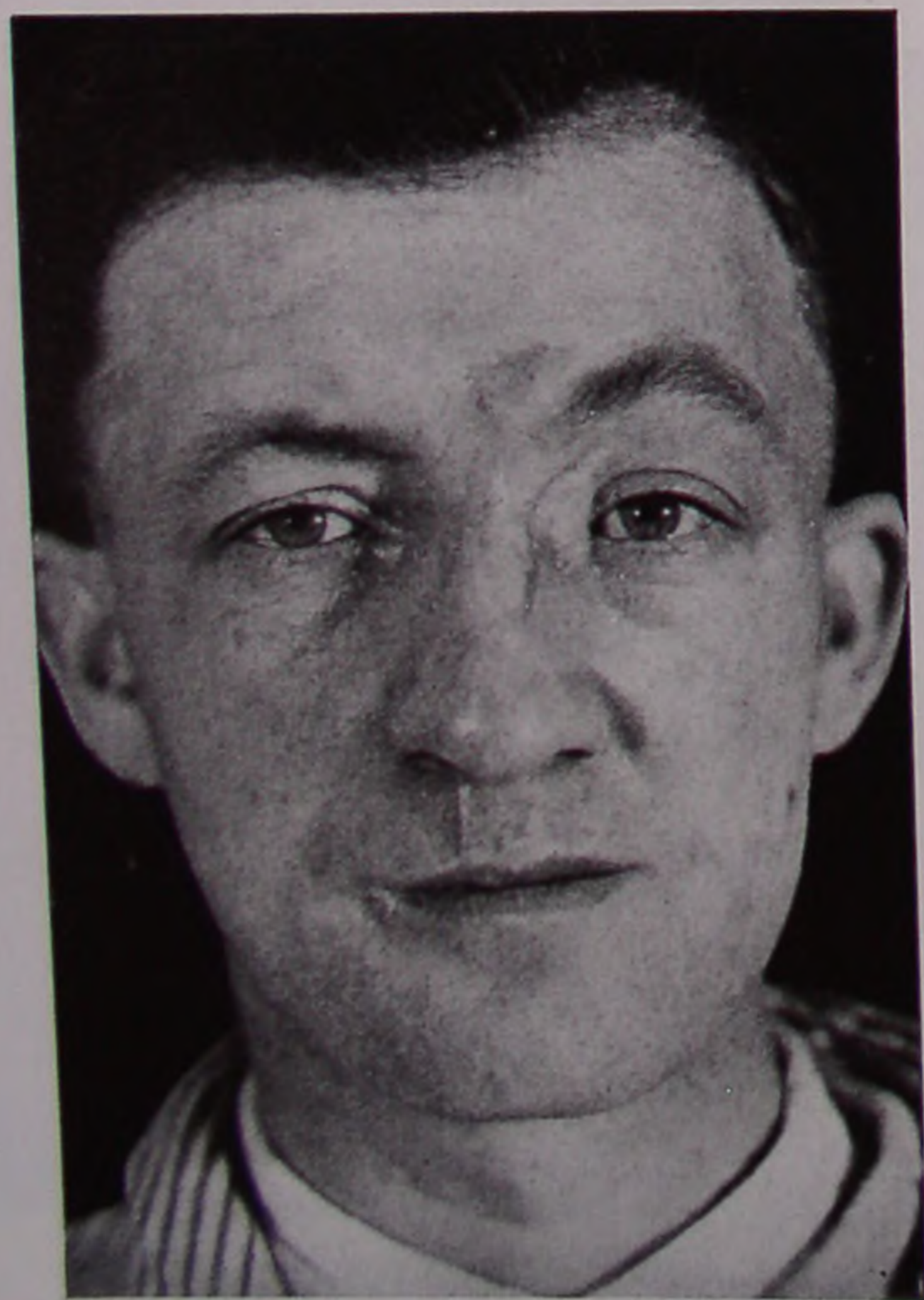
(3)

перенесен к месту дефекта. — 3. Схематическое изображение проведения лоскута через подкожный туннель; вся манипуляция облегчается легким давлением, оказываемым на кожу. — 4. Ушивание лоскута и закрытие образовавшегося дефекта. — 5. Больной через 5 месяцев после операции. Пересаженный кожный лоскут обусловил возникновение эпикантуса. — 6. На дополнительную операцию больной явился только через 13 лет после первого



(4)

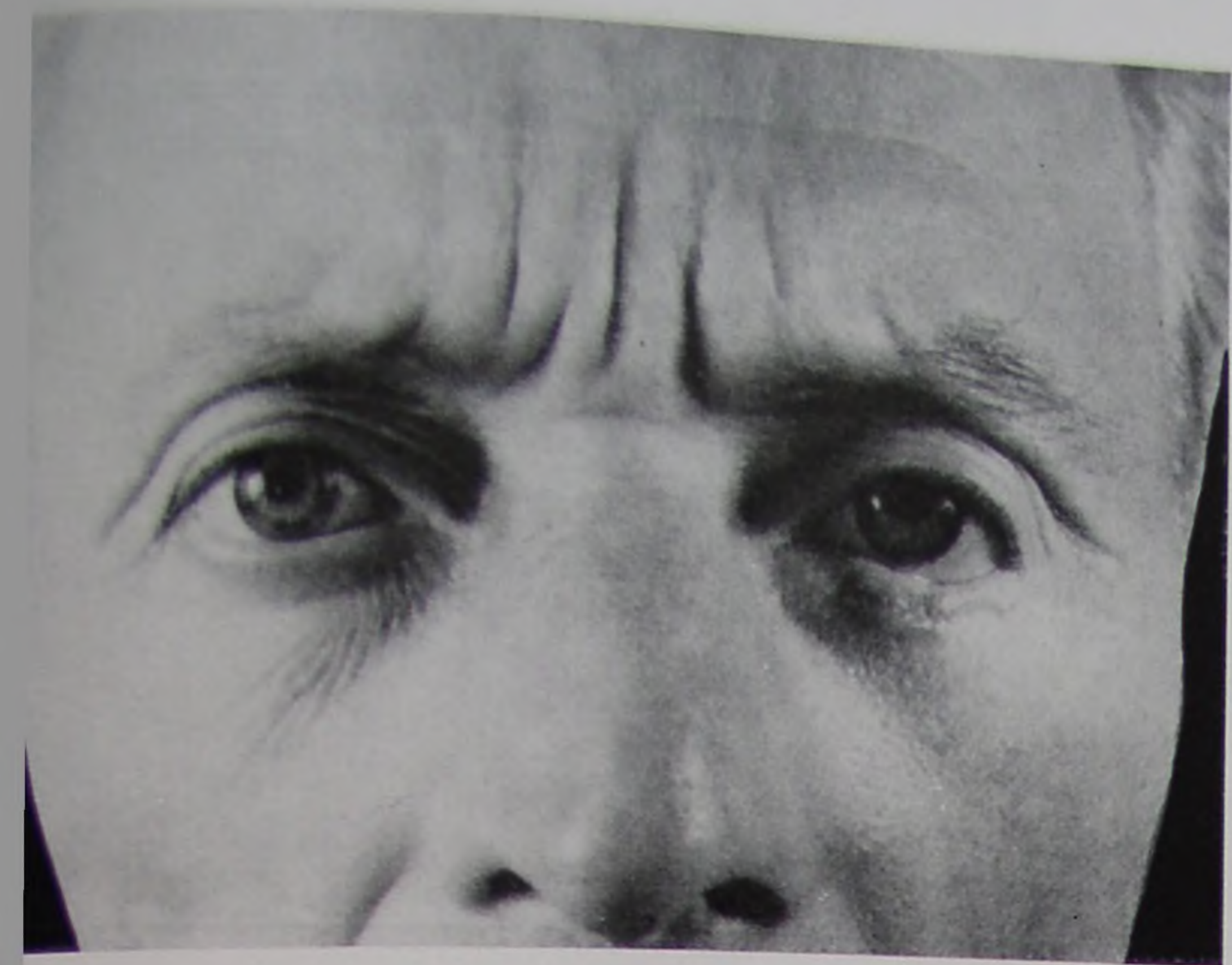
вмешательства. Возвышения, расположенные выше и ниже глаза, обусловлены утолщениями на обоих концах пересаженного лоскута. Эти возвышения были удалены путем небольших иссечений кожи и экстирпации глубоко расположенной ткани. При гистологическом исследовании всего удаленного материала опухоли не обнаружено.



(5)



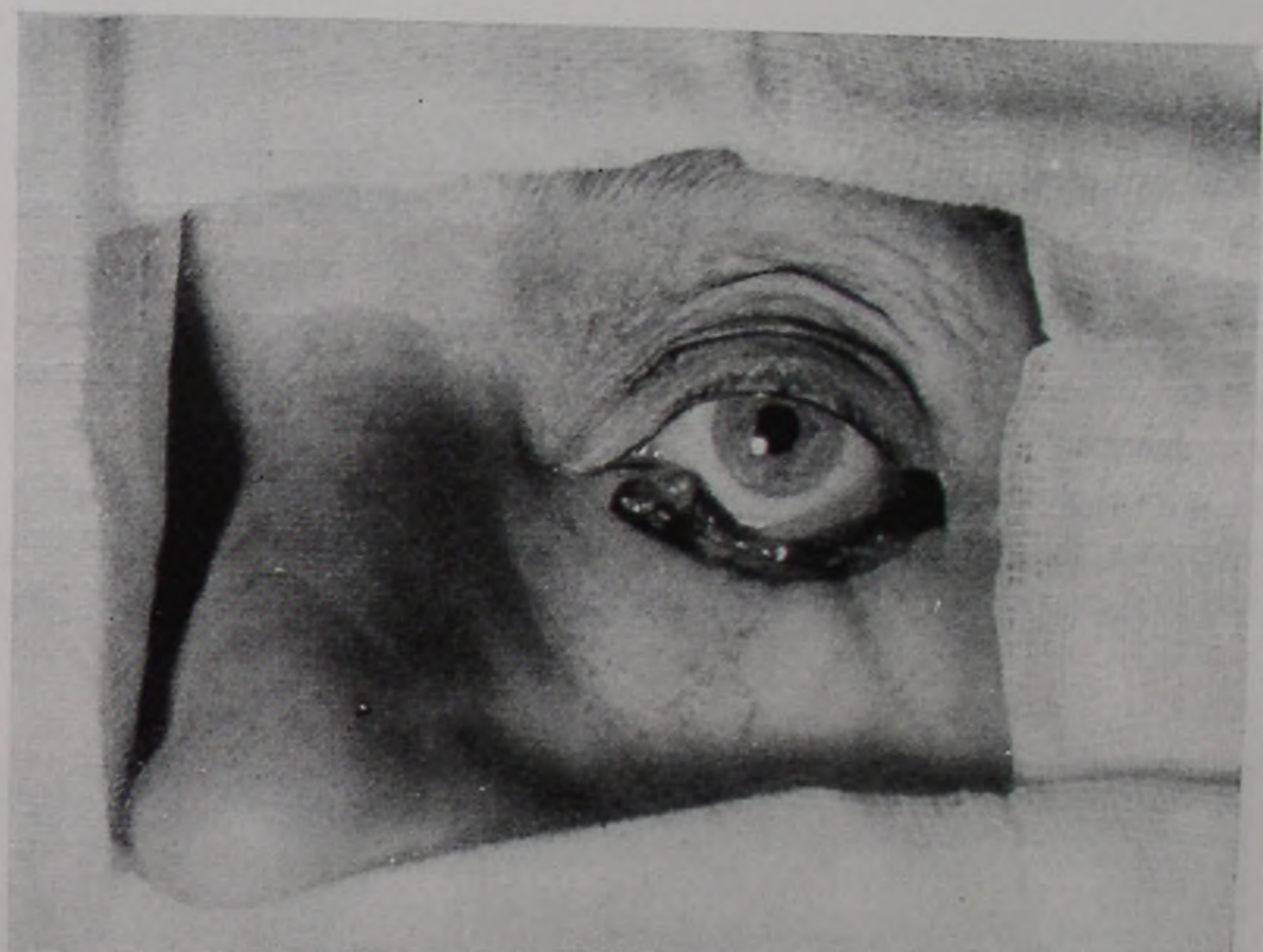
(6)



(2)

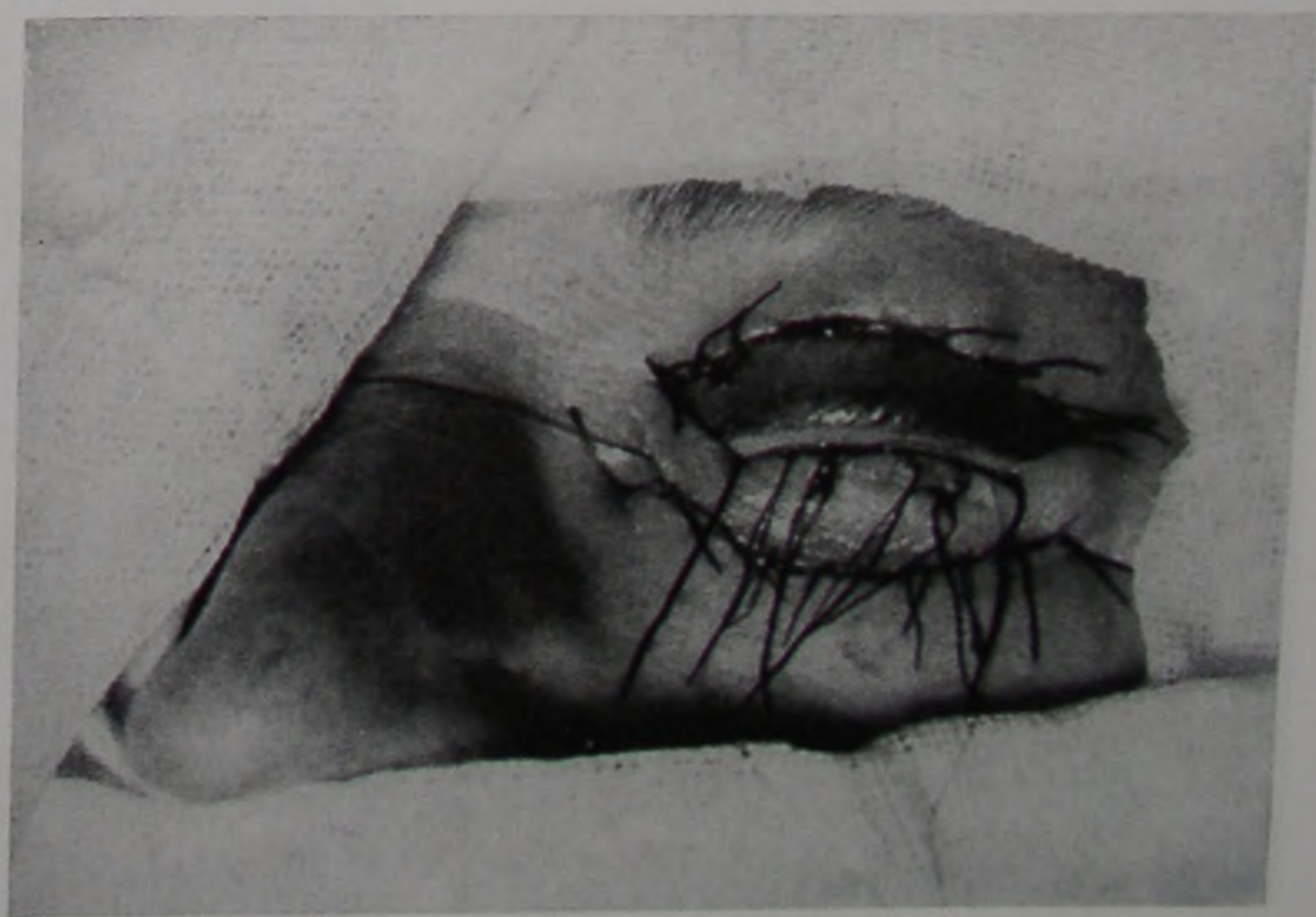
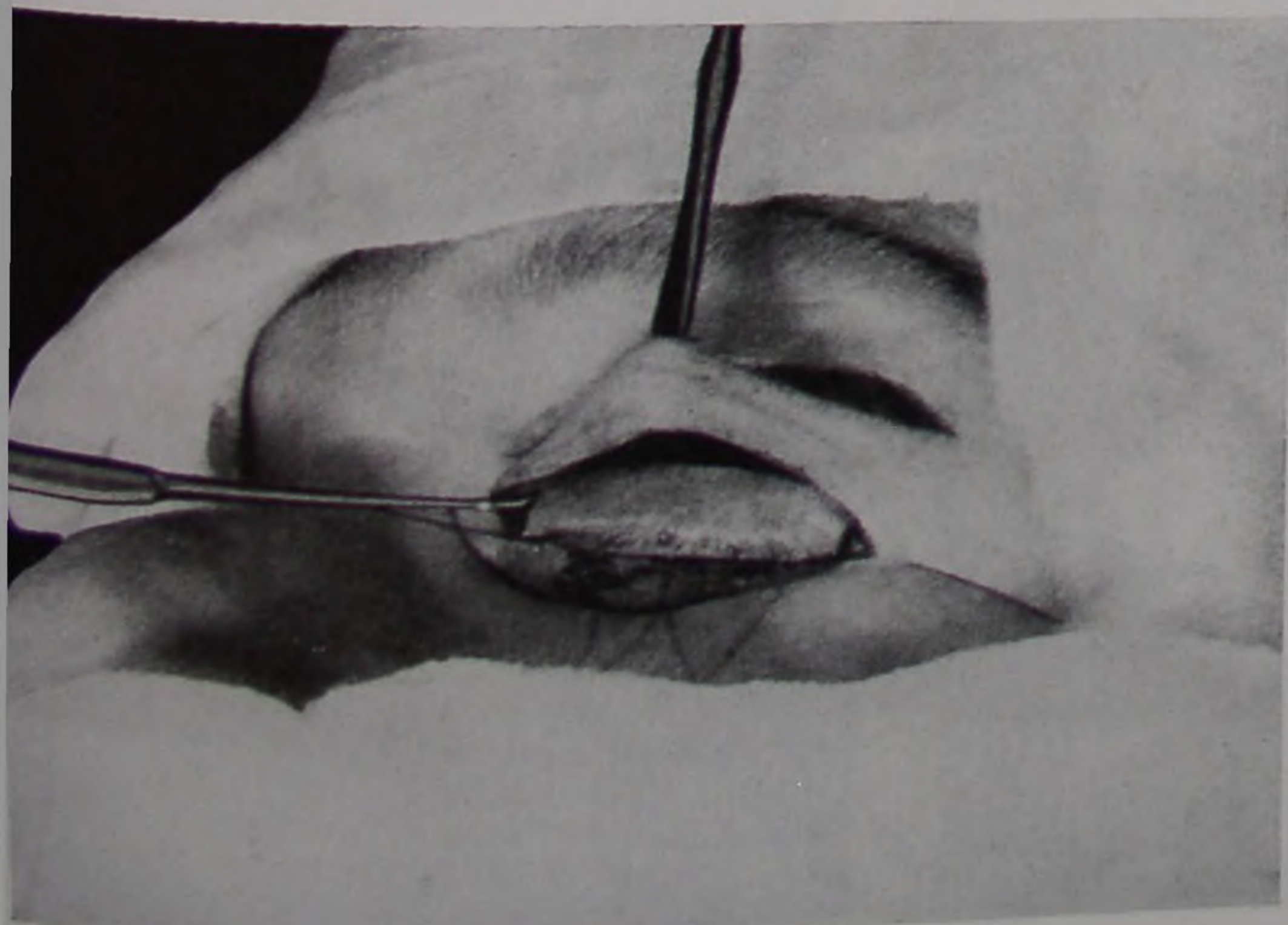
1 С. 235.

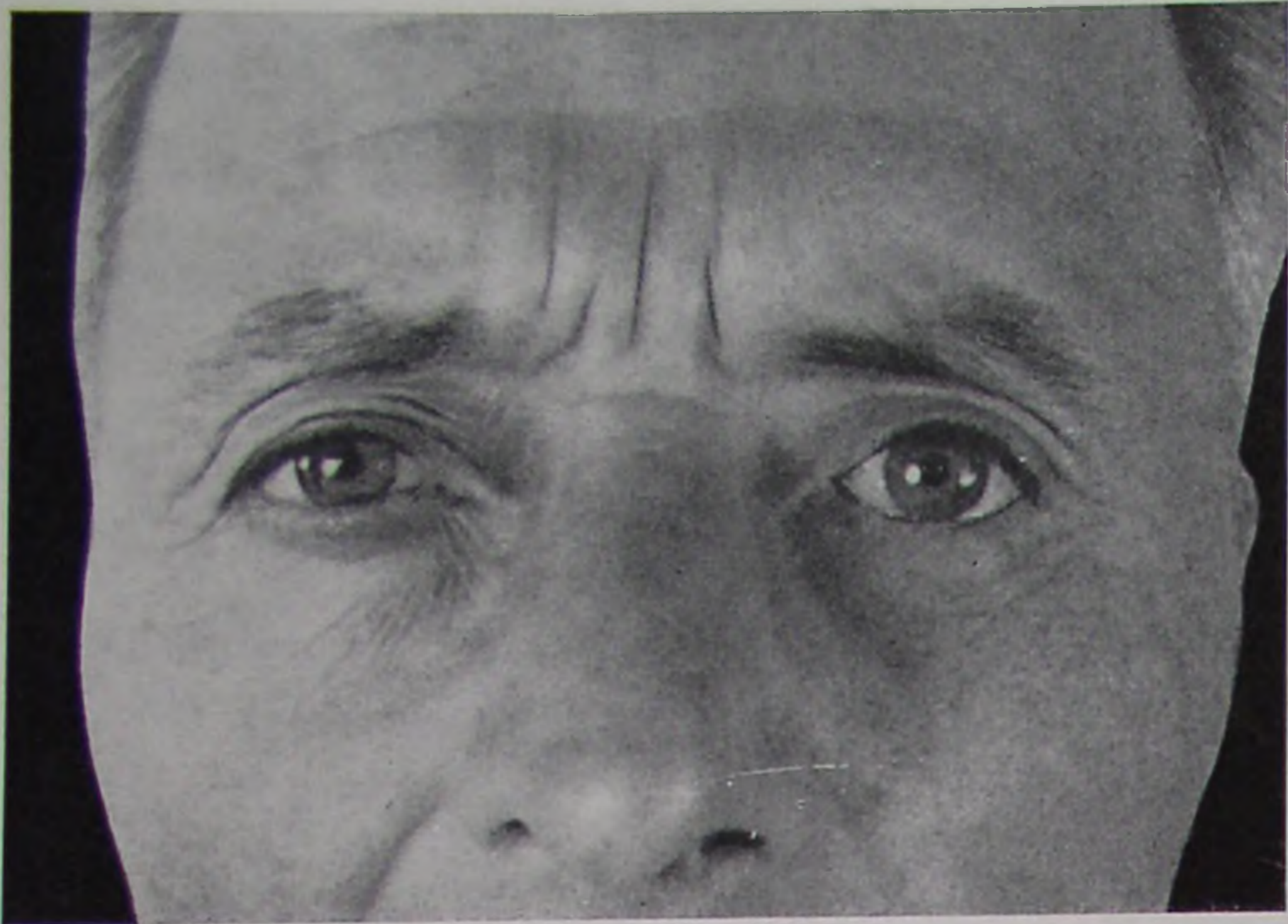
алиома нижнего века. Больной А. К., 54 лет, история бо-
 ни № 47 248. 1. Плоская опухоль, расположенная вдоль ниж-
 о края нижнего века, была год тому назад удалена в другом
 учреждении. Рецидив опухоли наступил за три месяца до
 гупления в клинику. Опухоль разрастается вдоль края века.
 2. Схема разрезов, произведенных почти во всю длину ниж-
 о века в целях иссечения его края. — 3. Состояние после
 ечения опухоли. — 4. Выкраивание мостовидного лоскута из
 ки верхнего века. — 5. Лоскут перемещен на нижнее веко; его
 жний край пришит к конъюнктиве, мобилизованной в области



(3)

(5)





(6)

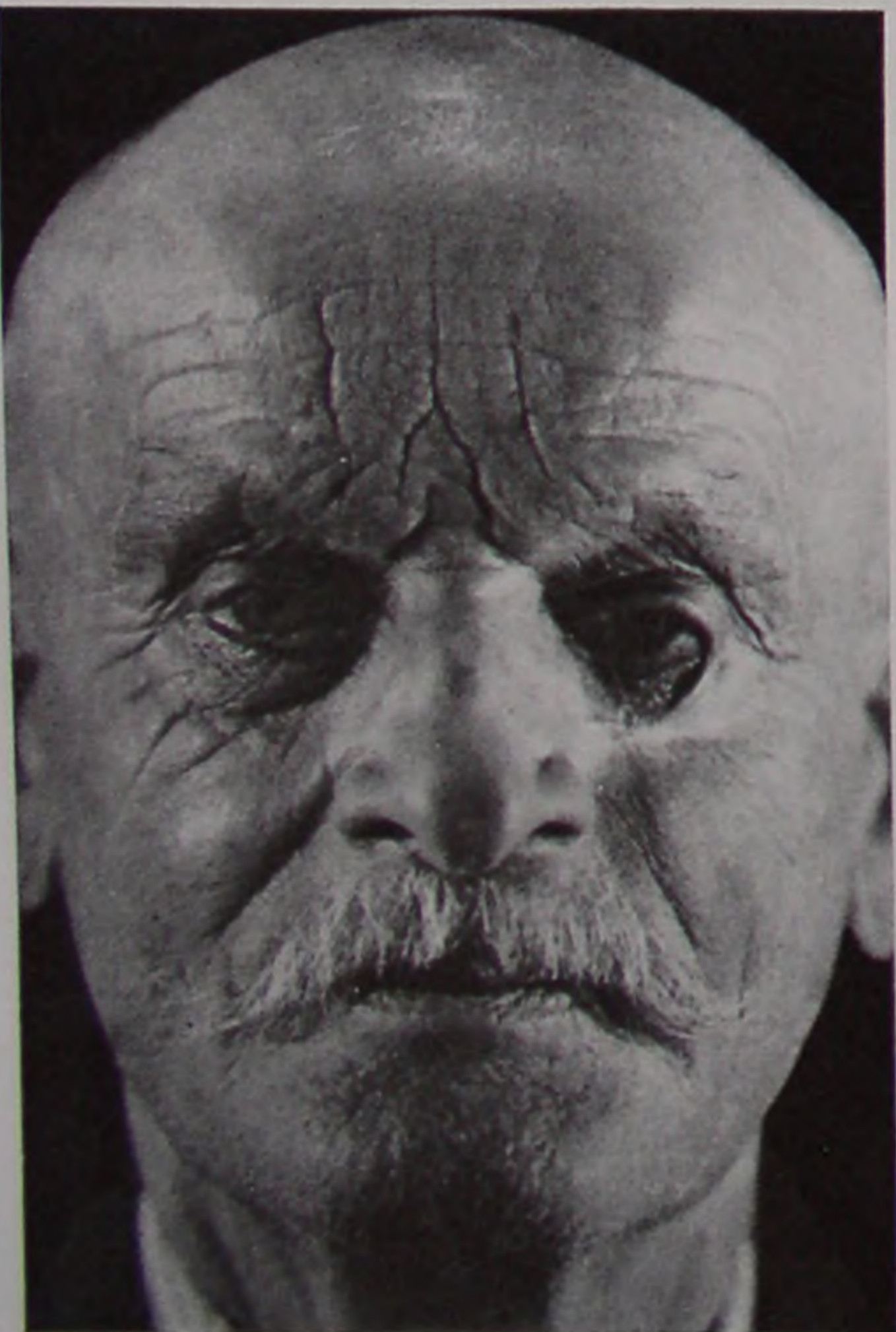
нижнего свода. — 6. Больной через 4 месяца после излечения. Восстановление нижнего века оказалось вполне успешным. Операцию произвел Мирослав Кучера.

Р И С. 236.

Рак нижнего века. Больной М. К., 65 лет, история болезни № 5162. 1. У больного на протяжении 20 лет на нижнем веке персистировала опухоль, по поводу которой он повторно подвергался актинотерапии. В результате облучения у больного образовался обширный некроз кожи, после заживления которого возник сморщенный рубец с выворотом конъюнктивы нижнего века. В рубце выявляется небольшой очаг рака. От века осталась только конъюнктива. — 2. После обширного иссечения патологического очага и мобилизации конъюнктивы в дефект произведена

прямая пересадка длинного лоскута, выкроенного над бровью из кожи лба с основанием в височной области. Лоскут пришит к кожным краям дефекта, на дно которого приложена отсепанная конъюнктива. Ножка лоскута повернута для формирования края века. В общей сложности произведено 3 операции. — 3. Больной через год после операции. Сформированное веко утолщено и имеет плотную консистенцию. Более простым и быстрым методом восстановления века было бы использование артериализированного лоскута на височной артерии.

(1)



(2)



(3)

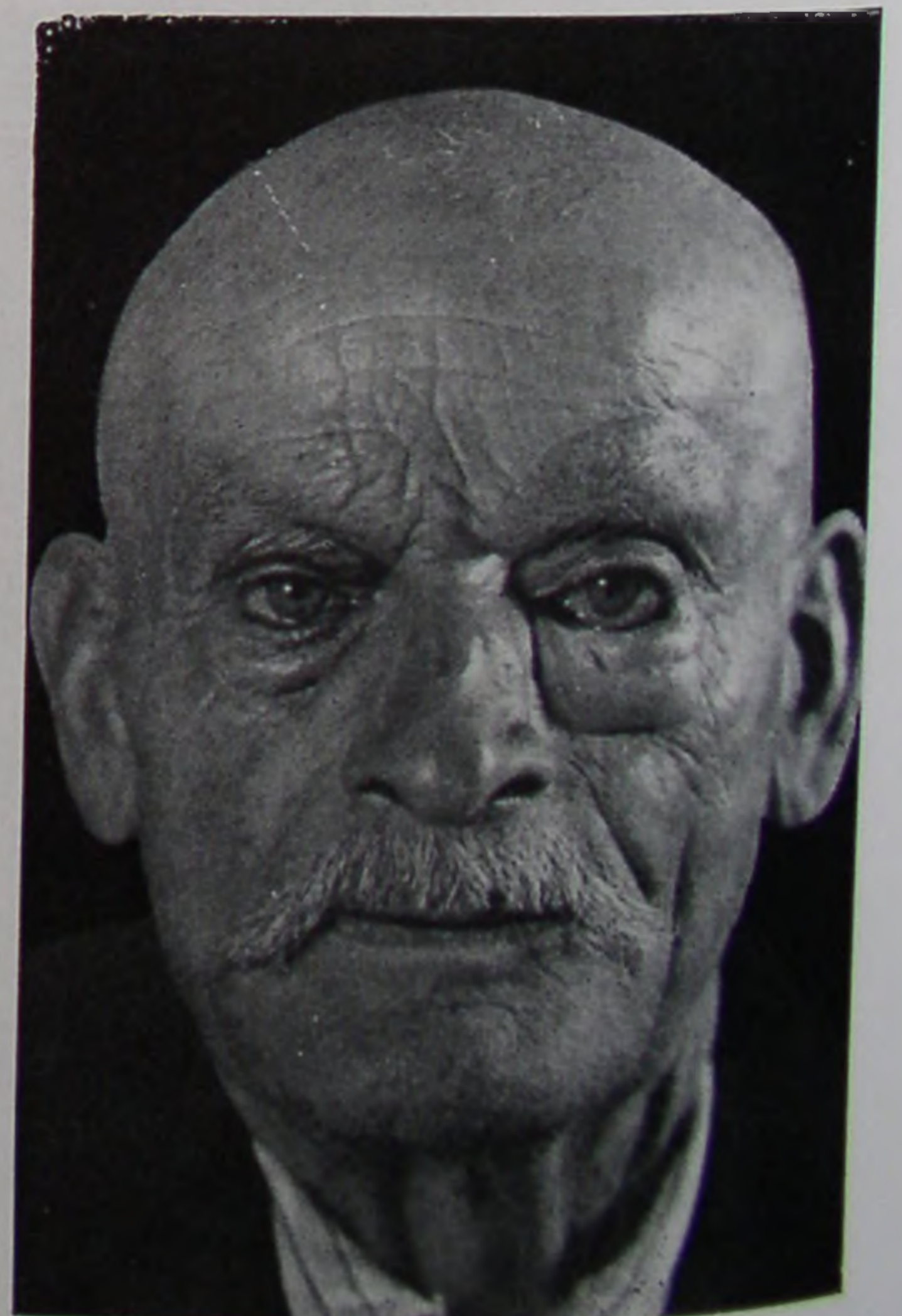


РИС. 237.

Схема содержимого глазницы с расположением орбитального жира по Беллоку. [1] Внутренняя связка век. [2] Наружная связка век. [3] Слезная железа. [4] Мышца, поднимающая верхнее веко. [5] Верхняя прямая мышца. [6] Орбитальный жир над леватором распространяется вдоль слезной железы в наружную половину верхнего века. [7] Внутреннее депо орбитального жира начинается над внутренней связкой и заполняет внутреннюю треть верхнего века. [8] На нижнем веке внутреннее депо орбитального жира начинается под внутренней связкой и заполняет внутреннюю треть нижнего века. [9] Среднее депо под нижней прямой и косой мышцами. [10] Боковое депо начинается под наружной связкой и заполняет нижнее веко.

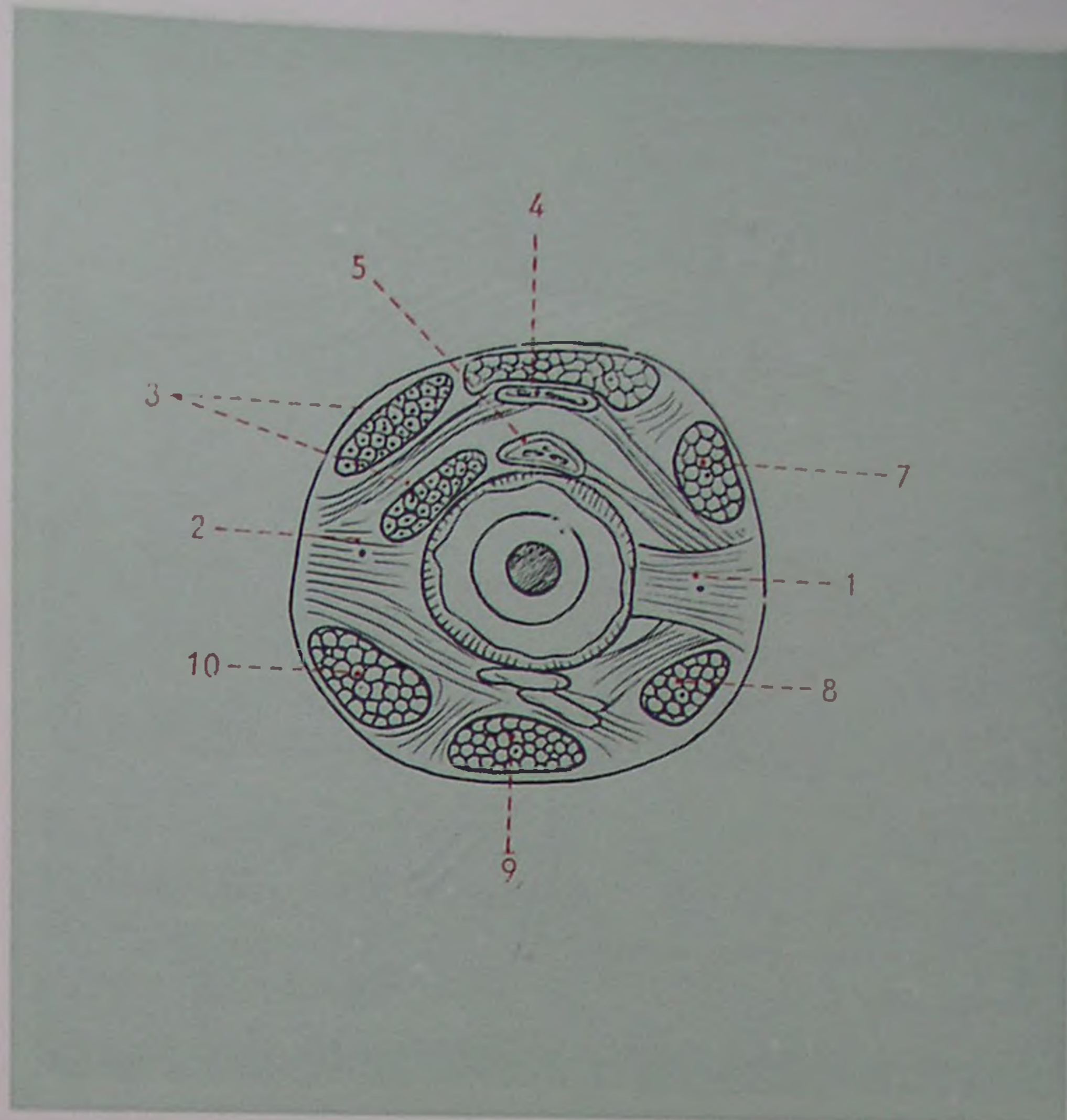
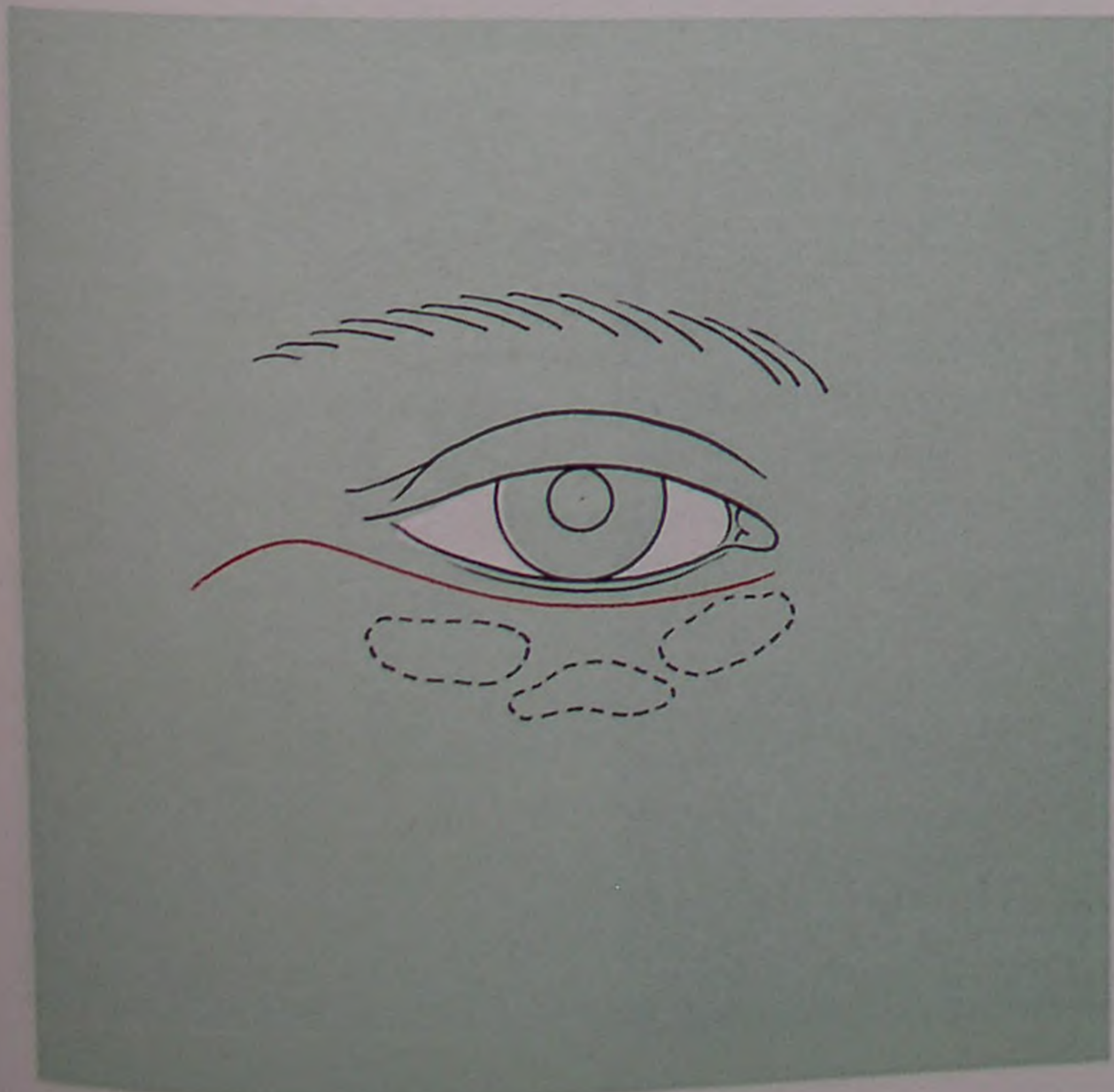


РИС. 238.

Операция по поводу морщин и жировых отвисаний на нижних веках. 1. Схема разрезов вдоль края нижнего века: пунктиром обозначены границы жирового отвисания. — 2. Кожа с большой

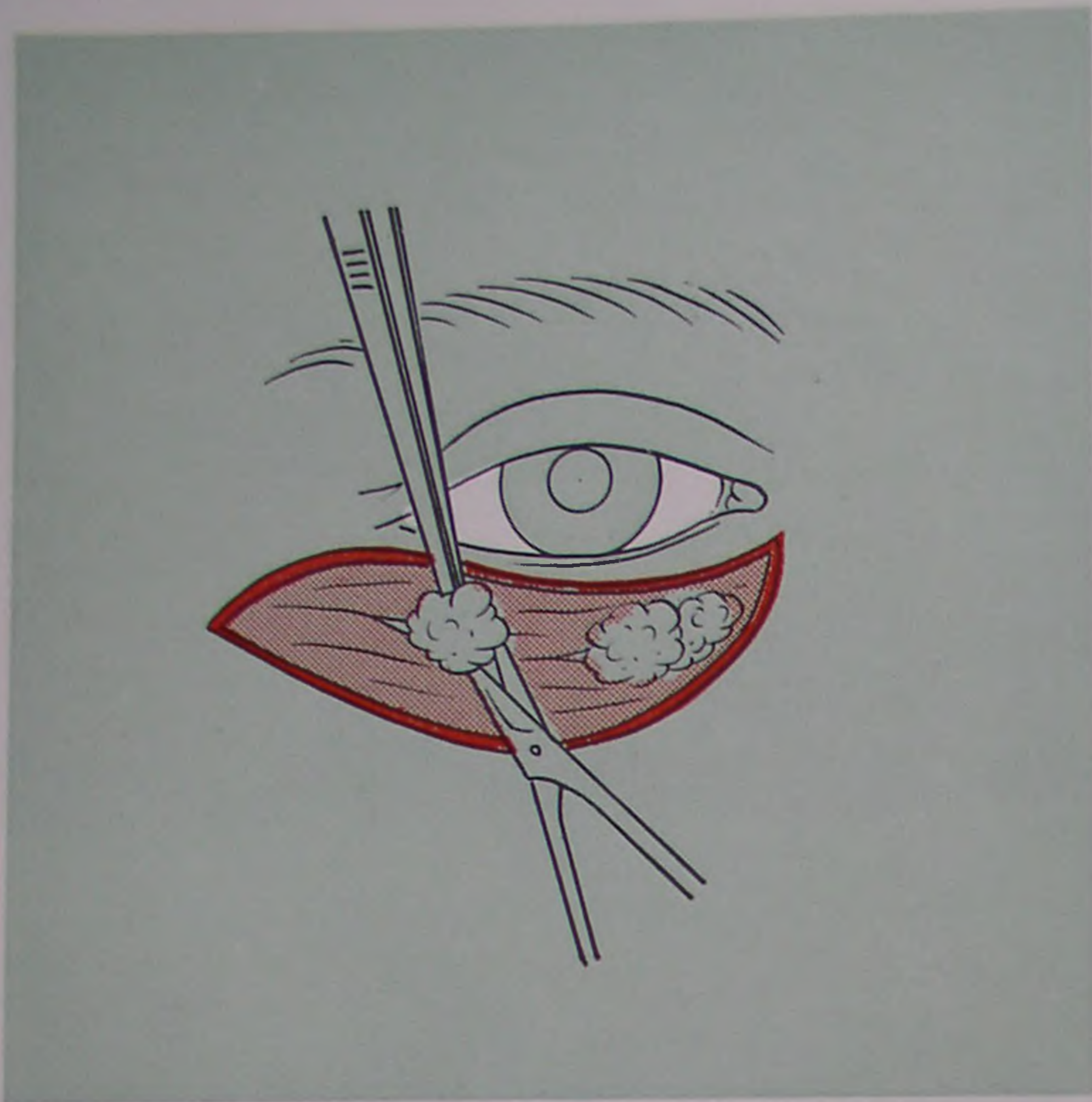
тщательностью отпрепарирована с помощью очень острого ножа и ножниц от круговой мышцы глаза до нижнего края глазницы. Намечены линии разрезов, производимых по ходу мышечных

(1)

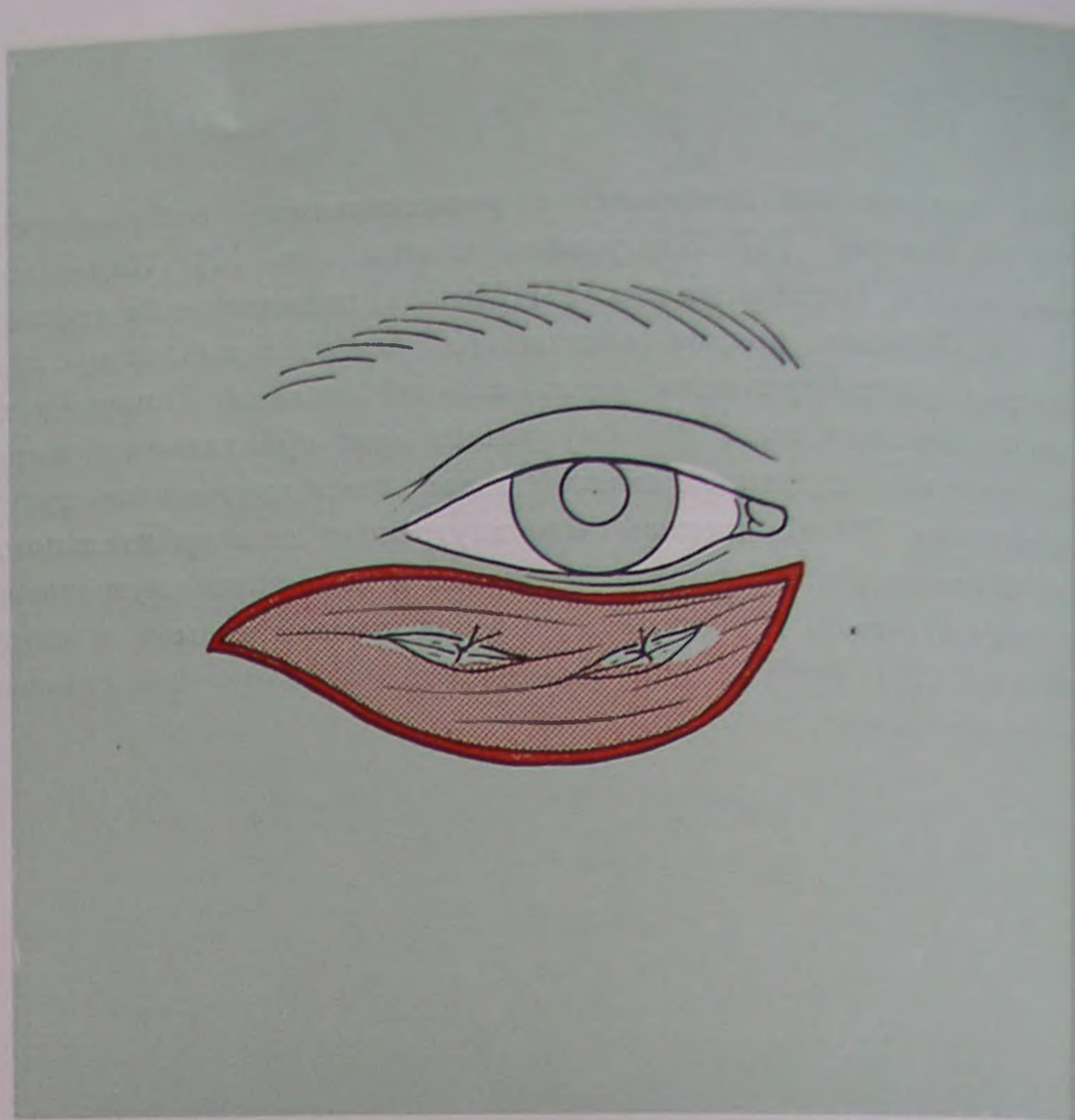


(2)





(3) (4)

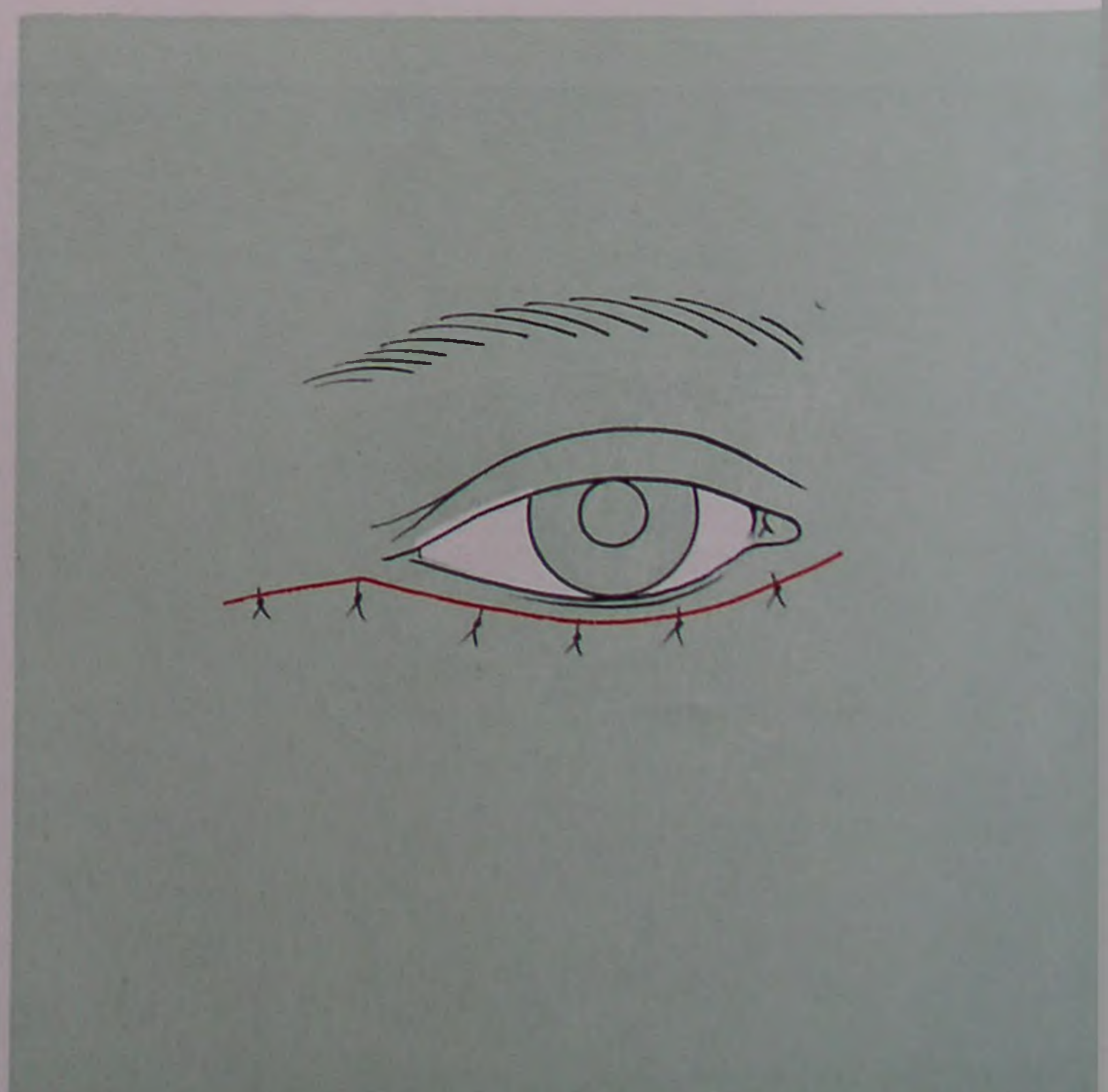


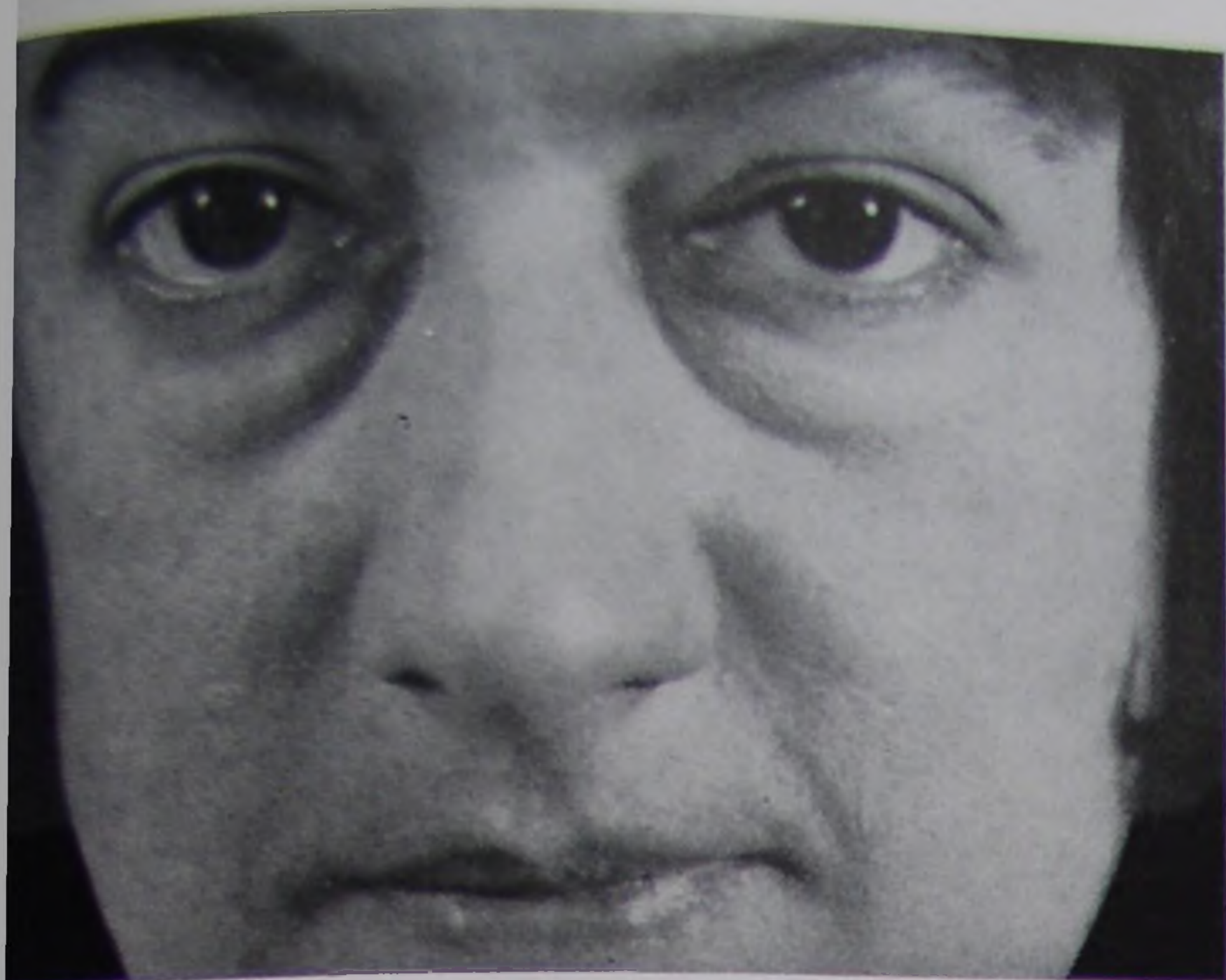
волокон. — 3. Отсепаровка мышечных волокон и рассечение орбитальной фасции; свисающий орбитальный жир отсекают. — 4. Через медиальный разрез вскрывают среднее и внутреннее депо. — 5. Кожу укладывают на свое место. Выявляется ее излишек, который отсекают вдоль края века. — 6. Состояние после отсечения.

Кожу сшивают тонкими редкими шелковыми швами. На разрез кладут полоски пропитанной мазью марли, а сверху марлевою повязка, насыщенная физиологическим раствором. Швы удаляют на третий день.



(5) (6)





(1)



(2)

Р И С. 239.

Морщины нижних век. Больная И Ч., 33 лет, история болезни № 1080. 1. Излишек кожи на всем протяжении нижних век; отвисание орбитального жира. — 2. Состояние после операции (рис. 232).

Р И С. 240.

Резко выраженное отвисание жира и морщины нижних век. Больная С. П., 35 лет, история болезни № 1938. 1. Выявляются крупные складки медиального сектора орбитального жира и складки меньшего размера под наружной половиной век, относящиеся к боковому сектору орбитального жира. Между обоими жировыми отвисаниями расположена неглубокая бороздка. — 2. Состояние после операции, произведенной методом, описанным на рис. 232. Операцию произвел Вацлав Карфик.



(1)



(2)



(1)



(2)

(3)

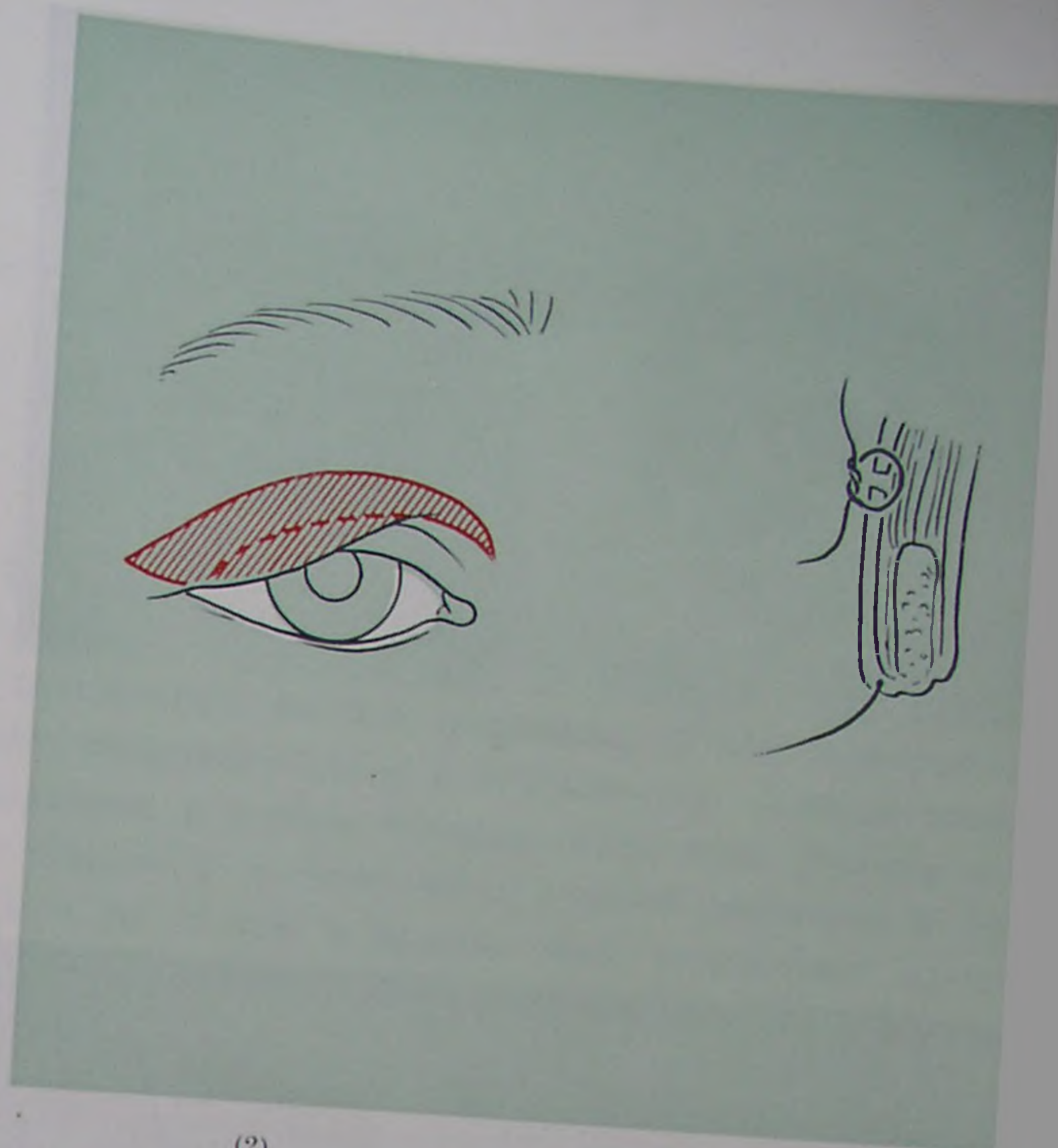


Р И С. 241.

Операция по поводу свисания кожи и жировых желваков верхних век. 1. Ширину подлежащей иссечению кожи определяют путем ее собирания в складку с помощью пинцета. Веретенообразное иссечение производят во всю длину века; пунктиром обозначены места отвисаний. — 2. Производят обнажение круговой мышцы глаза; намечены направления разрезов на мышце. — 3. После резекции отвисающих частей, отверстия в орбитальной фасции закрывают путем наложения тонких кетгутовых швов. Три кожных шва захватывают мышцу над верхним краем хряща века; делается это в целях образования горизонтальной борозды. Один из этих швов накладывают посередине, а другие два делят пополам обе половины века; между ними накладывают тонкие адаптационные швы.



(1)



(2)

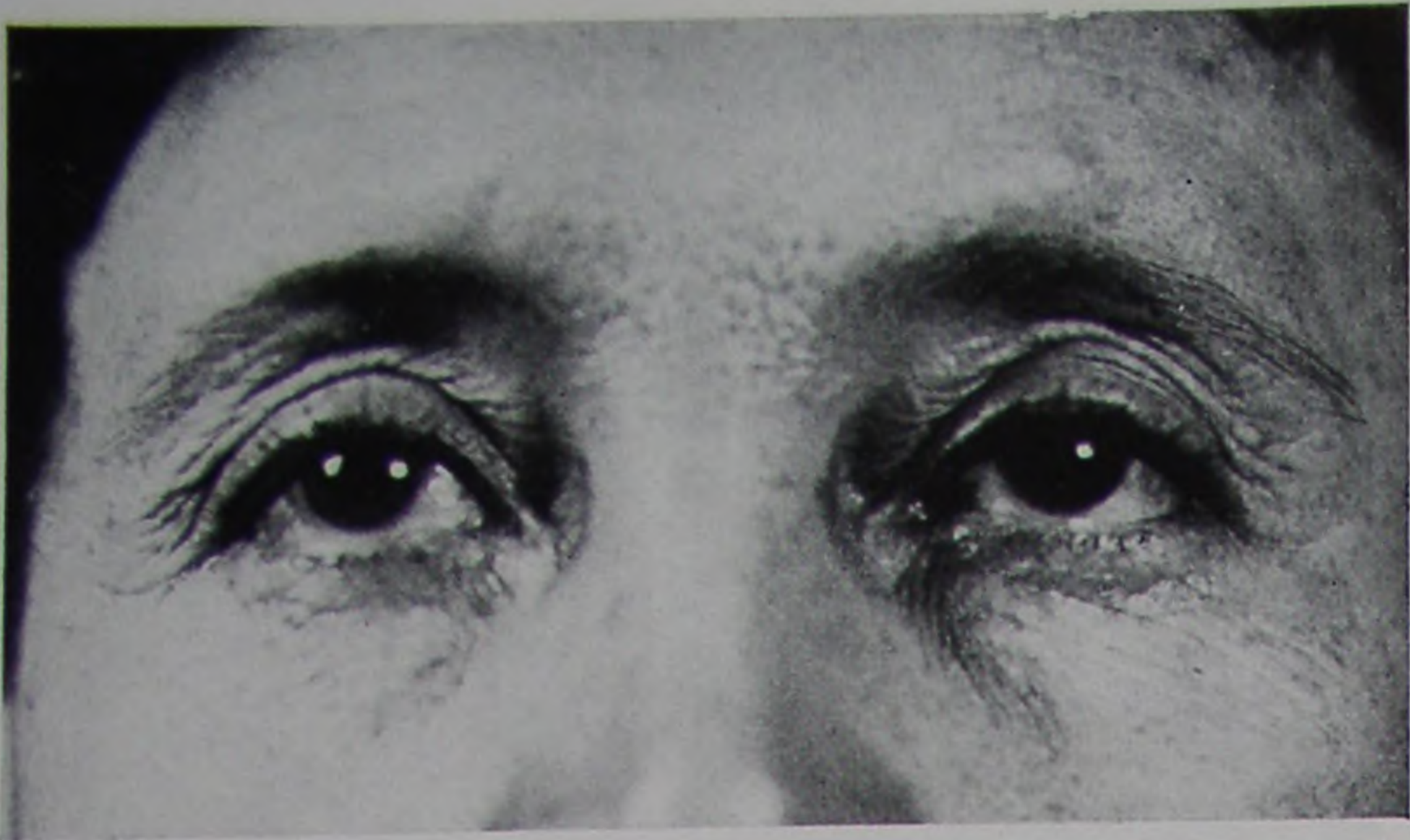
(3)

(4)

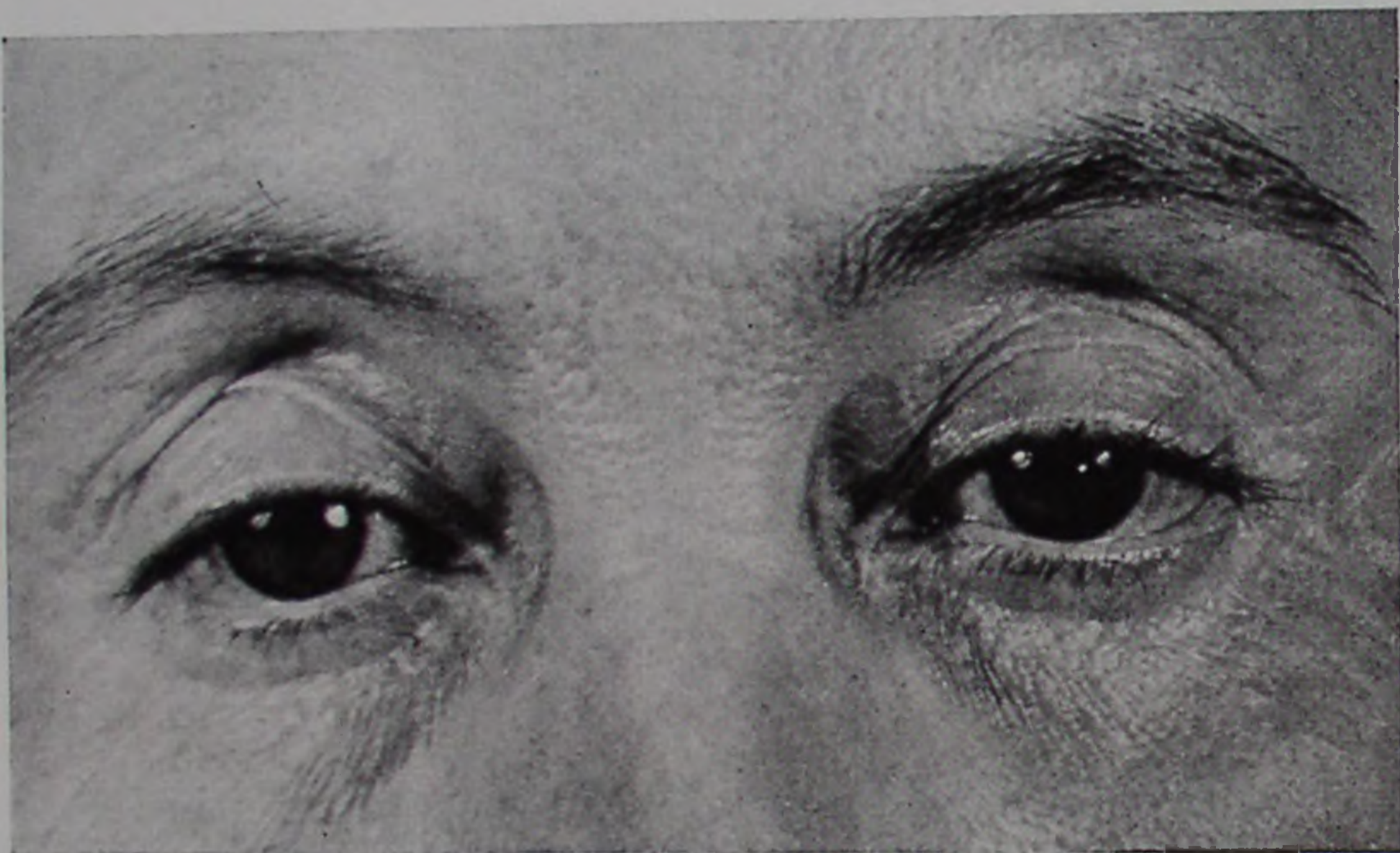


Р И С. 242.

Врожденное, резко выраженное вялое свисание кожи верхних век. Больной И. Ш., 15 лет, история болезни № 18 701. 1. Кожные складки свисают ниже краев верхних век, мешая смотреть больному и заставляя его для улучшения зрения резко сокращать лобные мышцы. У больного на лбу образовались глубокие морщины, кроме того видны оттопыренные ушные раковины. — 2. Производят веретенообразное иссечение кожной складки во всю длину века. Иссекают кожную ленту шириной 2 см и укладывают свисающий жир в области орбиты (см. рис 241). — 3. Швы накладывают таким образом, что один располагается посередине раны, а два других делят пополам обе половины века. Делается это в целях фиксации кожи века и создания горизонтальной борозды. — 4. Больной через 8 месяцев после операции. Кроме только что описанной операции больной подвергся еще операции по поводу торчащих ушей.



(1)



(2)

Р И С. 243.

Приподнимание бровей методом серповидных иссечений. Больная Э. Г., 43 лет, история болезни № 35 034. 1. На верхние веки нависают брови; кожа верхних век вялая и морщинистая. На нижних веках имеются мелкие морщины. — 2. Больная после операции. Брови были приподняты методом серповидных иссечений кожи лба, которые должны были быть расположены над

самыми ресницами. Не удалось, однако, восстановить глоссальную борозду верхних век, в особенности с правой стороны. Обусловлено это слишком высоким расположением произведенных эксцизий. На нижних веках эксцизии были расположены слишком глубоко.

АНАТОМИЯ НОСА

Нос имеет форму положенной на бок пирамиды. Ниже надпереносья начинается спинка носа, направляющаяся к его кончику. С обеих сторон под тупым углом спускаются к щекам боковые скаты носа. Кончик носа переходит на нижней стороне в кожную часть носовой перегородки (подвижную перегородку), а по бокам в крылья носа, отделенные от щек бороздами, начинающимися в области скатов носа неглубокими желобками (рис. 244, 1).

Форма и выступы носа обусловлены сложным костным и хрящевым скелетом. Основой костной части скелета являются лобные отростки верхней челюсти, между которыми расположены две носовые кости, прочно соединенные с лобной костью. Костная часть составляет $\frac{2}{5}$ длины носа, $\frac{2}{5}$ приходятся на долю хряща перегородки носа и боковых хрящей. Нижняя часть, состоящая из хрящей кончика носа (крыльных хрящей), составляет $\frac{1}{5}$ длины носа (рис. 244, 2, 3).

Носовые кости и лобные отростки верхней челюсти ограничивают грушевидные отверстия. Края грушевидного отверстия дугообразно спускаются книзу и кнутри к верхнему краю челюсти и выступают по средней линии в переднюю носовую ость. Носовая полость разделяется носовой перегородкой, состоящей из нескольких частей. Основой перегородки является сошник, вставленный в желобок носового гребня по средней линии дна носовой полости. К передней части сошника подходит хрящевая часть перегородки; сзади и сверху к сошнику и хрящу присоединяется перпендикулярная пластинка решетчатой кости, отходящая от продырявленной пластинки (рис. 244, 4).

Мягкие части, покрывающие спинку и боковые скаты носа, эластичны и податливы; из них можно образовывать складки. На кончике и крыльях носа характер мягких частей совсем иной: они плотны и неподатливы.

Подкожная клетчатка в области кончика и крыльев носа состоит из особого мелкозернистого жира, содержащего в большом количестве коллагенные волокна, образующие пучки; кожа содержит много сальных желез, выводные отверстия которых нередко хорошо заметны.

Мышцы носа (рис. 244, 5) расположены типично. Они, во-первых, регулируют ширину носовых входов, во-вторых, при их сокращении меняется выражение лица, отражая чувство удовольствия или неудовольствия, испытываемого человеком.

Сосуды мягких покровов носа являются конечными ветвями обеих сонных артерий, густо анастомозирующих друг с другом (рис. 244, б). О кровоснабжении полости носа уже говорилось при описании типичных расщелин неба (рис. 82).

Венозная кровь собирается лицевой веной. Она анастомозирует с глазничной веной, при тромбозе которой инфекция переходит в пещеристый и другие синусы черепа. Этим обусловлена большая опасность гнойных процессов в области носа и верхней губы.

При операциях на носу следует заботиться о том, чтобы не наступало ранения сосудов. При таких ранениях возникают крупные гематомы, в которых легко может развиваться опасная инфекция. Если соблюдать внимательность, то можно избежать ранения сосудов, так как они бывают расположены довольно поверхностно вокруг боковых скатов носа. Между сосудами и скелетом носа имеется достаточно места для инструмента, при помощи которого производят операцию.

Чувствительная иннервация мягких покровов носа осуществляется за счет первой ветви тройничного нерва, а именно, нервами *nasociliaris* и *infraorbitalis*, иннервирующими корень и боковые стенки носа; кроме того, в иннервации носа принимает участие и *n. infraorbitalis*.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ НОСА

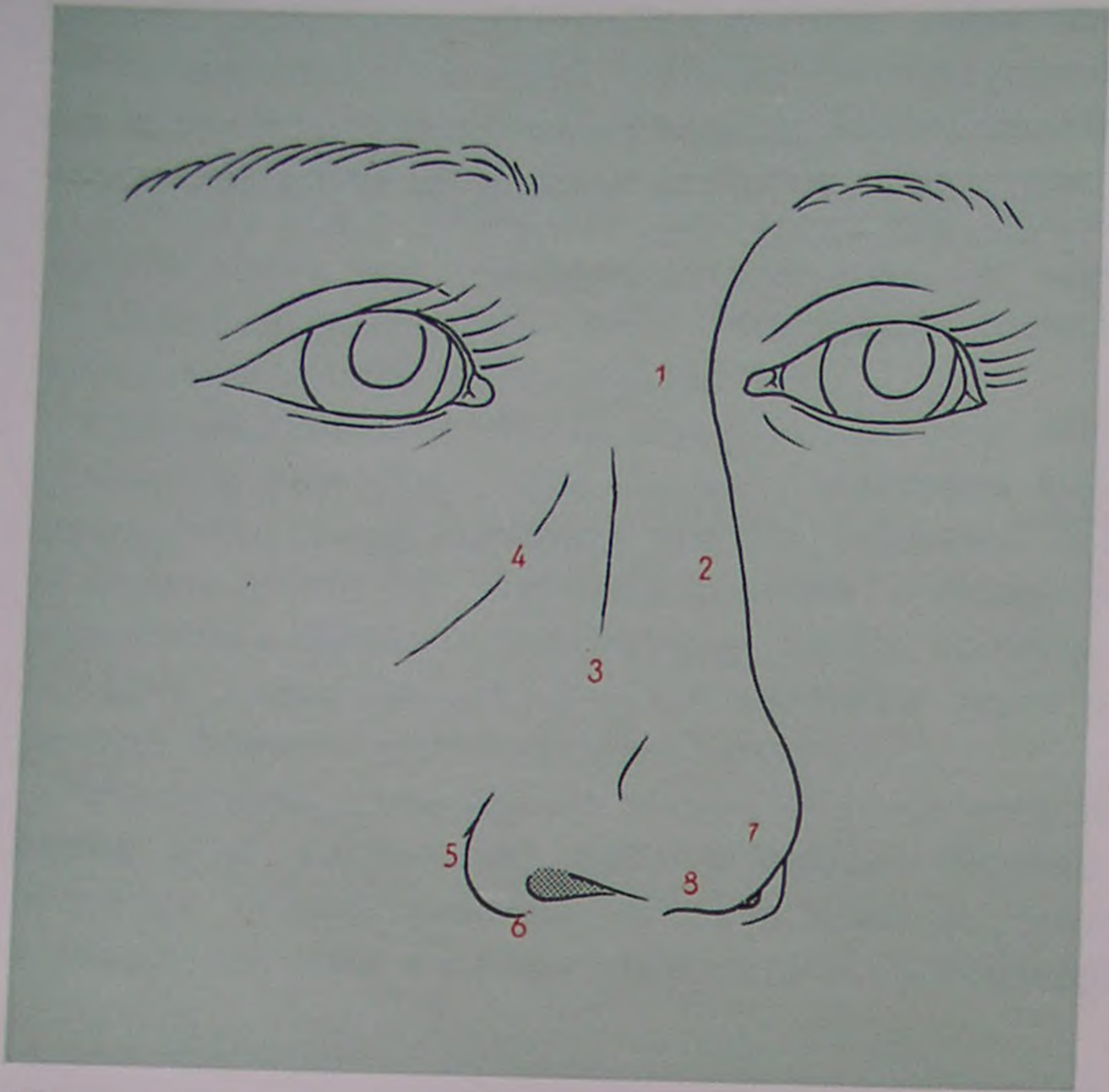
Кроме мозговых грыж и носолобных глиом, о которых уже говорилось при описании врожденных пороков развития лица, на носу встречаются глиомы и дермоиды, чаще всего расположенные в удвоенной носовой перегородке. На поверхность носа они в большинстве случаев прорастают в области средней линии или у кончика носа. Дермоиды чаще всего открываются на поверхности носа в виде свищей, из которых вырастают волосы (рис. 245, 246).

Гораздо реже встречаются пороки развития типа срединных расщелин. Степень этой деформации может быть различной, начиная от незначительной ширины желобка, разделяющего в вертикальном направлении кончик носа, до тяжелых деформаций, напоминающих ранние стадии развития органа обоняния. Эти аномалии часто сочетаются с редко наблюдаемыми срединными расщелинами верхней губы, с расщелиной неба или расщелинами одновременно обоих органов, и кроме того с атрезиями хоан, гипертелоризмом и т. под. (рис. 247—249).

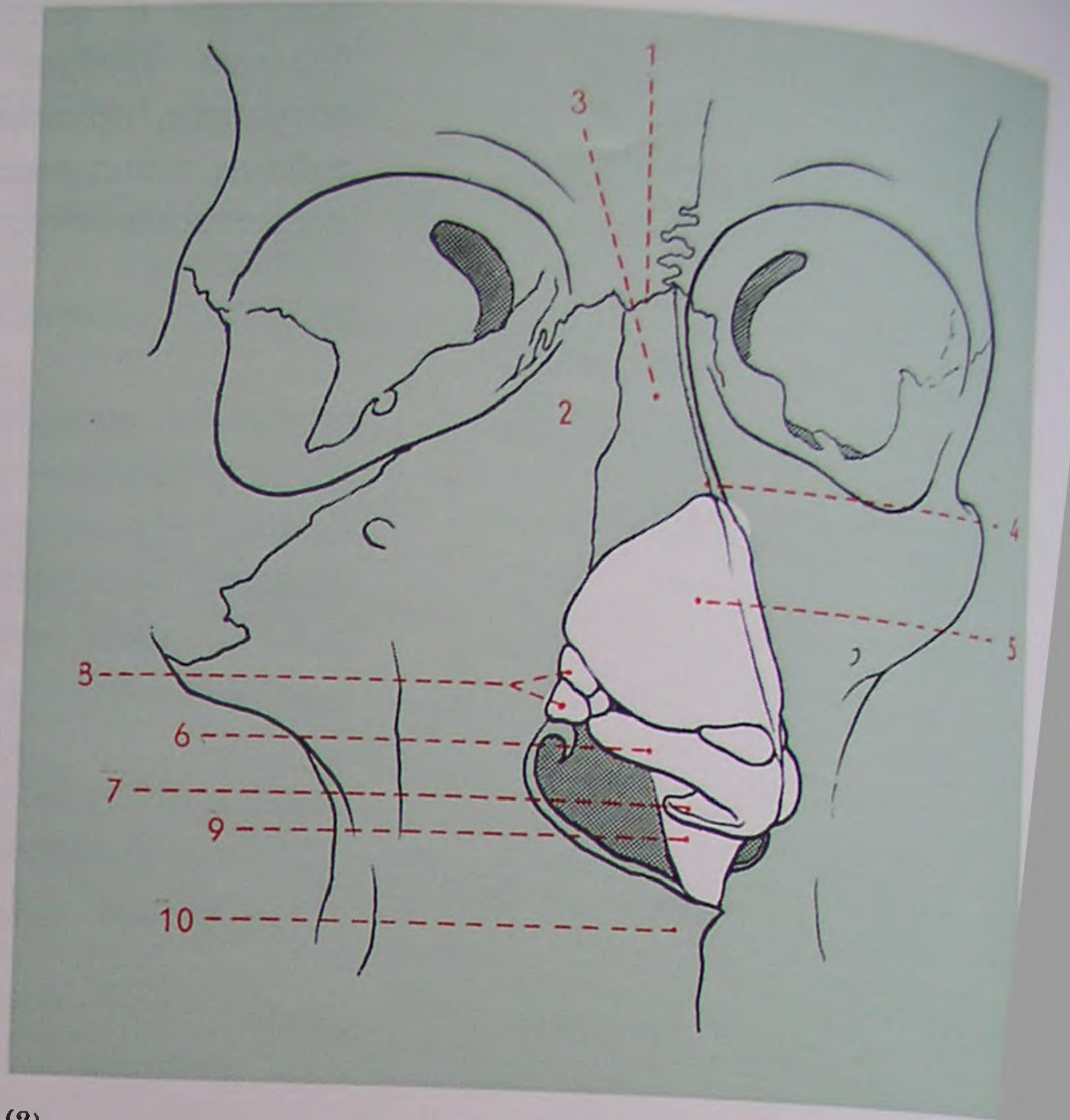
К врожденным дефектам относится также гипоплазия, которая может быть различно выражена — от незначительного отклонения от нормы до полного недоразвития половины носа, далее колобомы крыльев носа, самостоятельные или как компонент некоторых синдромов, деформации носа с замещающими образованиями или без них, намек на раздвоение или истинное раздвоение носа (рис. 250).

Восстановительные операции при этих пороках развития сложны, а достигаемые при первичной операции результаты нередко в дальнейшем ухудшаются, так как пораженные части имеют меньшую биологическую

ценность и отличаются менее выраженной способностью роста. Каждый больной требует индивидуального подхода. Проводя восстановительные операции, приходится пользоваться самыми различными средствами и способами пластической хирургии и выбирать правильные сроки для отдельных этапов операции (р и с. 245—250).

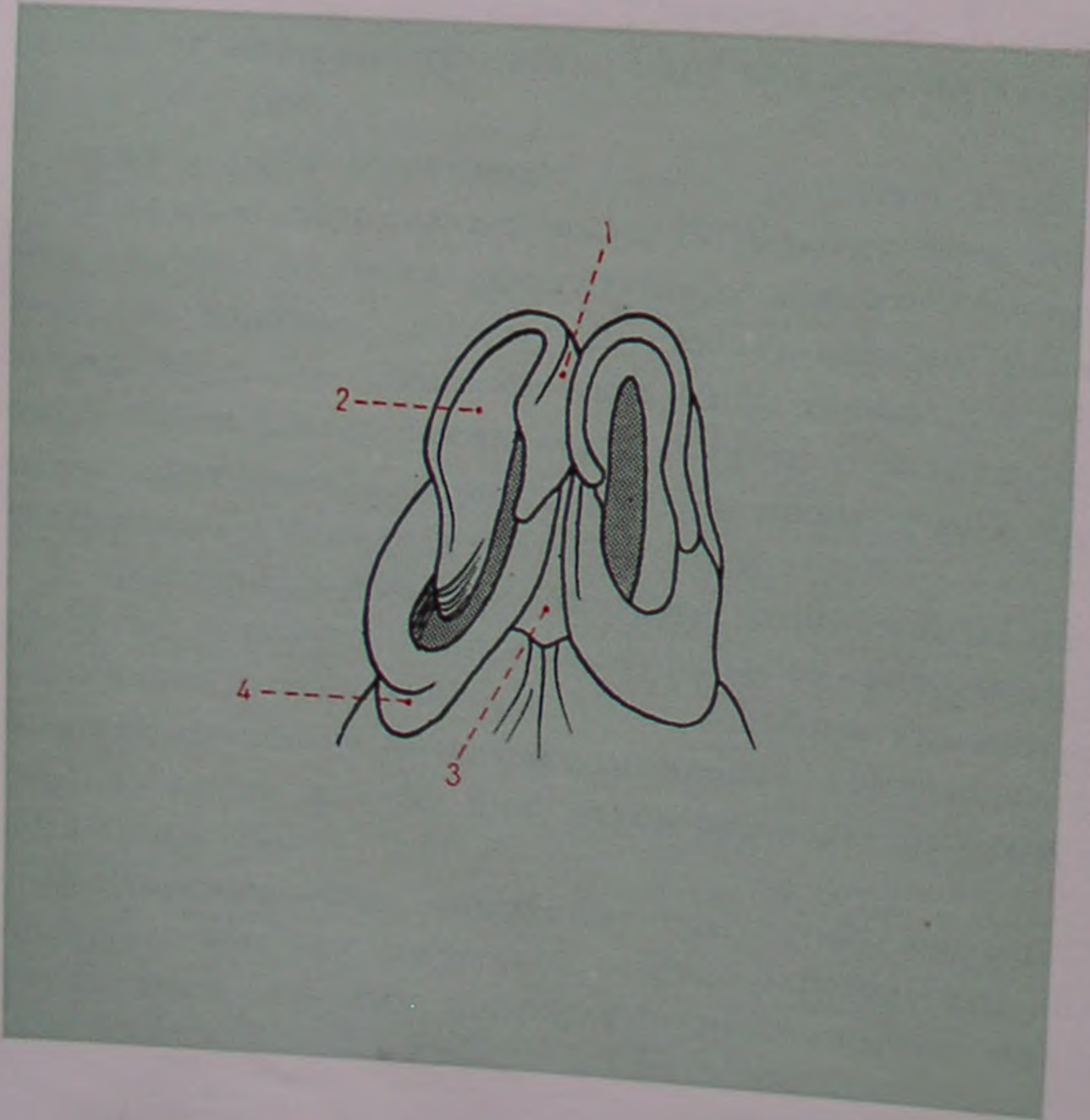


(1)



(2)

(3)



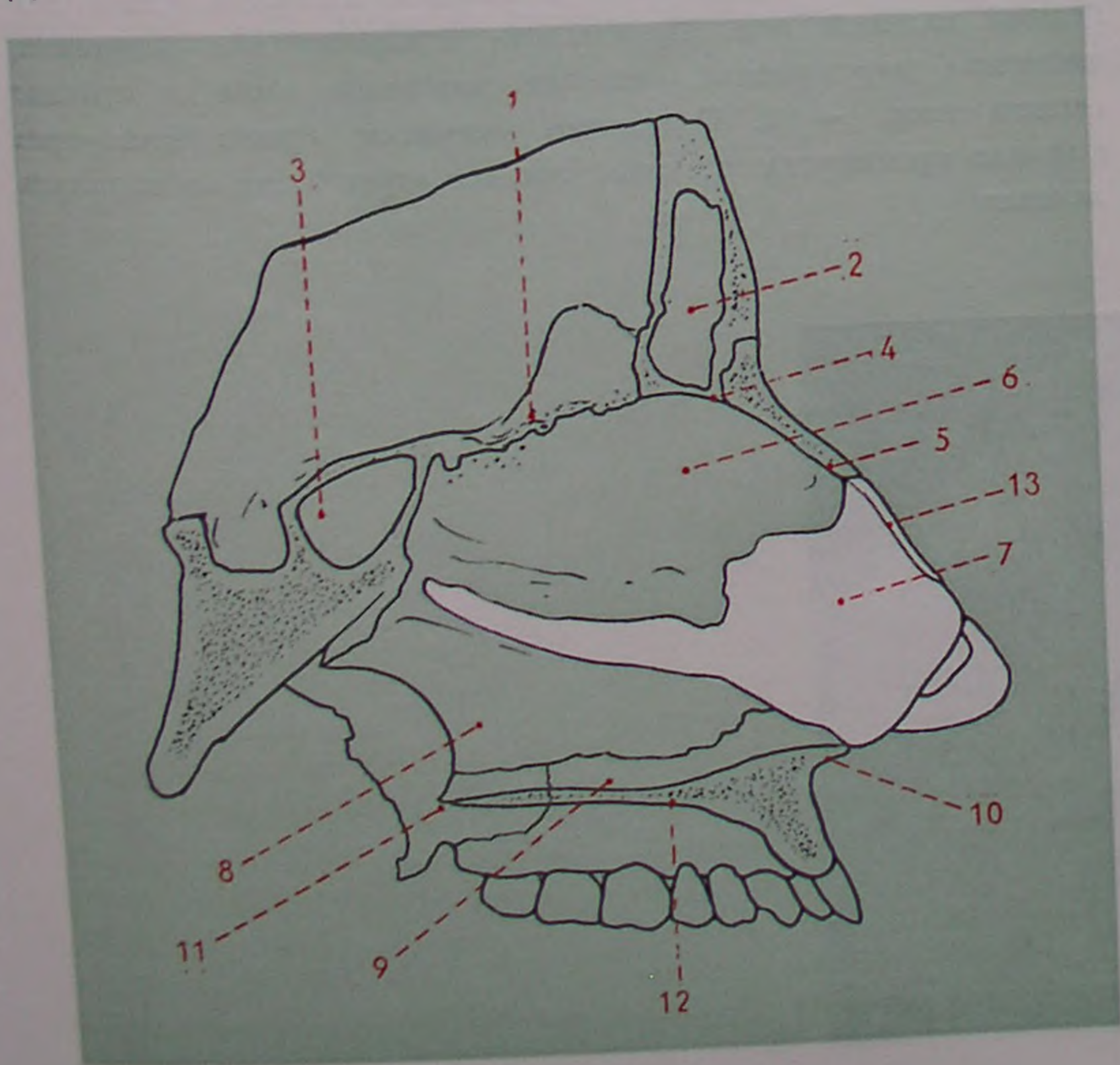
Р И С. 244.

Анатомия носа. 1. [1] Radix nasi. [2] Dorsum nasi. [3] Sulcus nasofrontalis. [4] Angulus nasofacialis. [5] Sulcus nasofacialis. [6] Margo nasi. [7] Apex nasi. [8] Septum mobile. [9] Septum nasi. [10] Spina nasalis anterior. — 3. Crus laterale cartil. alaris mai. [1] Sutura nasofrontalis. [2] Processus frontalis maxillae. [3] Os nasale. [4] Sutura internasalis. [5] Cartilago lateralis. [6] Crus laterale cartil. alaris mai. [7] Crus mediale cartil. alaris mai. [8] Cartilagine sesamoideae. [9] Tilago septi nasi. [10] Spina nasalis anterior. — 3. Crus laterale cartil. alaris mai. [1] crus mediale, [2] crus laterale. [3] Tilago septi nasi. [4] Tela subcutanea septi nasi. — 4. Tela subcutanea septi nasi. [2] Sinus frontalis. [3] Sinus sphenoidalis.

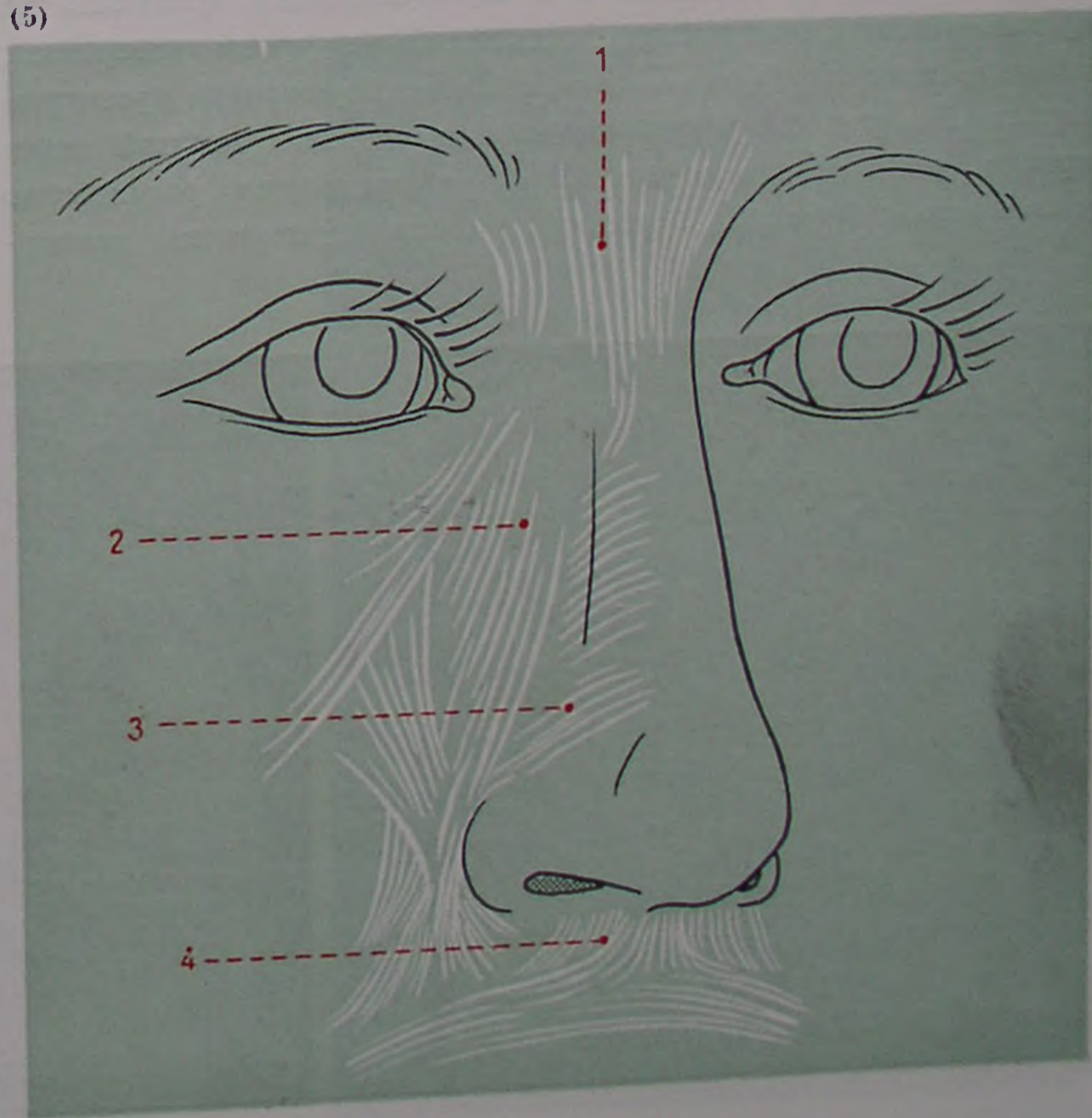
4] Spina frontalis. [5] Os nasale. [6] Lamina perpendicularis ossis ethmoidalis. [7] Cartilago septodorsalis. [8] Vomer. [9] Crista nasi. [10] Spina nasalis anterior. [11] Spina nasalis posterior. [12] Lamina horizontalis ossis palatini. [13] Cartilago nasi lateralis. — 5. Мышцы носа. [1] M. procerus — направляется от боковой стороны носовых костей к коже лба по обеим сторонам надпереносья. Эта мышца стягивает кожу надпереносья книзу и обуславливает образование поперечной складки выше надпереносья. [2] M. levator labii sup. alaeque nasi — направляется от боковой стороны корня носа (лобного отростка

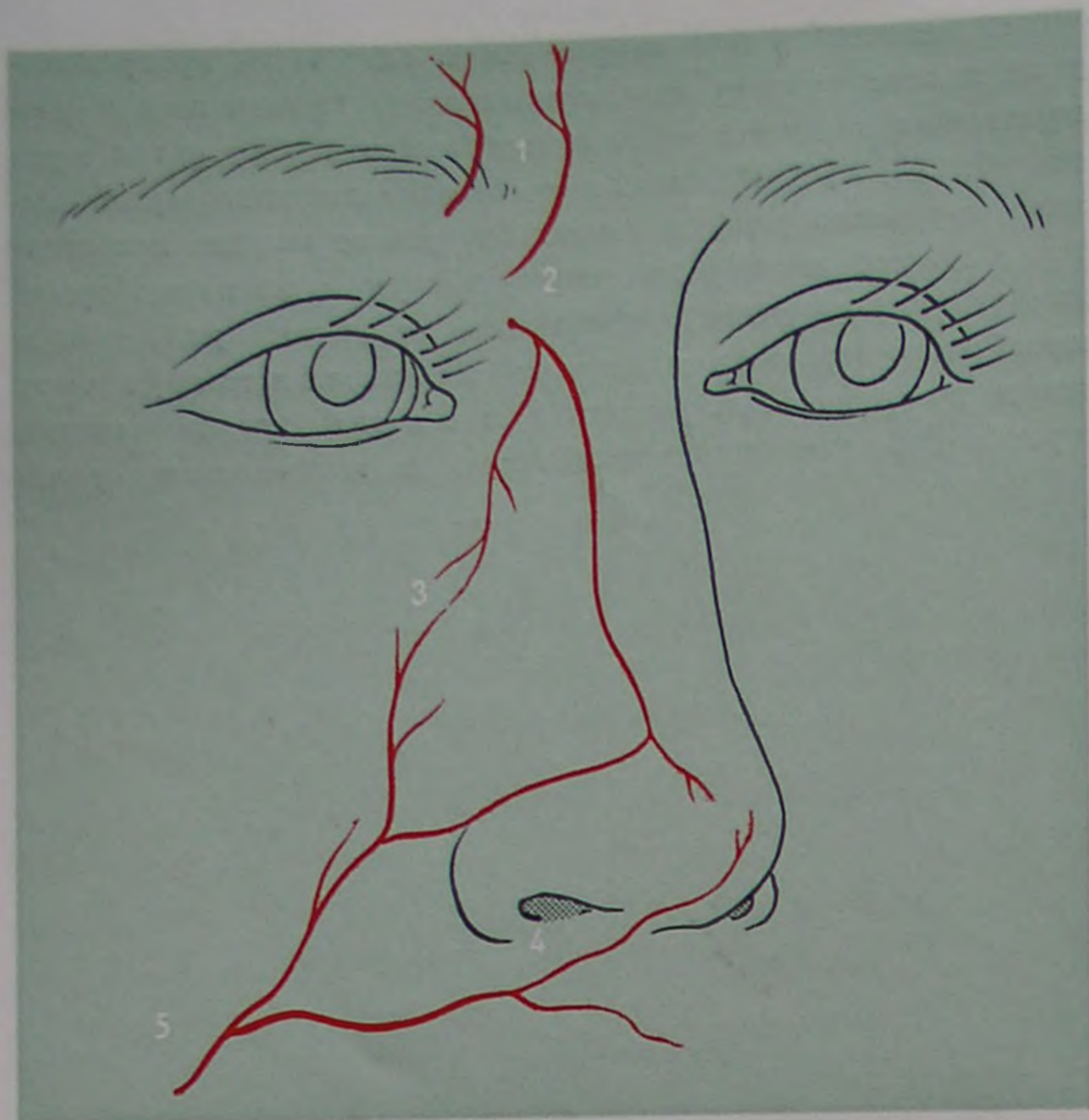
верхней челюсти) в двух направлениях: одна часть, прикрепляющаяся к коже крыльев носа, приподнимает крылья носа и расширяет ноздри, вторая часть прикрепляется к углу рта и верхней губе. [3], [4] M. nasalis — отходит от альвеолярных выступов наружного резца и клыка. Внутренние волокна направляются к носовой перегородке, порогу ноздри и основанию крыла носа; волокна наружной части мышцы окружают крыло носа и веерообразно переходят в среднюю соединительнотканную часть спинки носа, где прикрепляются и волокна противоположной стороны. Эта мышца опускает крыло и кончик носа, сужает

(4)



(5)





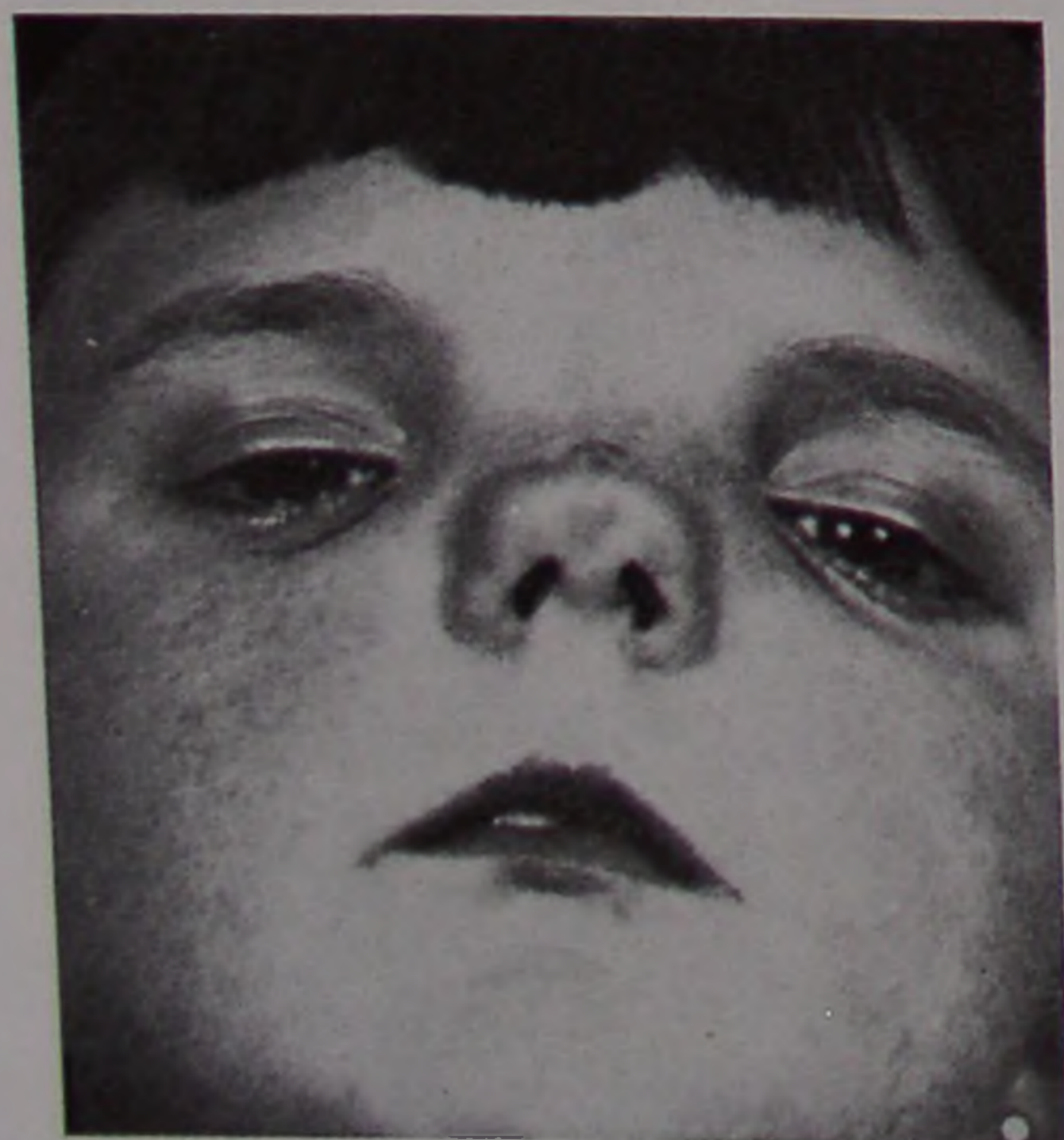
(6)

ноздрю. — 6. Сосуды наружного носа. Мягкие покровы носа получают артериальную кровь от конечных ветвей наружной и внутренней сонных артерий, образующих многочисленные анастомозы. [1] A. frontalis lateralis отходит от a. ophtalmica и снабжает кровью кожу лба и надпереносья. [2] a. dorsalis nasi тоже отходит от a. ophtalmica и снабжает кровью спинку носа до области грушевидного отверстия [3] a. angularis отходит от лицевой артерии. Снабжает кровью нижний отдел носа. [4] a. labialis снабжает посредством мелких веточек носовую перегородку. [5] a. facialis.

Р И С. 245.

Уродство типа срединной расщелины. Дермоид. Больная М. В., 8 лет, история болезни № 1556. 1. Очень широкий нос, гипертелоризм, широкая спинка носа с разошедшимися хрящами, на вершине которой находится возвышение с узким отверстием свища, из которого торчат волосы. Носовая перегородка чрезмерно широка. На рентгенограмме выявляется удвоение носовой перегородки, утолщение носовых костей и чрезмерное расширение решетчатого лабиринта. В несколько этапов произведена экстир-

пация дермоида. Вначале была произведена резекция одной из пластинок удвоенной носовой перегородки, затем был удален дермоид, расположенный в области перпендикулярной пластины решетчатой кости. На спинке носа иссечена веретенообразная полоса кожи на всем протяжении от надпереносья до кончика носа. В этих местах кожа и подкожная клетчатка имеют особый саленный вид. Произведена четырехкратная остеотомия частичная двусторонняя резекция пластинок кости и сужение скелета носа. — 2. Отдельные операции производили через большие промежутки времени. Больная через 6 лет после начала лечения.



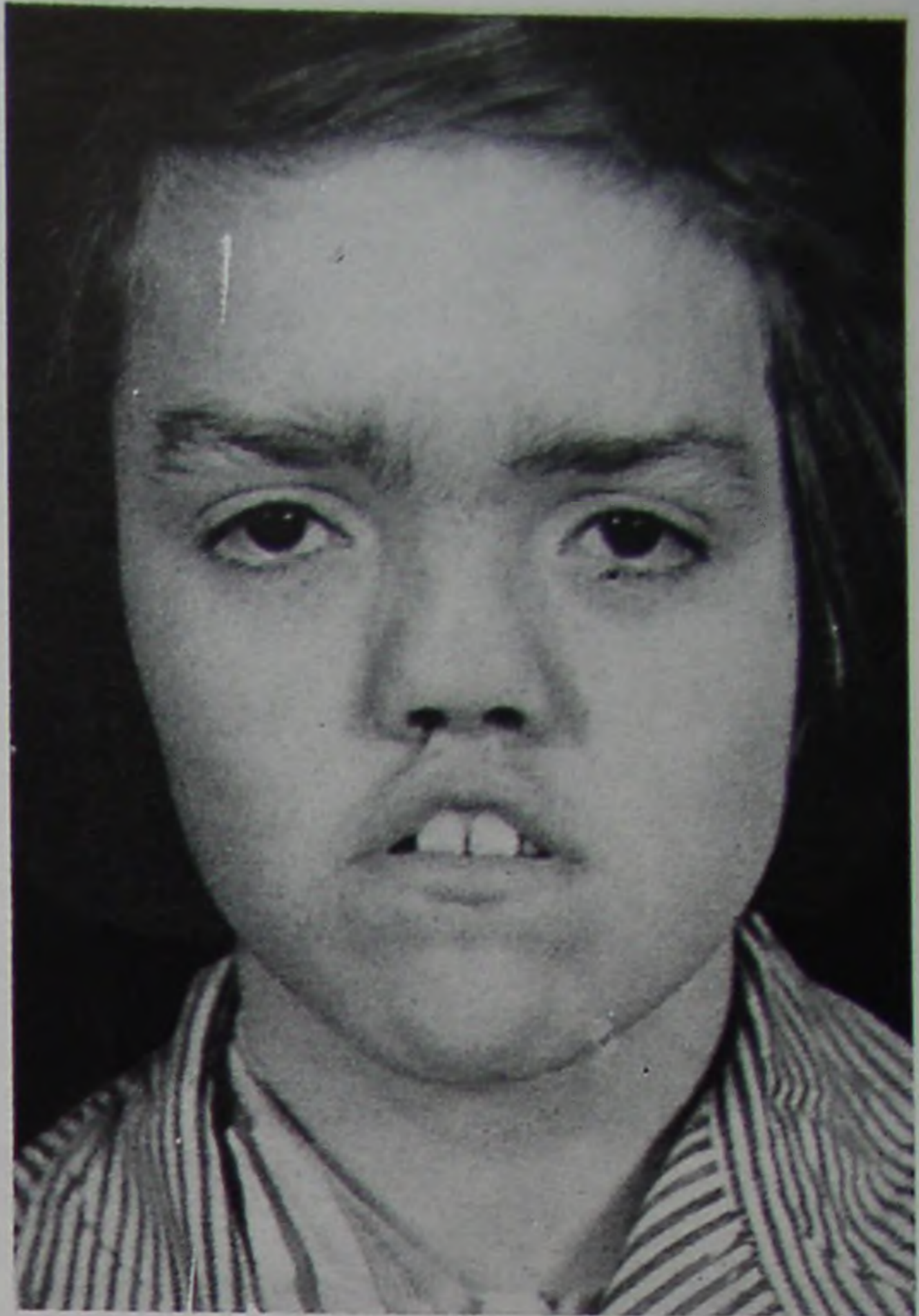
(1)



(2)

И С. 246.

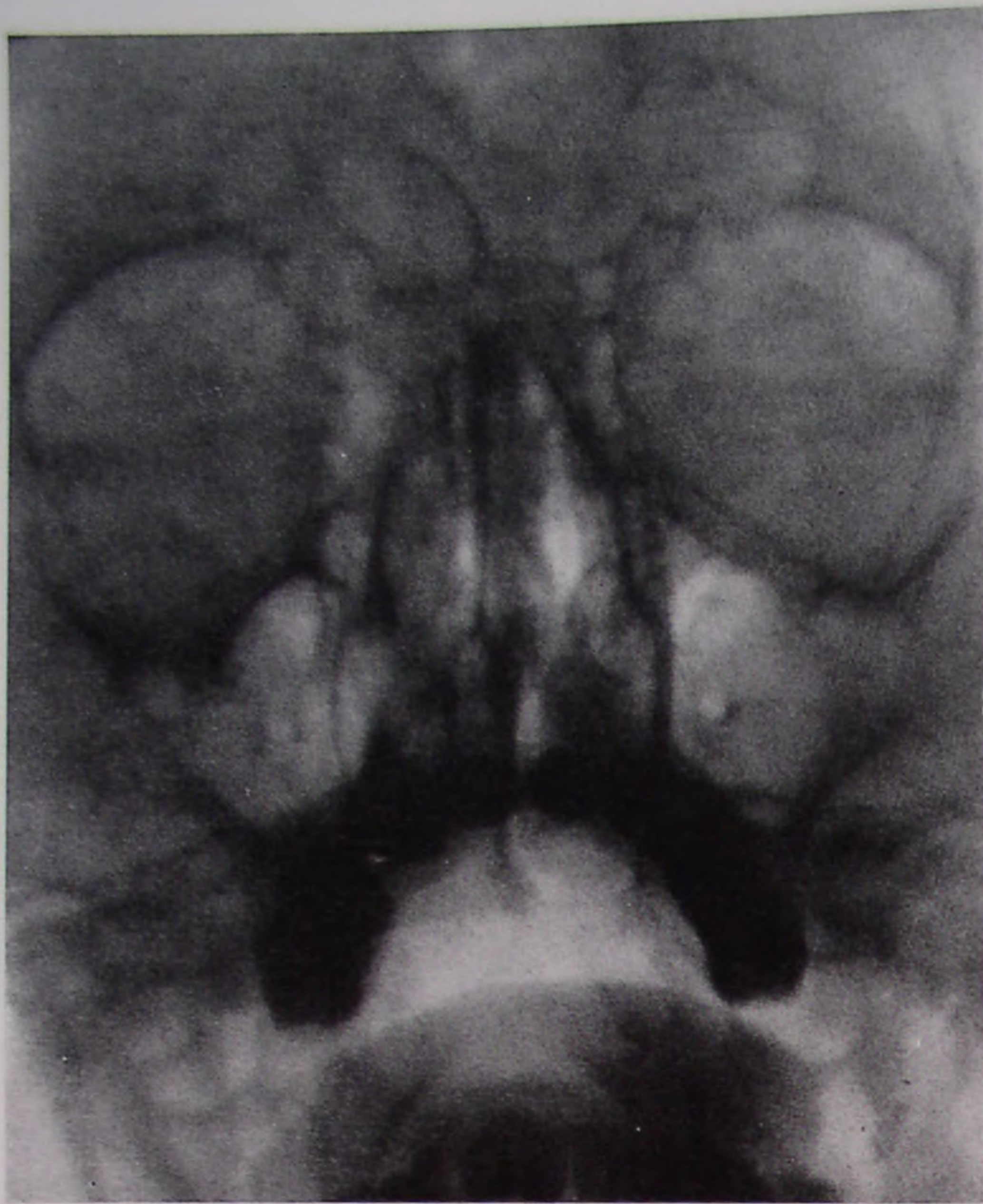
рушение развития средней линии носа. Больная И. И., 14 лет, ория болезни № 38 463. 1. Гипертелоризм. Короткий, широкий нос. Узкая высокая поднятая губа, широкий фильтрм. По дней линии от красной каймы губы отходит небольшой клино-ный выступ кожи. Широкие, густые брови дугообразно схо-гся в области переносицы; отдельные волосы расположены и на тнке носа. — 2. Запавшая средняя часть лица не выступает



(1)

(2)





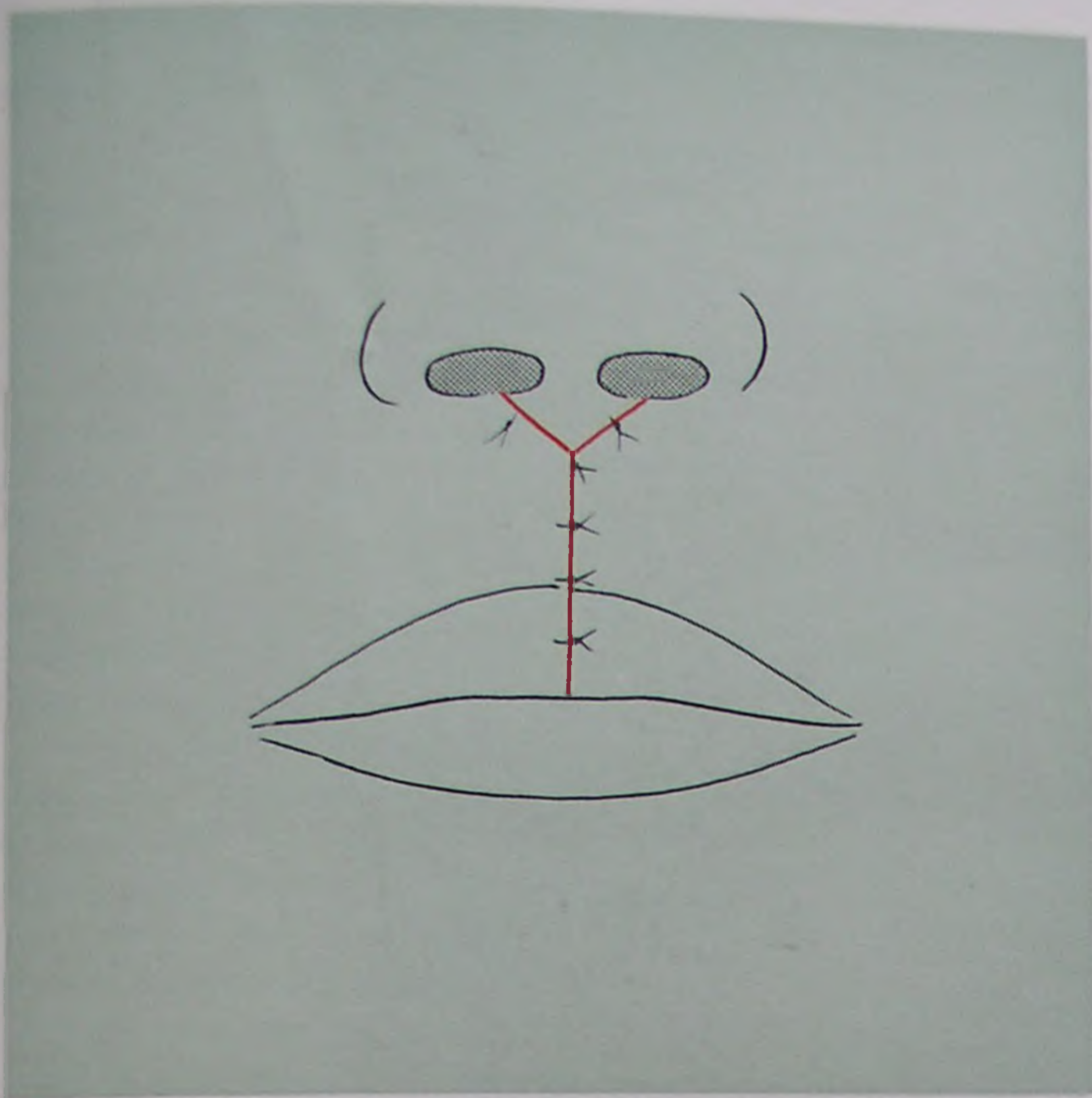
(3)



(4)

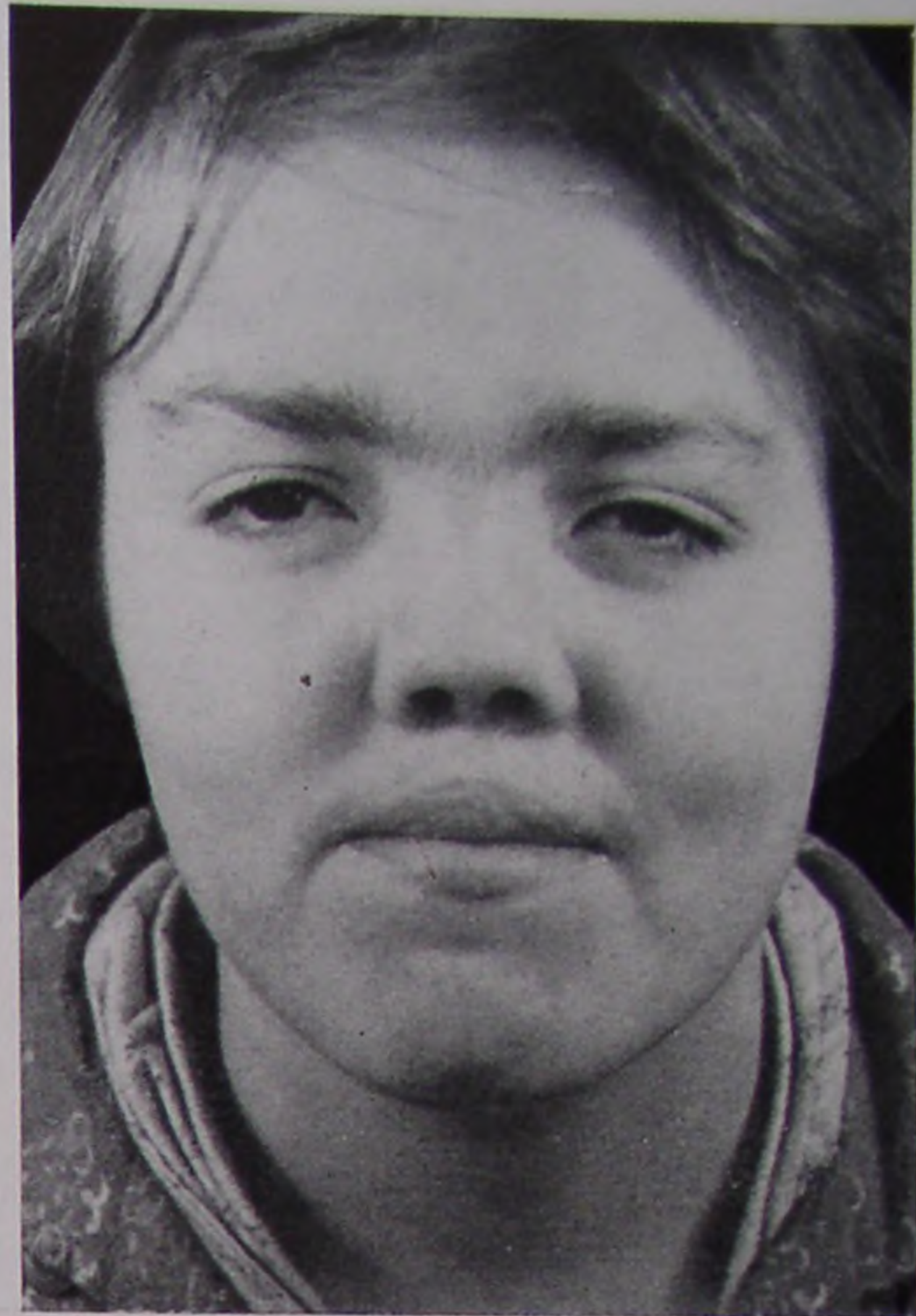


(5) за пределы лобно-челюстной плоскости. — 3, 4. Расширены лобные и гайморовы пазухи. На небе парамедиальная щель. Выстояние альвеолярного отростка верхней челюсти. — 5, 6. Голубой лоскут приподнят путем передвижения треугольного лоскута, выкроенного из ее средней части. В области нижнего края губы иссечен лоскут в виде ромба с треугольником красной каймы. Г

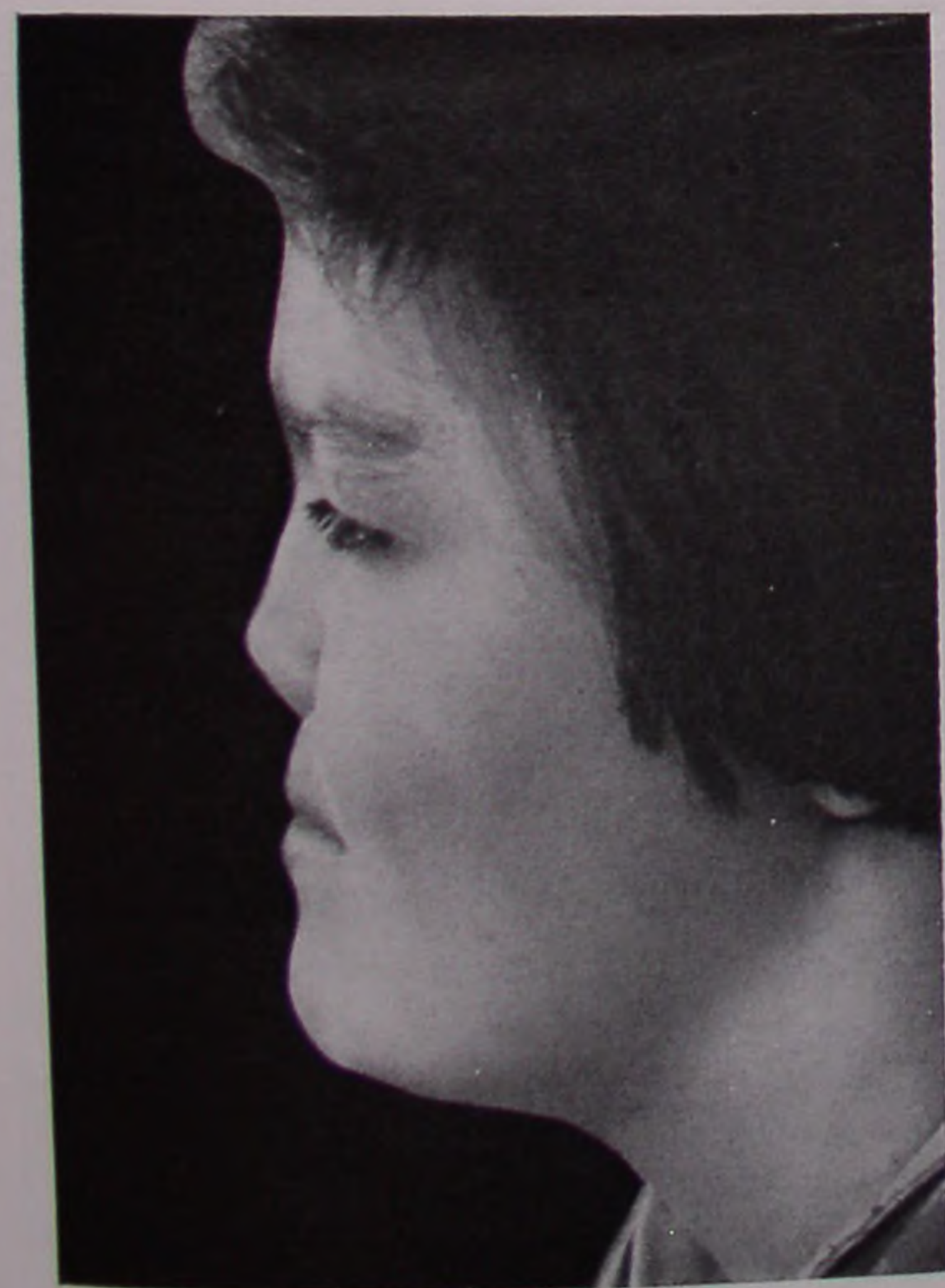


(6)

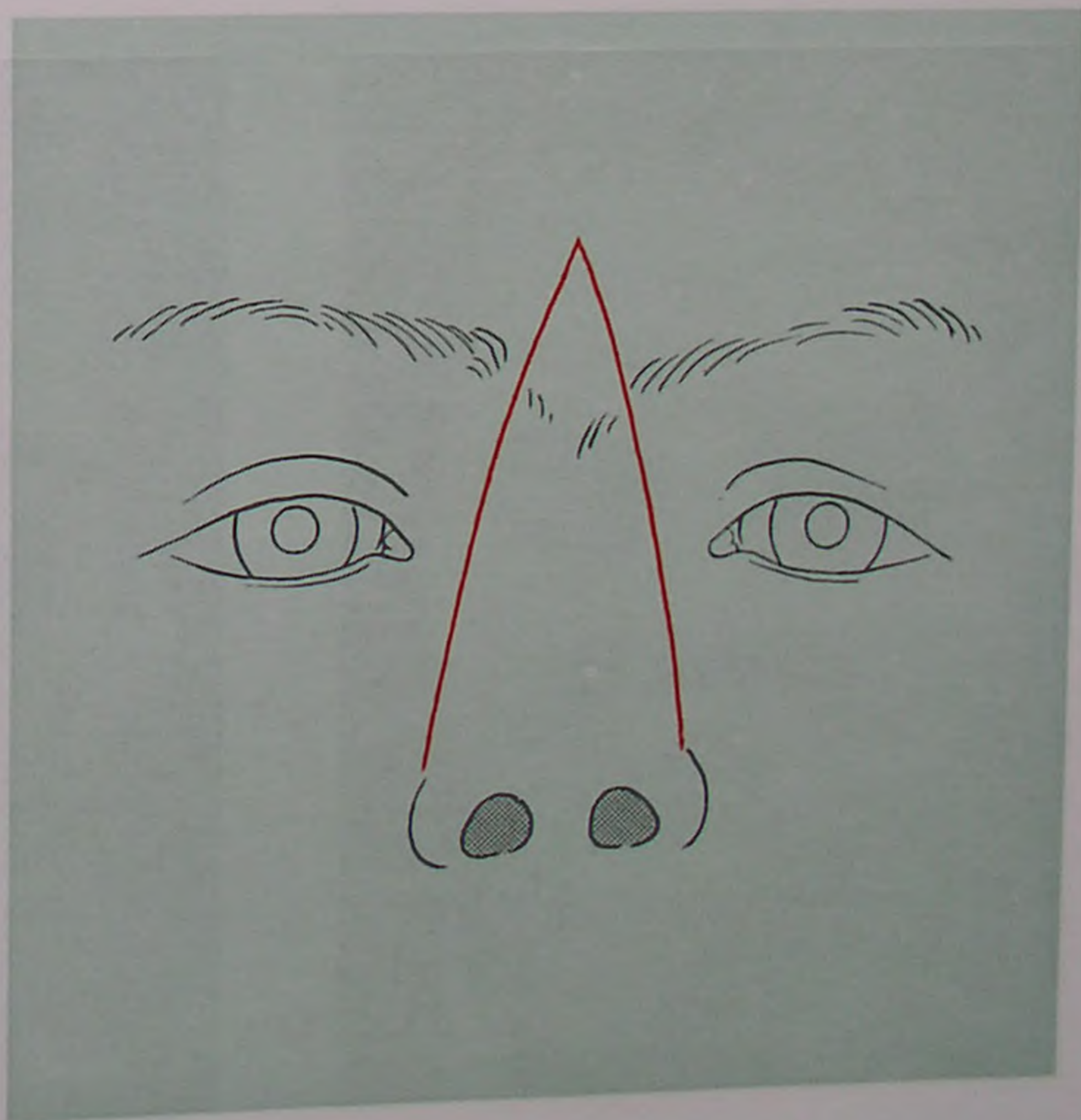
рассечена во всю ее толщину надвое, отрезана с обеих сторон от десны и смещена книзу, так что наступило увеличение ширины кожной части губы. — 7, 8. Больная после операции. —



(7)

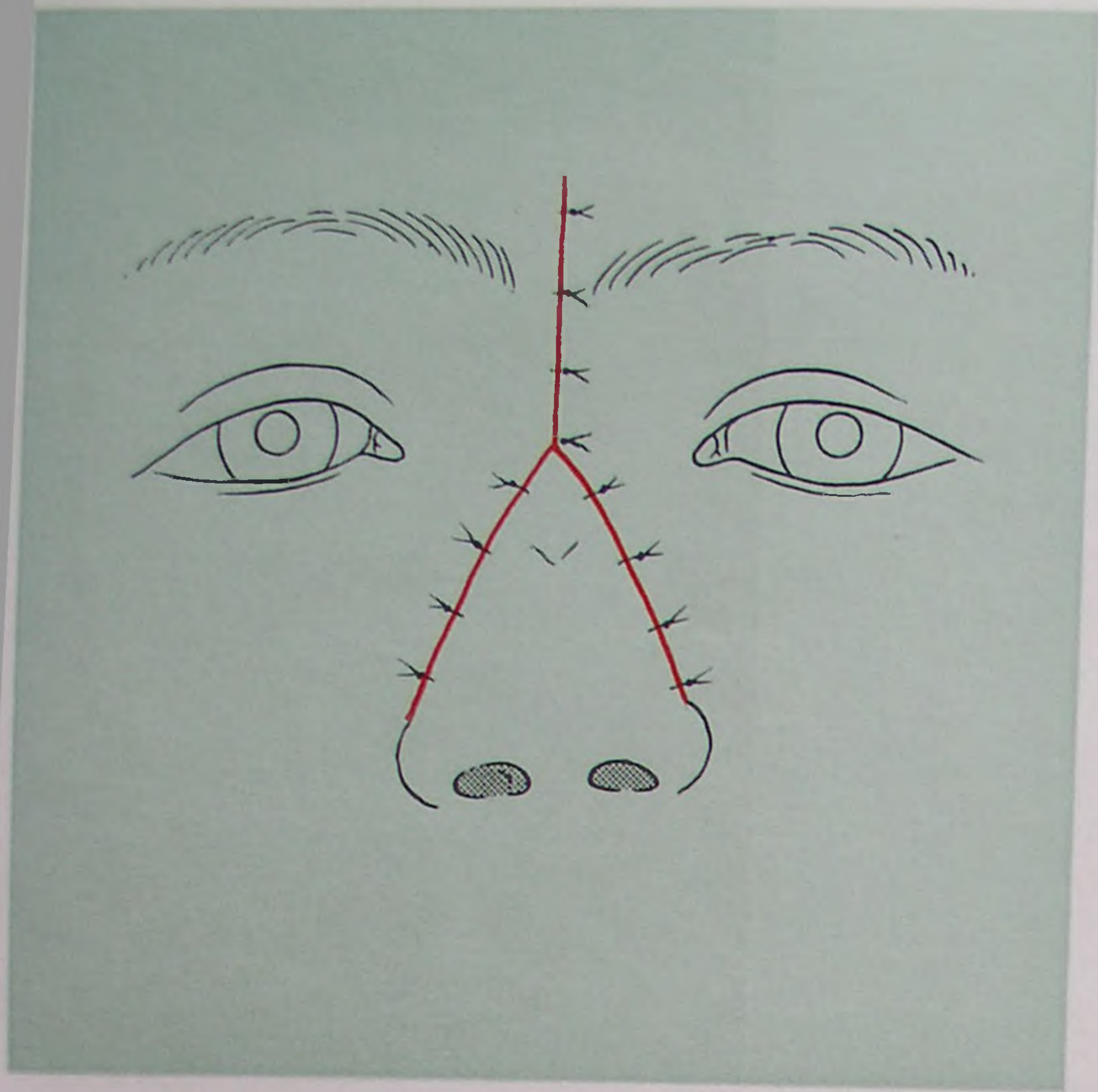


(8)



(9)

9, 10. В целях удлинения спинки носа выкраивают треугольный лоскут с основанием в области крыльев носа с вершиной в области надпереносья. Этот треугольный лоскут кожи отпрепаровывают



(10)

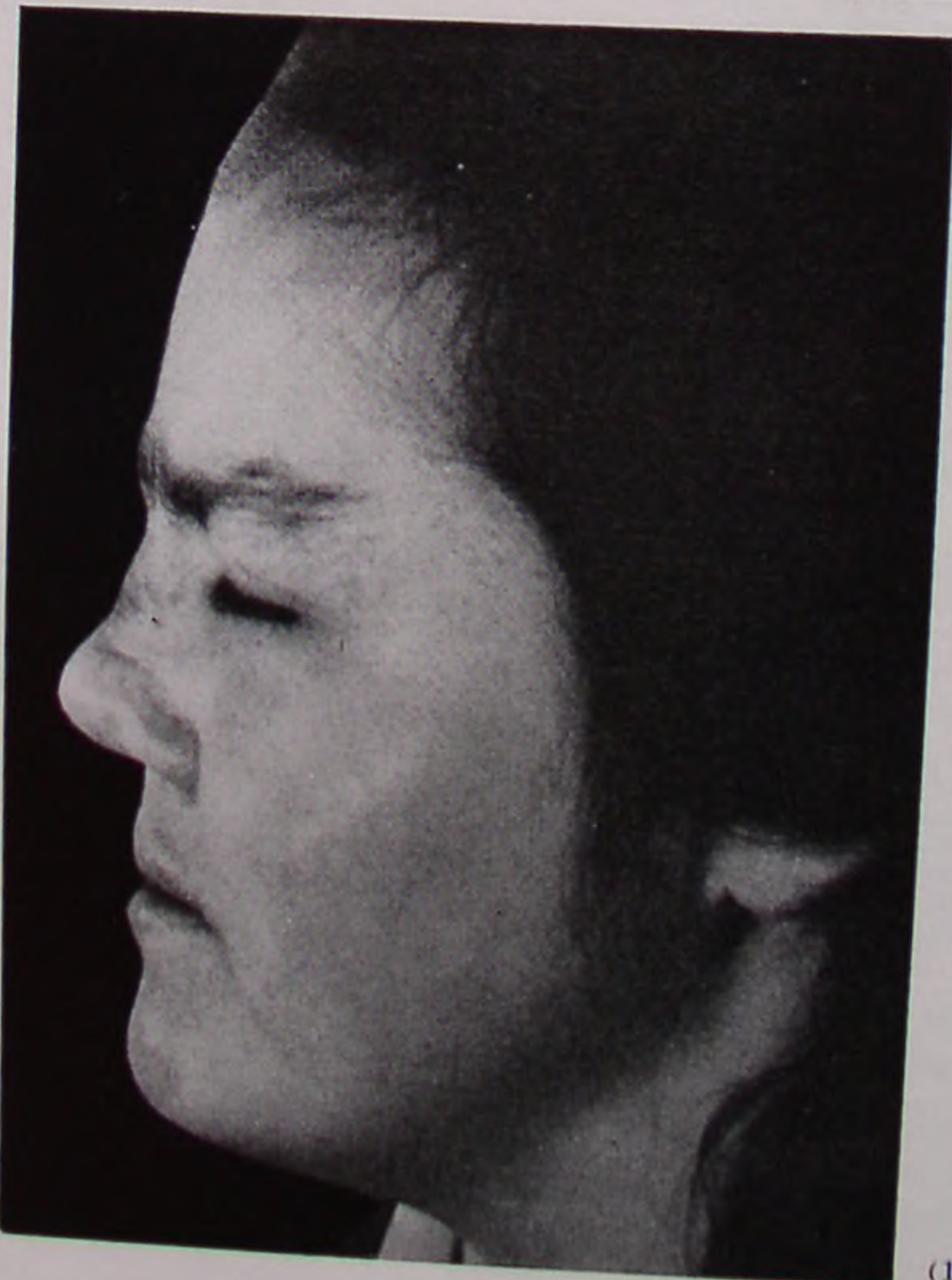
и смещают книзу. — 11. В область спинки носа пересажена костная пластинка, взятая из гребня подвздошной кости. — 12, 13. Больная через 2 года после операции. На участках бровей, сдвинутых книзу при удлинении спинки носа, из едва заметного



(11)



(12)

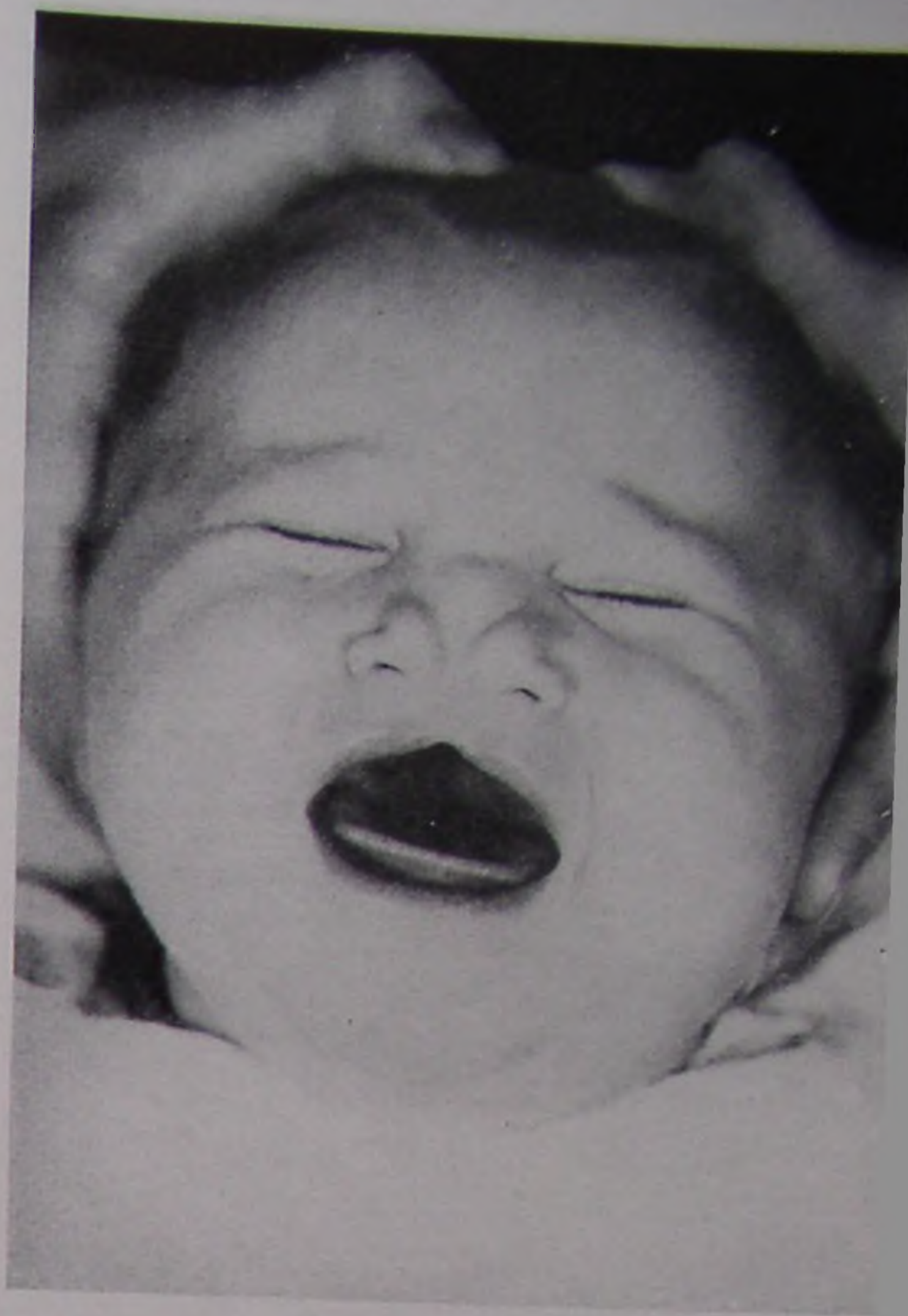


(13)

пушка разраслась густая и сильно заметная растительность. Больная явилась в клинику для устранения этого недостатка путем эпиляции.

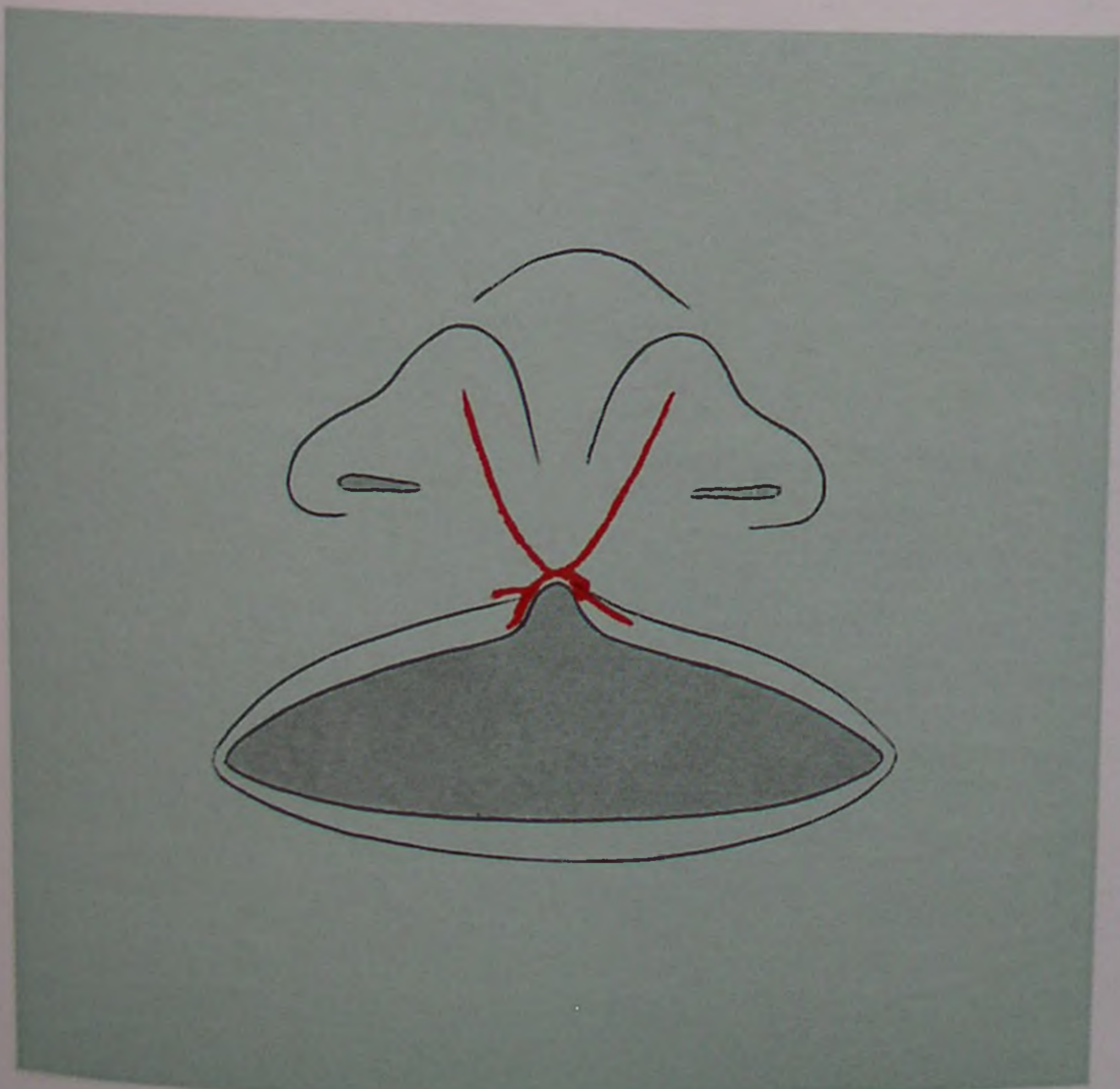
Р И С. 247.

Срединная расщелина носа и губы. Больная М. Т., 7 месяцев, история болезни № 24 467. 1. Корень носа довольно широк. Спинка носа заканчивается ниже надпереносья шарообразным возвышением, соответствующим носовым костям. Отсюда спускается борозда, разделяющая кончик носа на две половины, и далее переходит в виде широкого желобка на губу, заканчиваясь в области красной каймы. В области желобка толща верхней губы состоит только из двух слоев: кожи и слизистой оболочки. На обоих глазах резко выраженные эпикантусы. — 2. Техника операции. Делают разрезы, окаймляющие снизу кончик носа, и сходящиеся у вершины колобомы верхней губы. Выкроенный таким образом треугольник кожи отсепаровывают по направлению кверху. — 3. Производят мобилизацию раздвинутых половинок кончика носа, после чего их сдвигают и сшивают путем наложения матрацного шва, концы которого в обеих ноздрях завязывают на резиновых дренажах. Выкроенный на спинке носа кожный лоскут передвигают кпереди (пластика типа V—Y). На краю губы производят небольшие иссечения ткани красной каймы, а с правой стороны выкраивают небольшой треугольный лоскут, перемещаемый в разрез, сделанный с левой стороны. — 4. Состояние

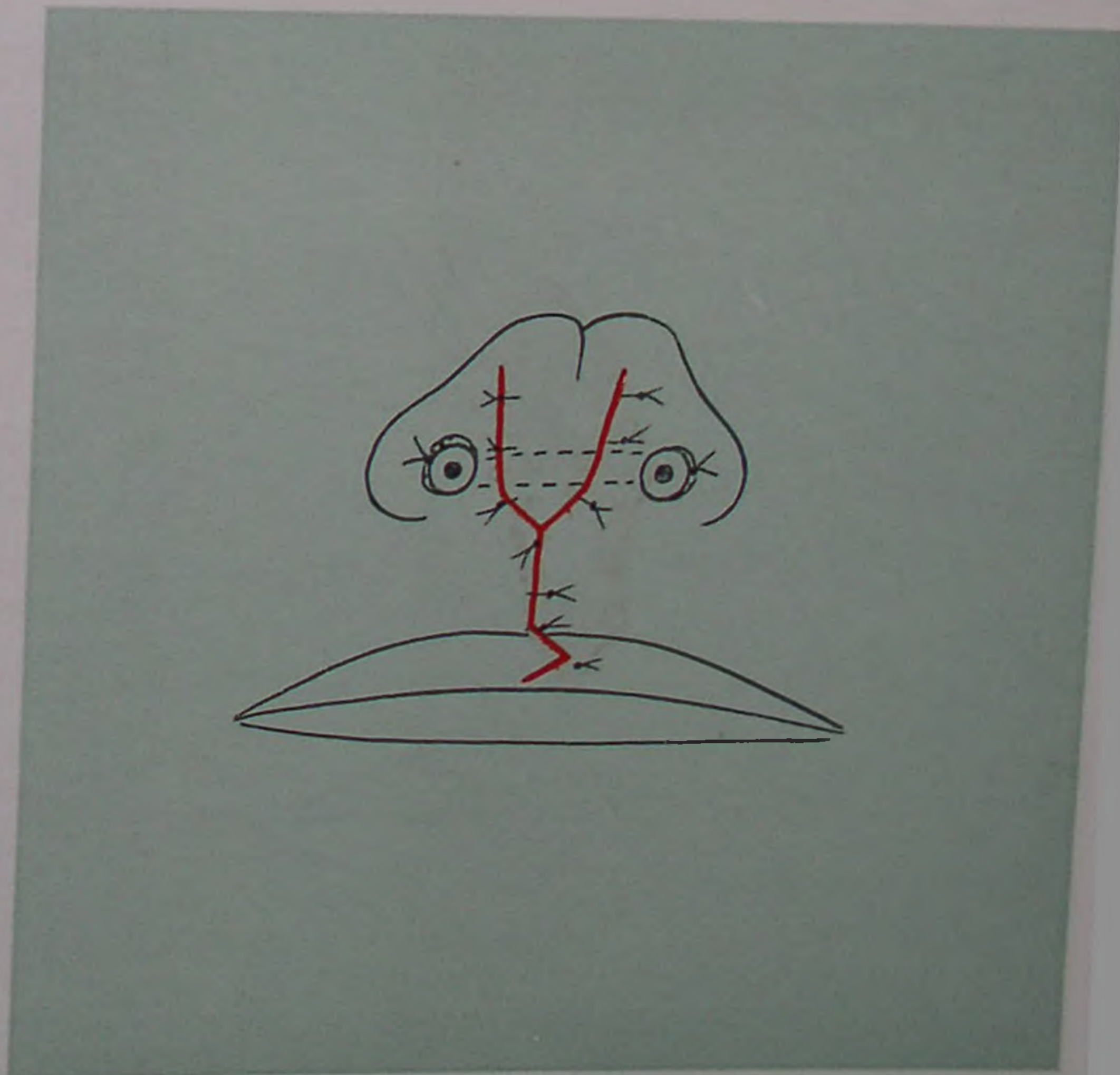


(1)

(2)



(3)

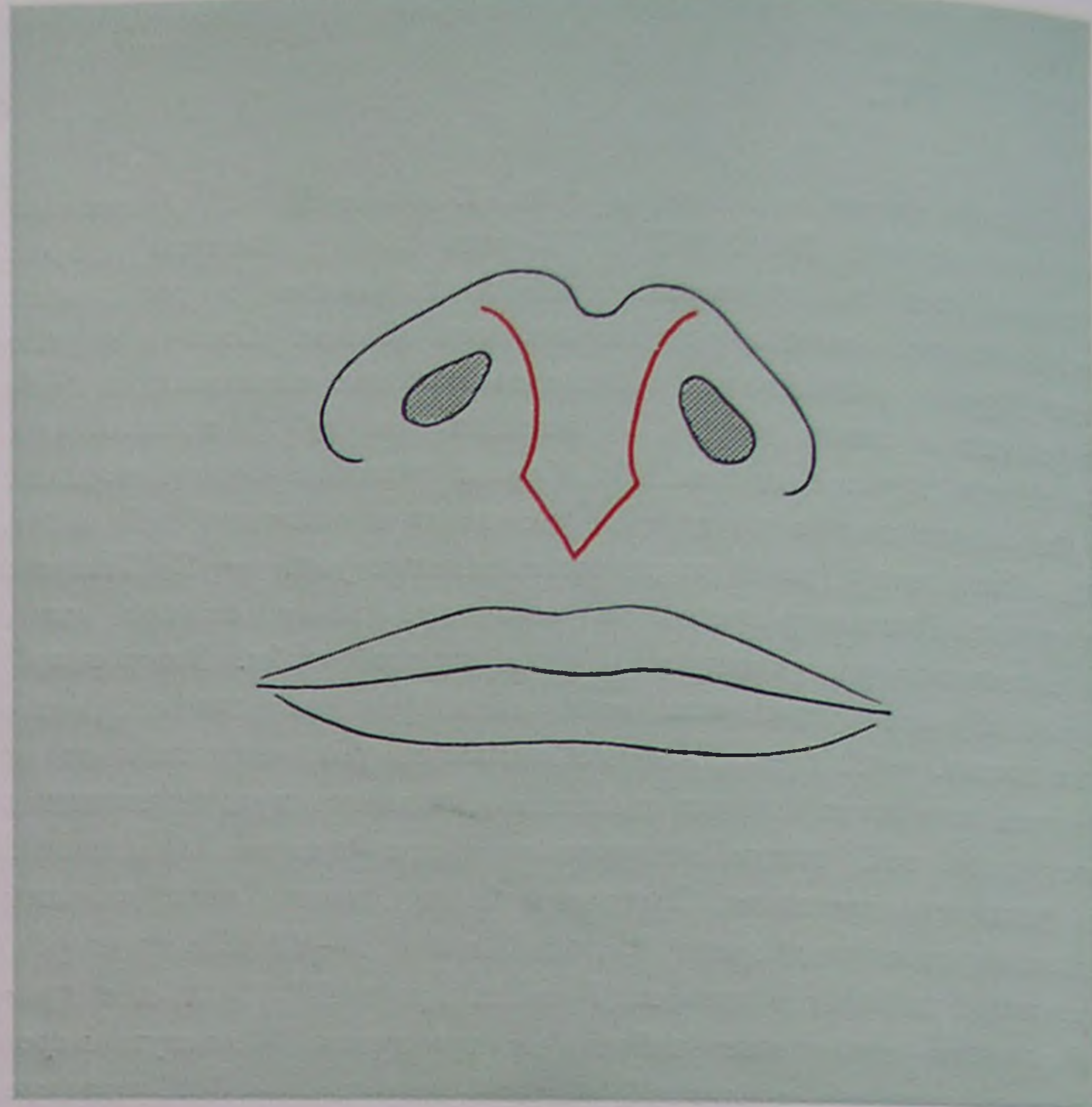
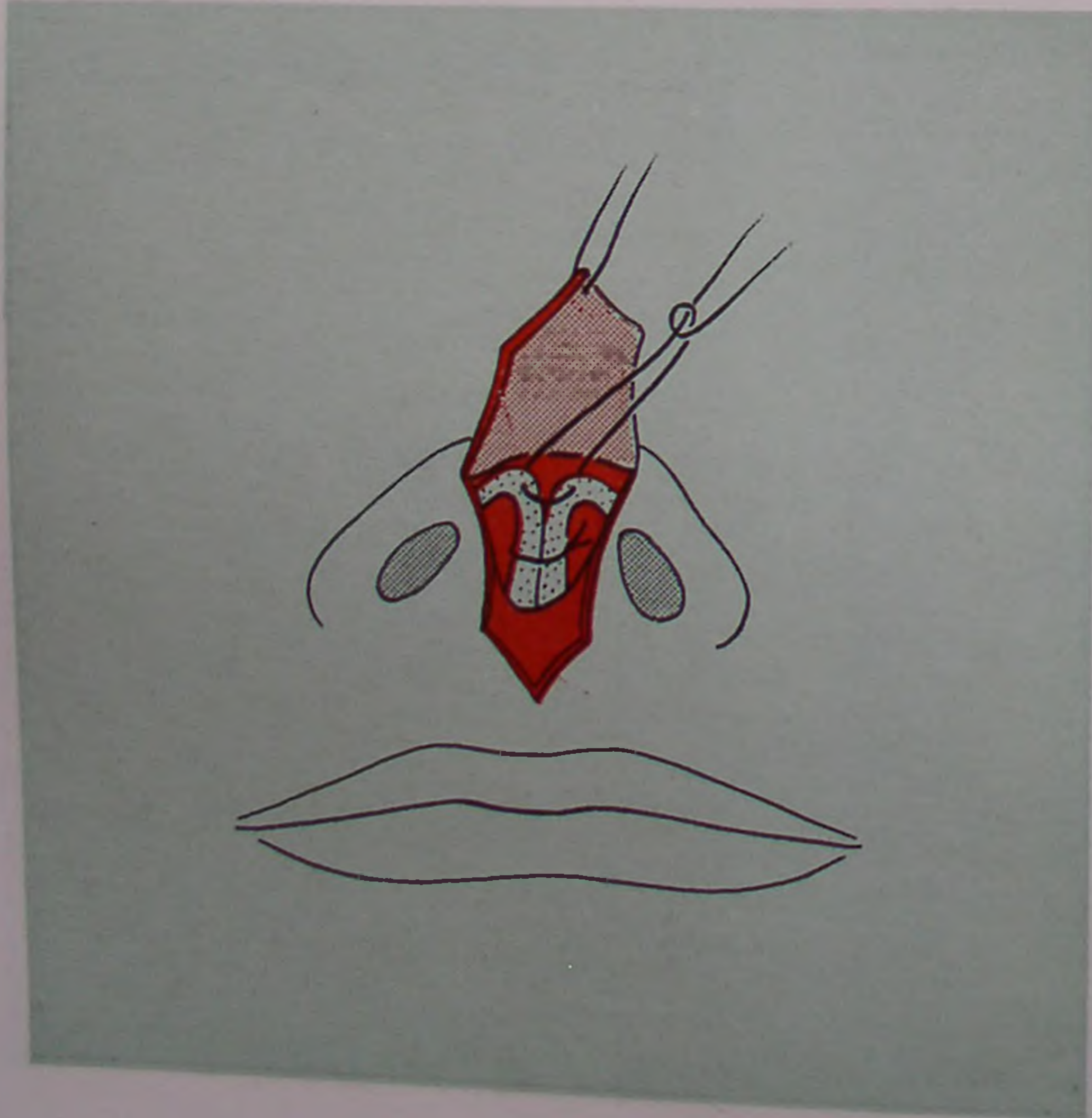




(4)

после описанной операции. В области кончика носа персистирует узкое глубокое вдавление; носовая перегородка широка и коротка. — 5, 6, 7. Производят перемещение кпереди носовой перегородки

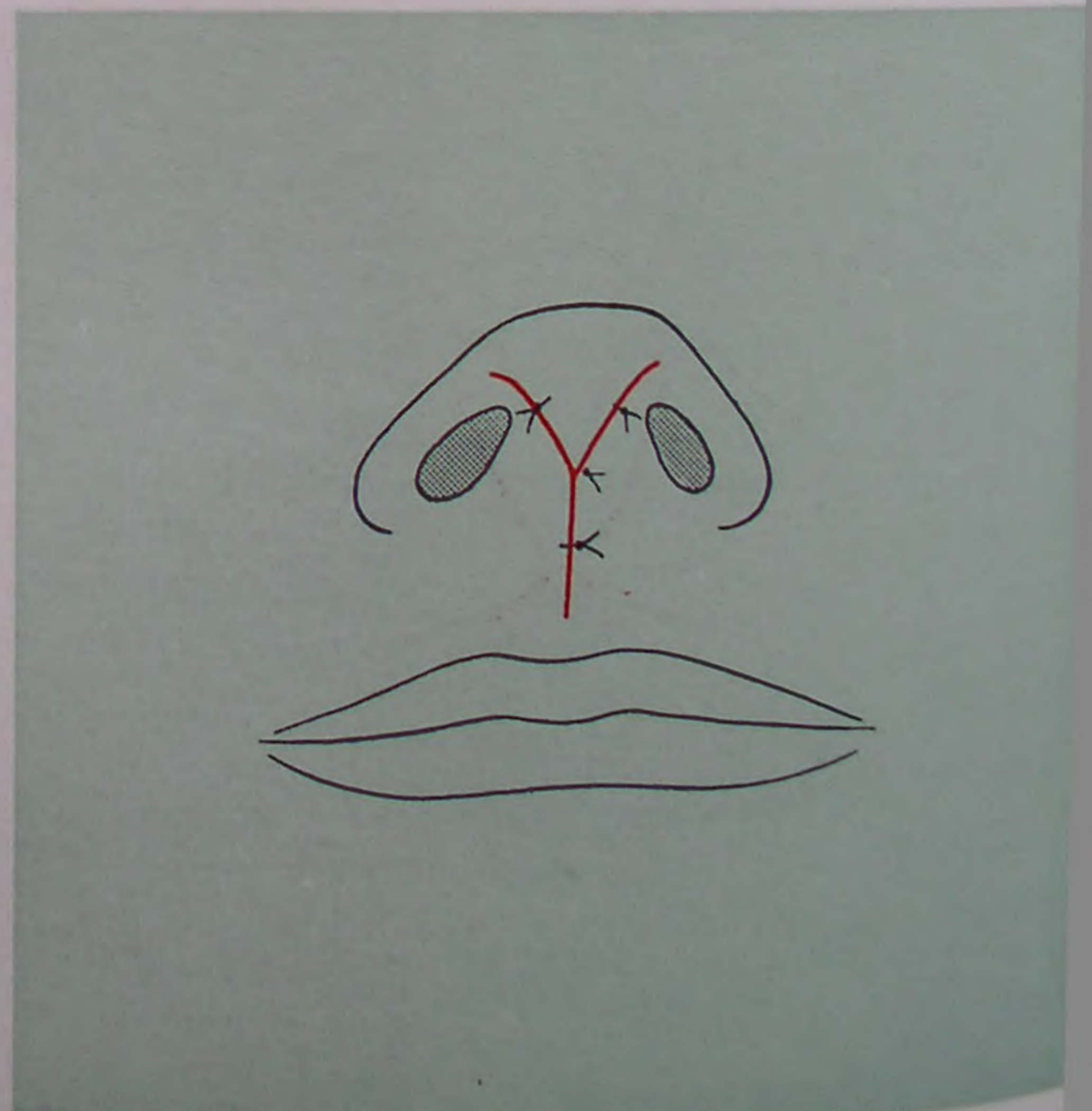
(6)



(5)

с треугольным лоскутом, выкроенным из губы. Кожу и мягкие ткани между хрящами кончика носа иссекают, а сами хрящи сшивают. В область западания спинки носа вводят хрящ и

(7)





(8)



(9)

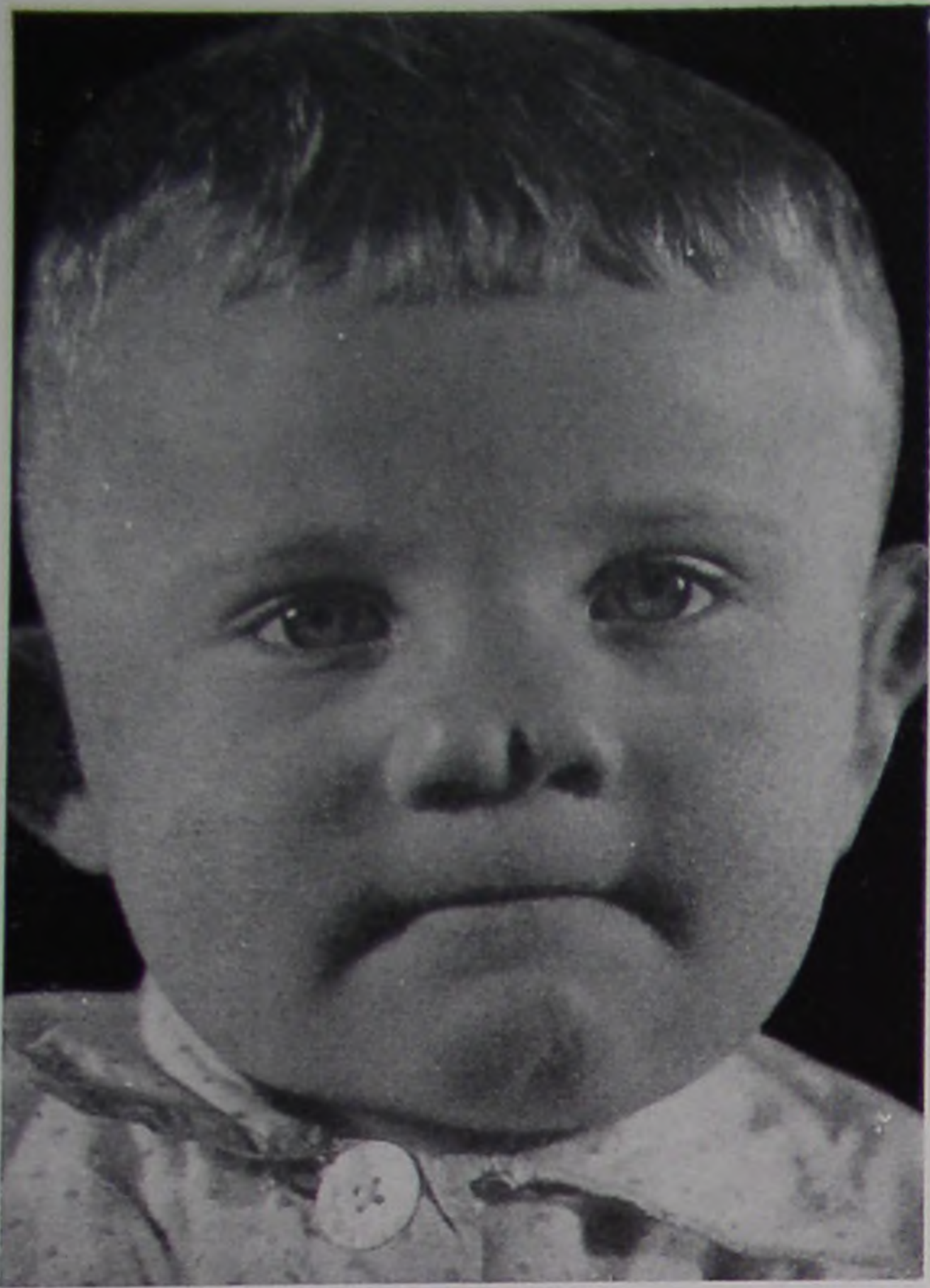
ребра. — 8, 9. Больная в возрасте 10 лет. — 10, 11. Больная в возрасте 17 лет после ряда последующих моделирующих операций.



(10)



(11)



(1)



(2)

Р И С. 2

Медиальная расщелина кончика носа очень легкой степени. Больной Л. В., 2 лет, история болезни № 27 021. 1. Вертикально расположенная бороздка идет вдоль всей спинки носа. Нос широкий; спинка носа над кончиком уплощена. Носовая перегородка как и у предыдущего больного перемещена кпереди с выкроенным из верхней губы выступом кожи. После экстирпации кожи

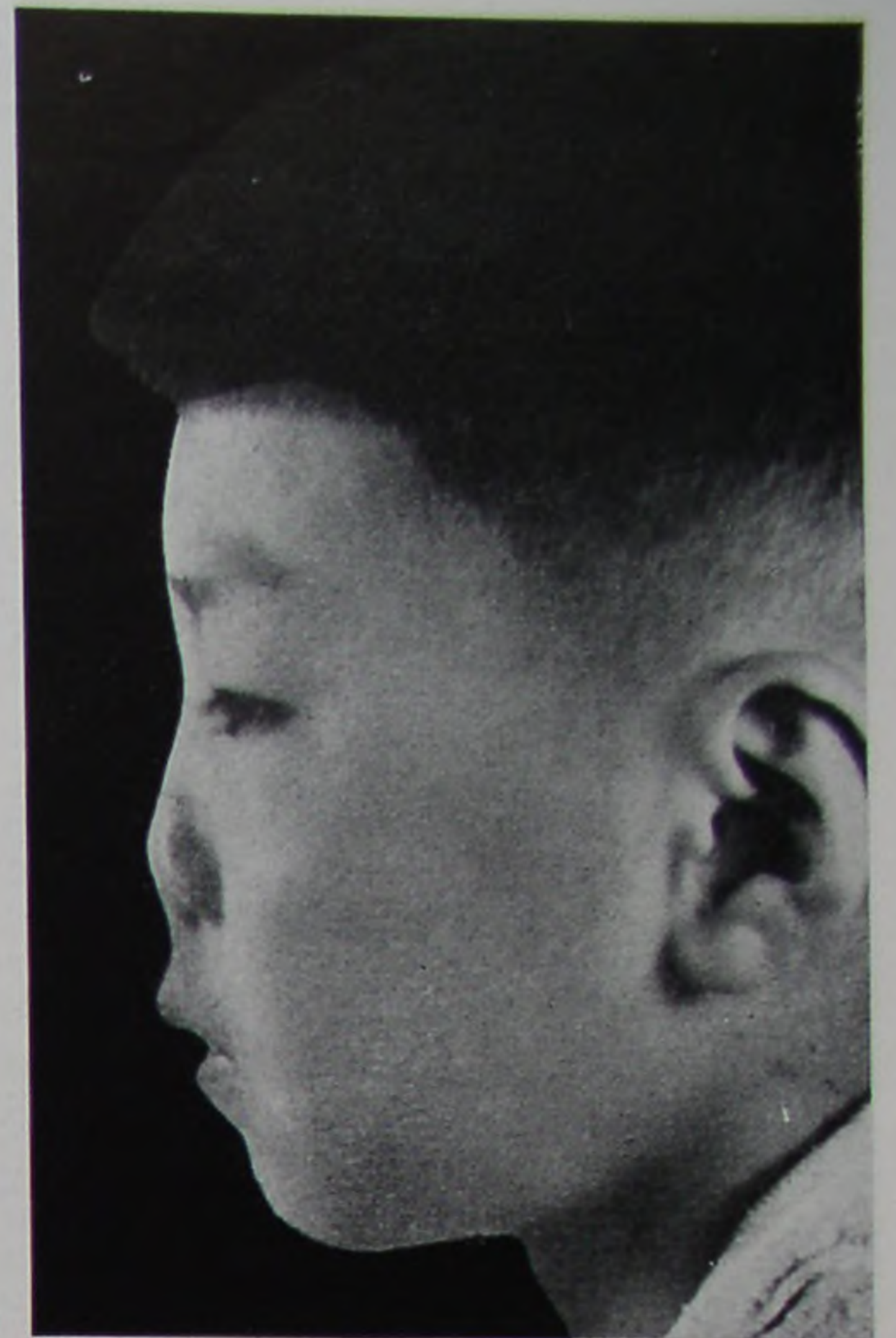
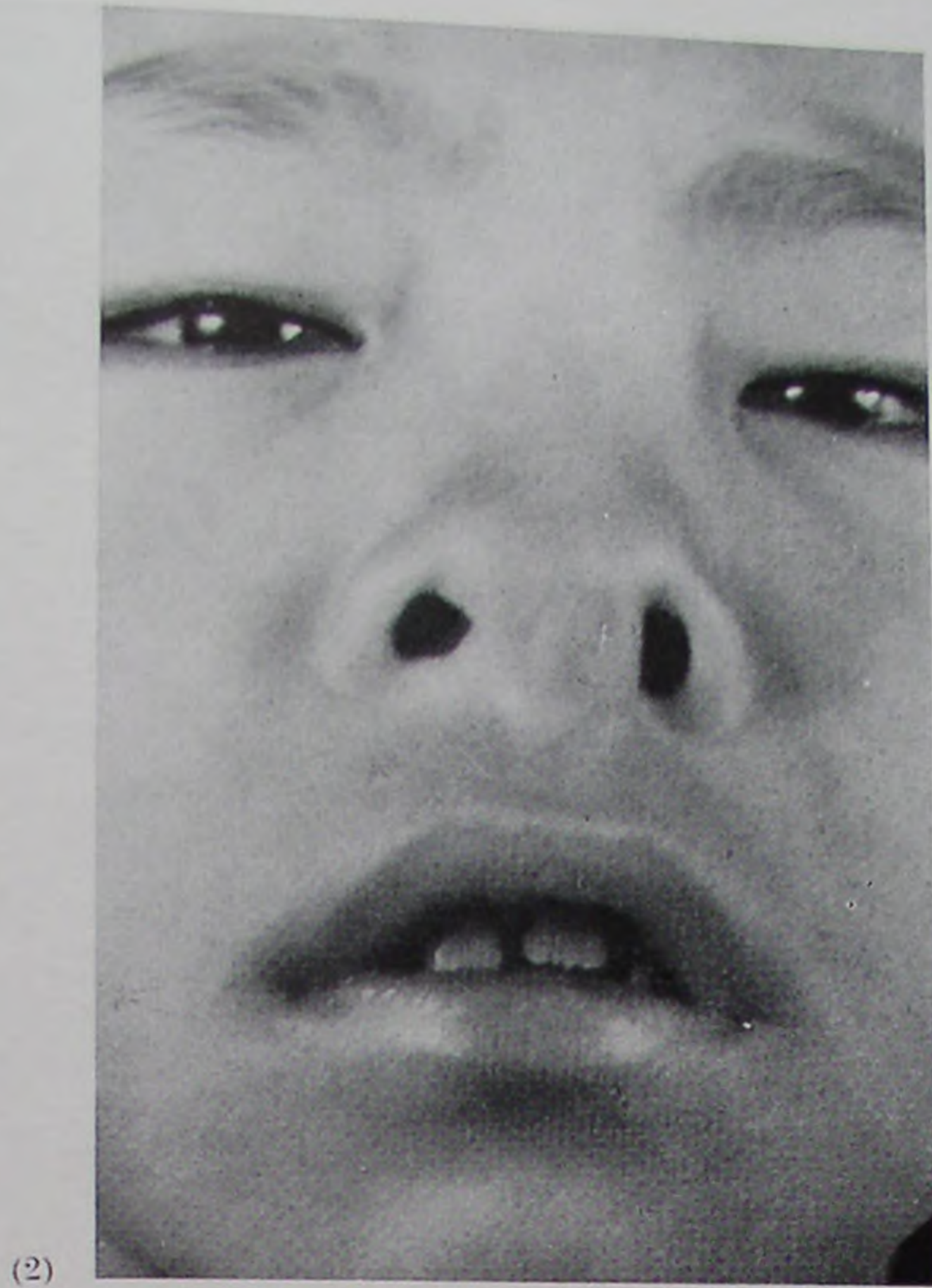
и клетчатки между раздвинутыми хрящами кончика носа последние сшивают. Во второй этап произведена четырехкратная остеотомия носовых костей и лобных отростков верхней челюсти, после чего боковые поверхности носа были сшиты пластинчатыми швами, состоящими из нержавеющей проволоки и свинцовых пластинок. — 2. Мальчик в возрасте 10 лет.



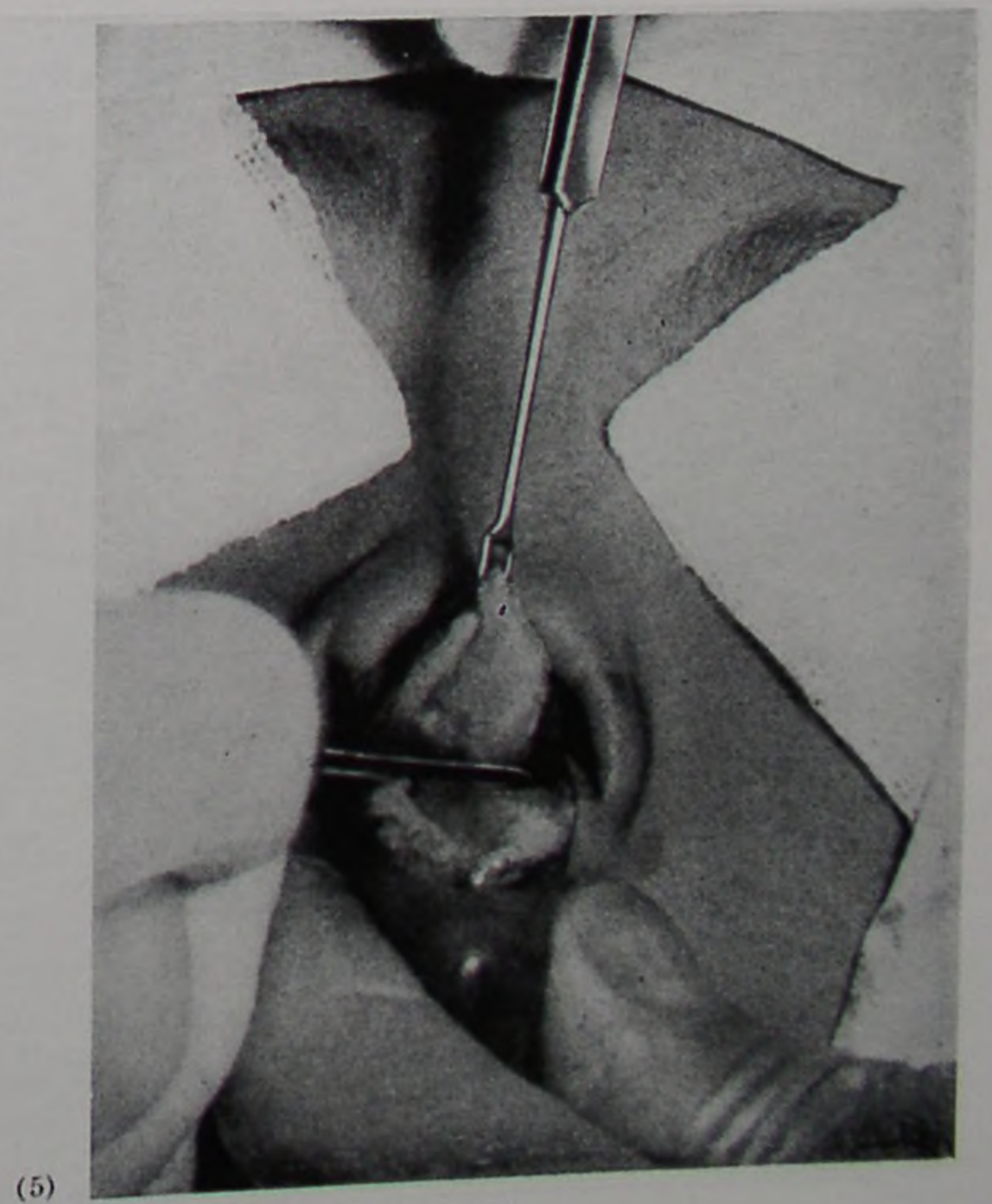
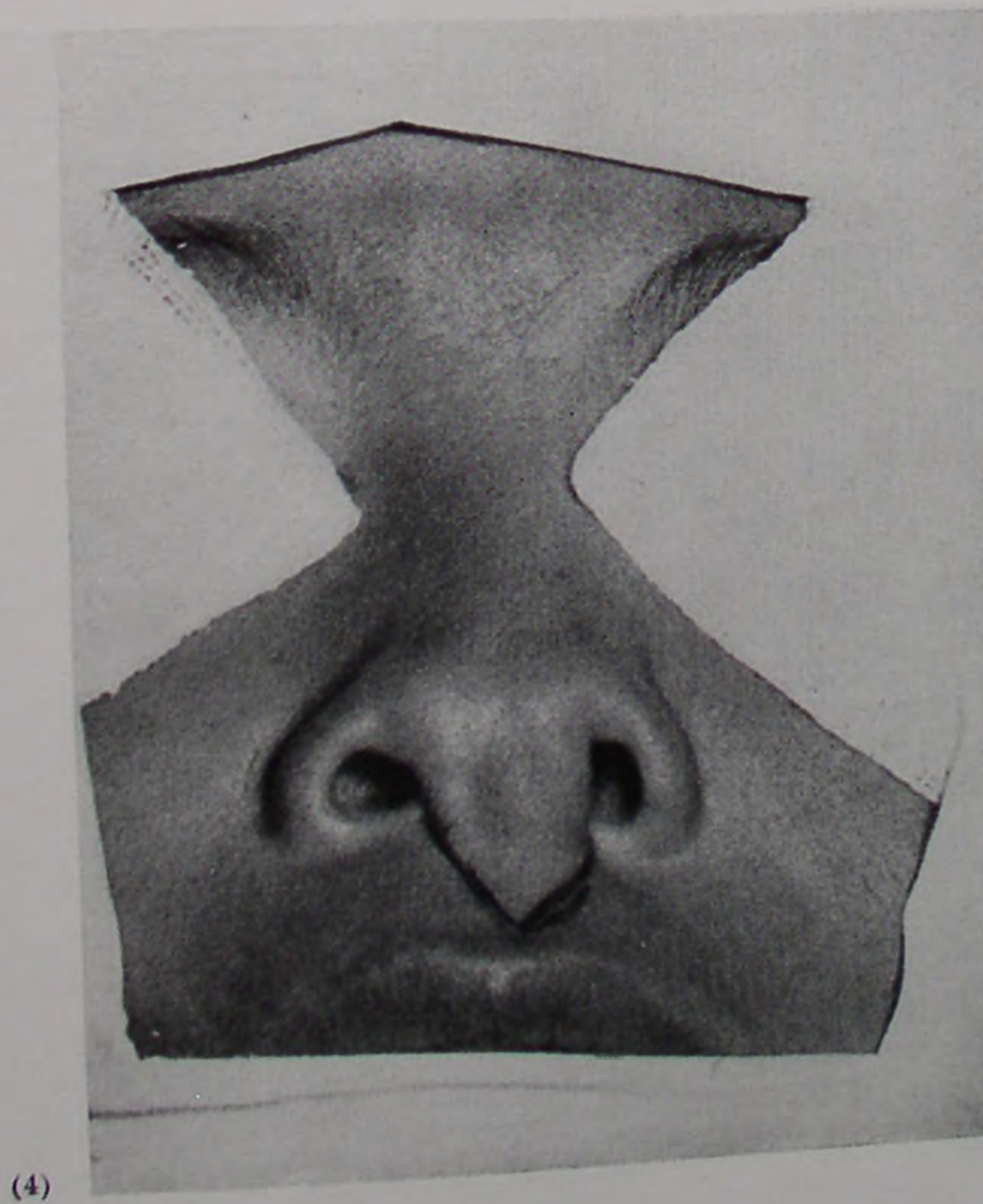
(1)

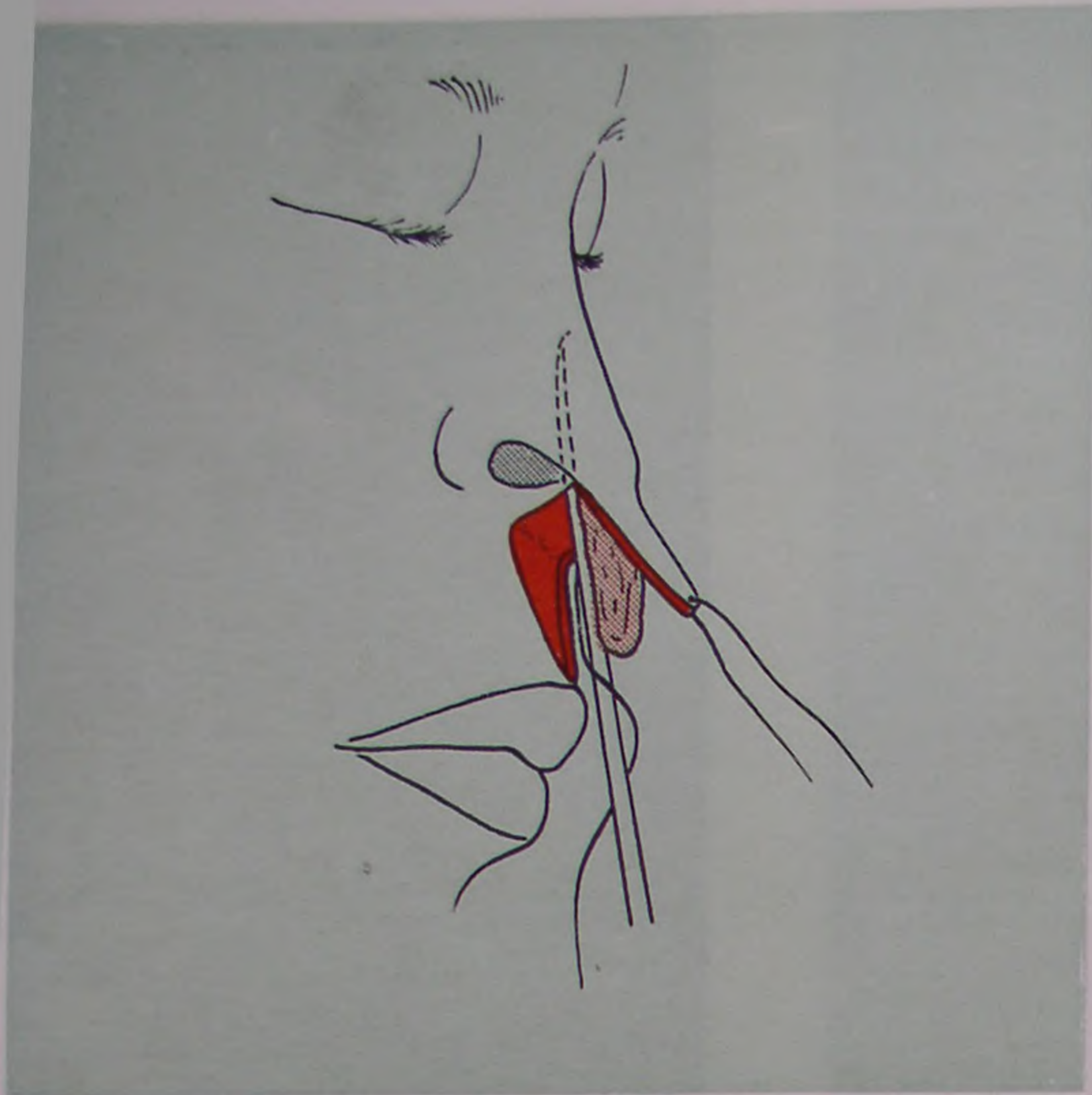
Р И С. 249.

Неполная медиальная расщелина носа. Больной Ц. З. С., 7 лет, история болезни № 51 754. 1, 2. Широкий кончик носа, разошедшиеся хрящи кончика носа. Эпикантусы и гипертелоризм. —



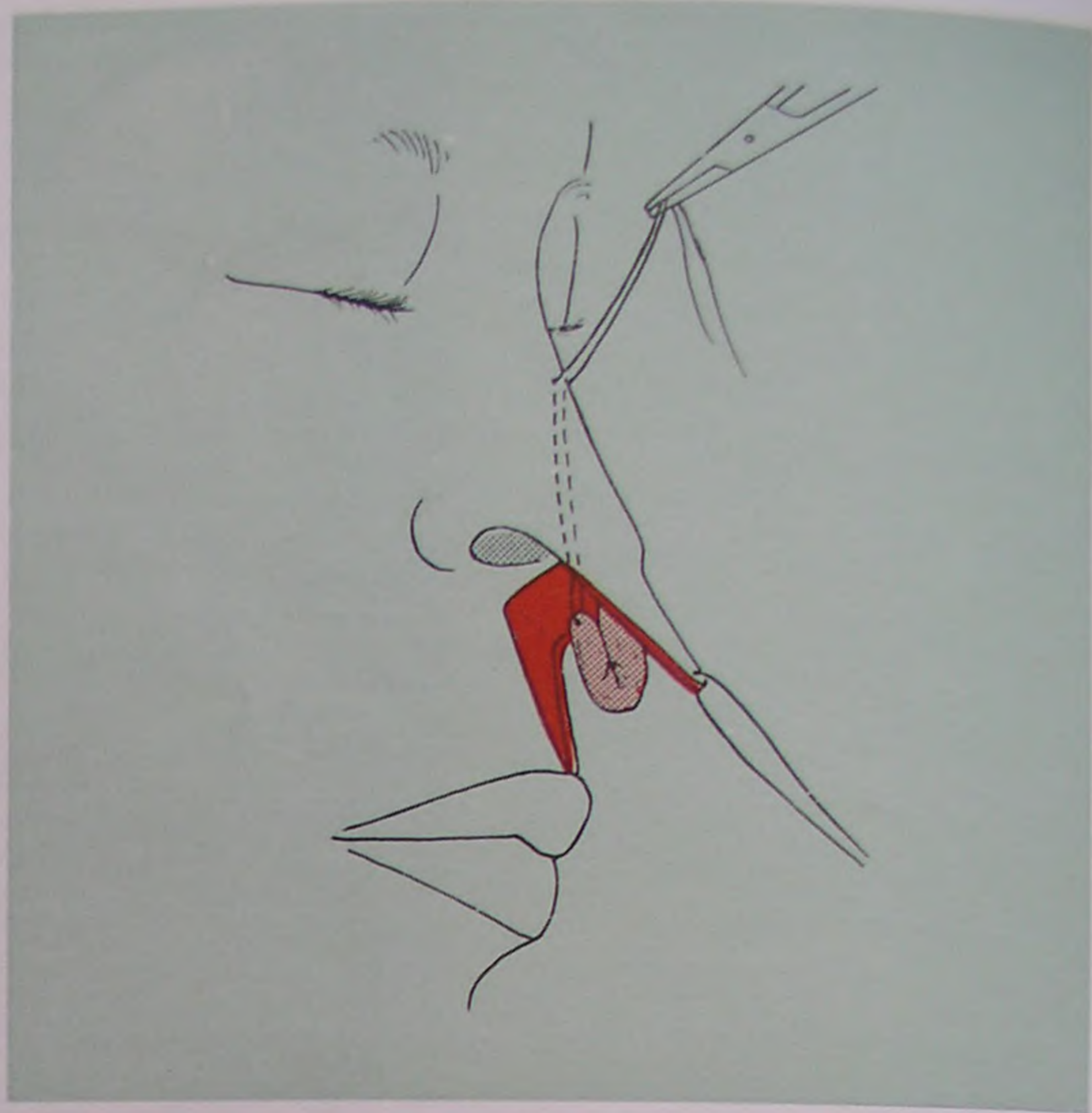
3. Уплотнение надбровных дуг, надпереносья и в особенности
корня носа. — 4. Схема треугольного кожного лоскута, выкроен-
ного из верхней губы в целях удлинения носовой перегородки. —
5. Кожный лоскут отслаивают вместе с носовой перегородкой. —





(6)

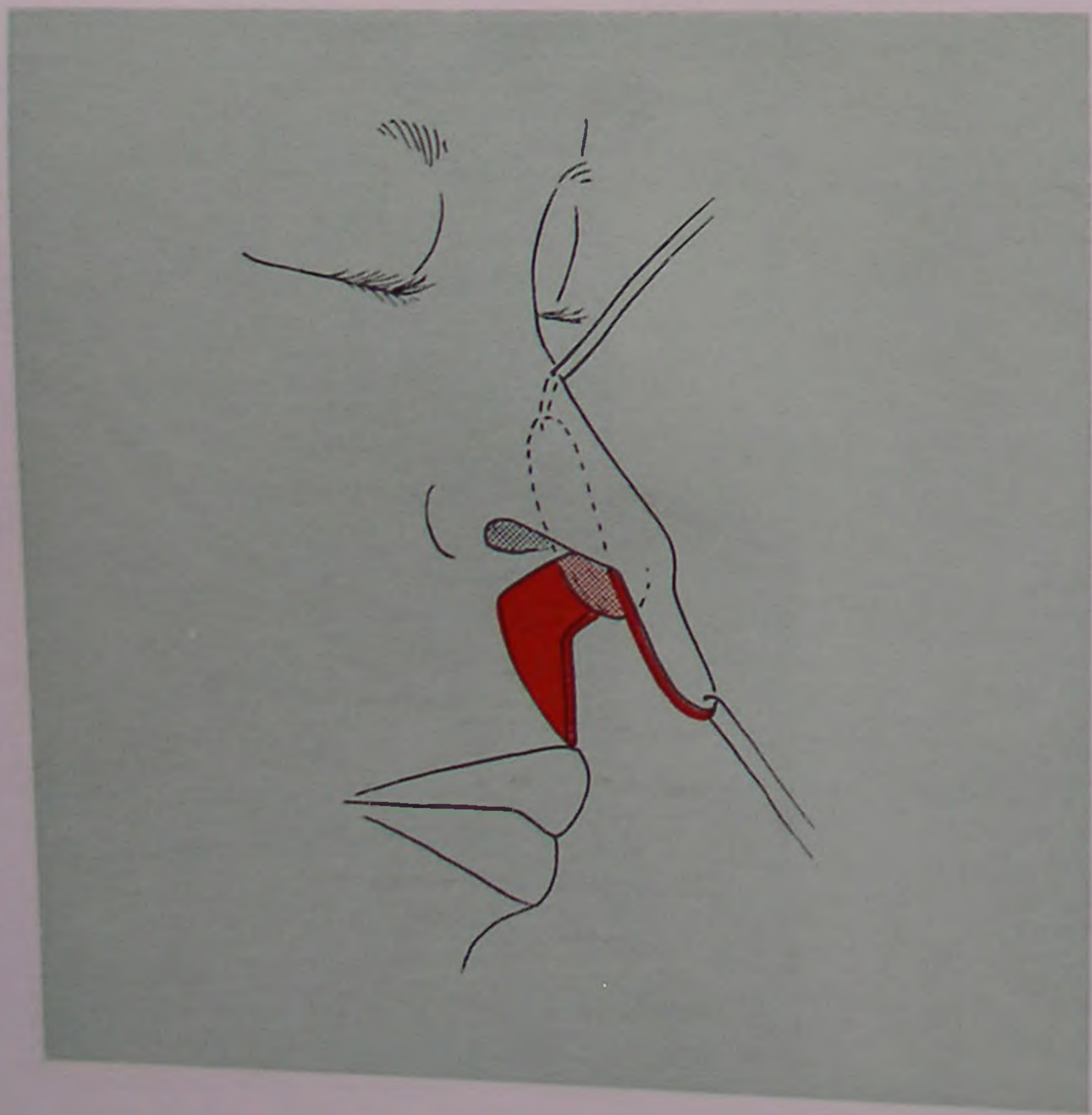
6. Из подкожной клетчатки губы и септолабиального пространства выкраивают лоскут плотной ткани с основанием ножки в области кончика носа; создают туннель, идущий под кожей носа к его



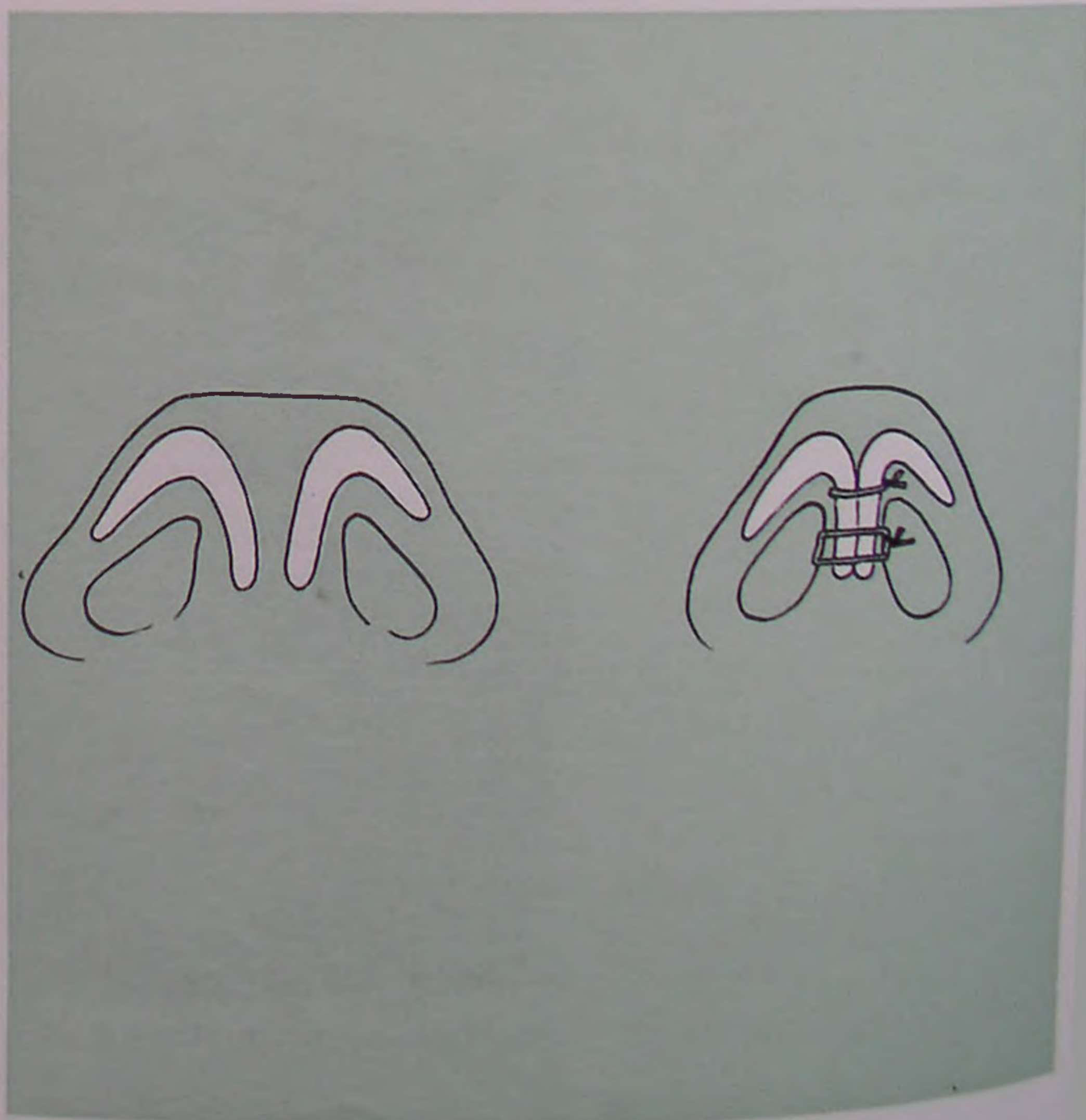
(7)

корню. — 7, 8. Выкроенный тканевой лоскут втягивают в туннель и фиксируют в области переноса матрацным швом. — 9, 10. Внутренние ножки хряща кончика носа сшиты матрацными

(8)

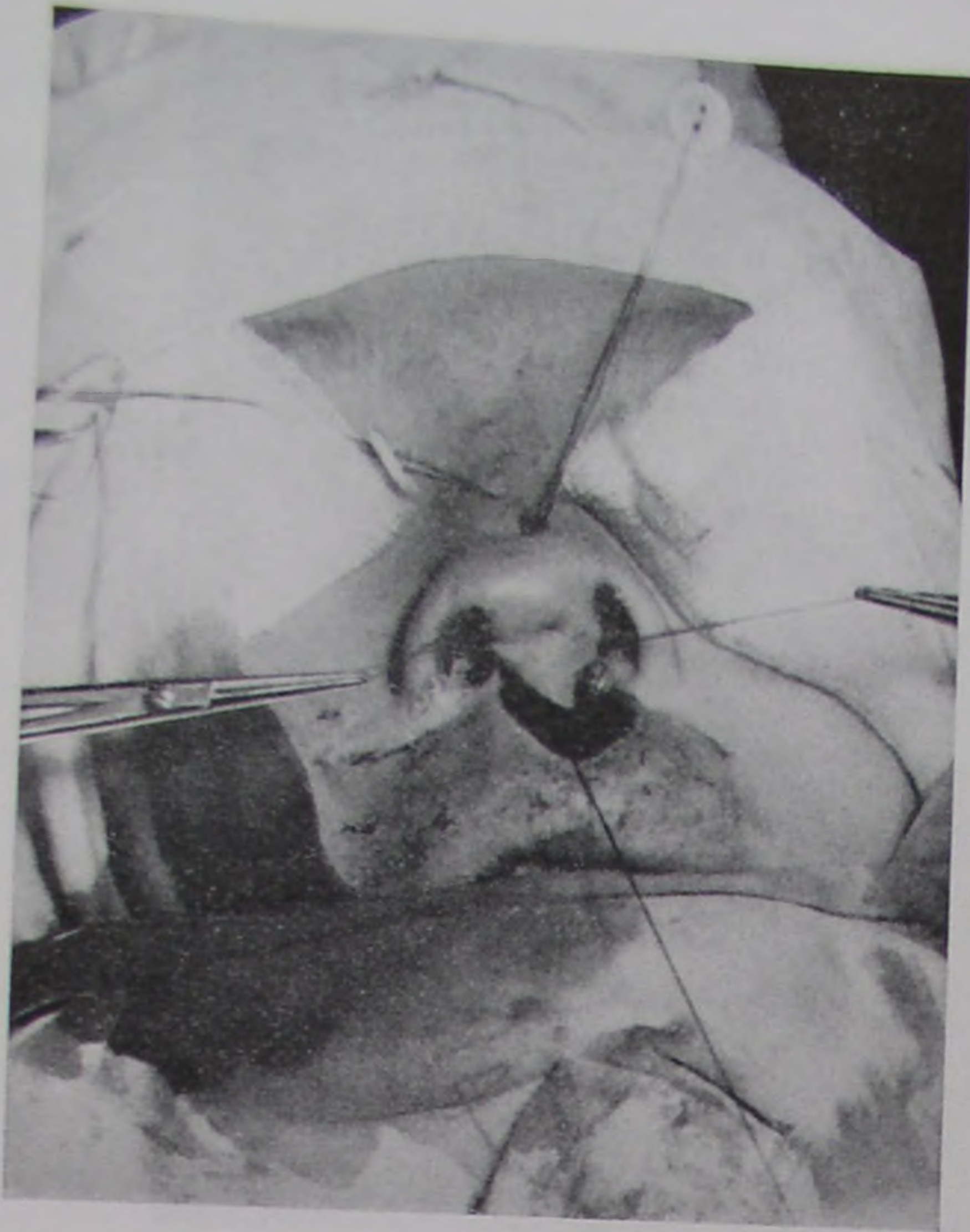


(9)

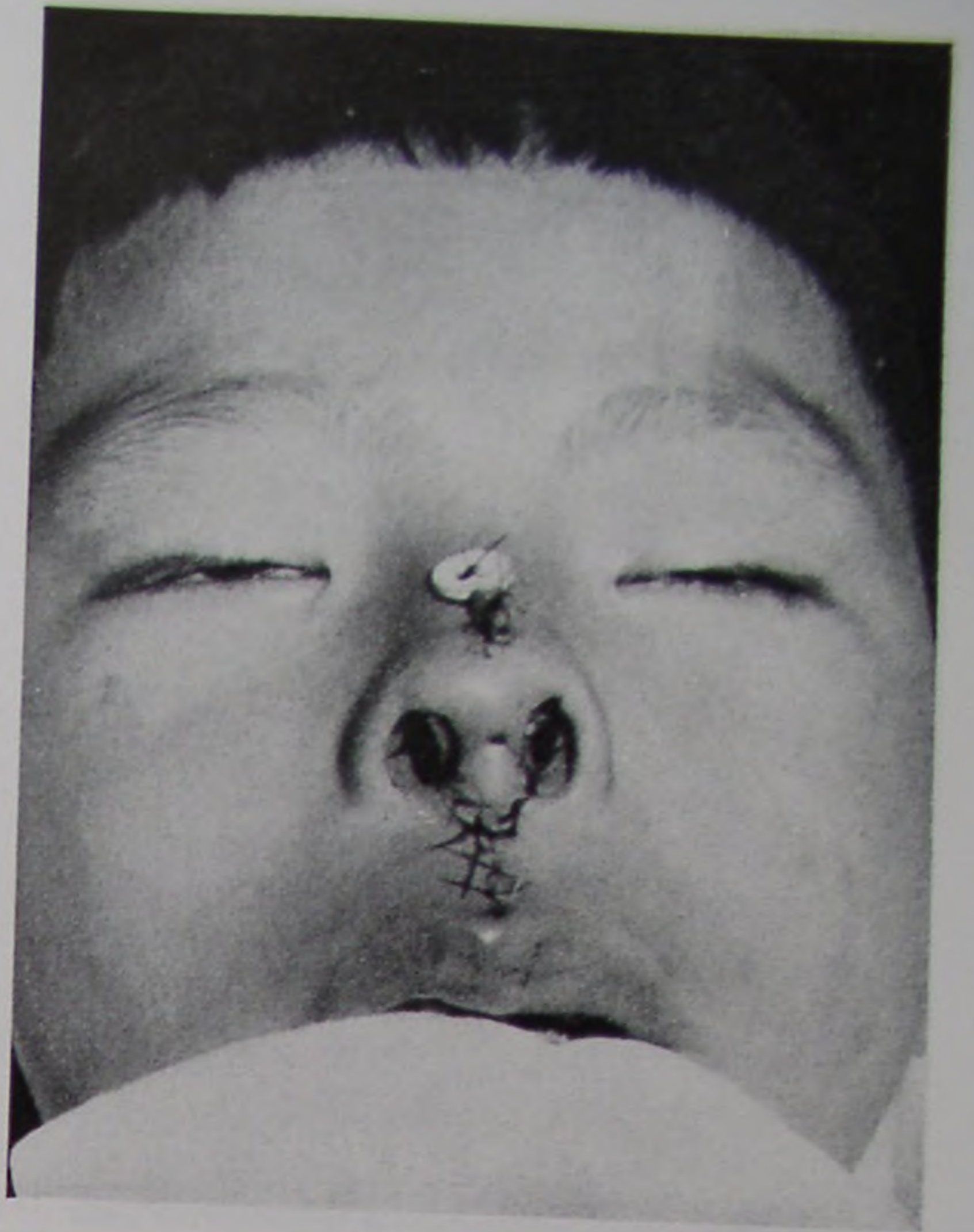


(10)





(11)

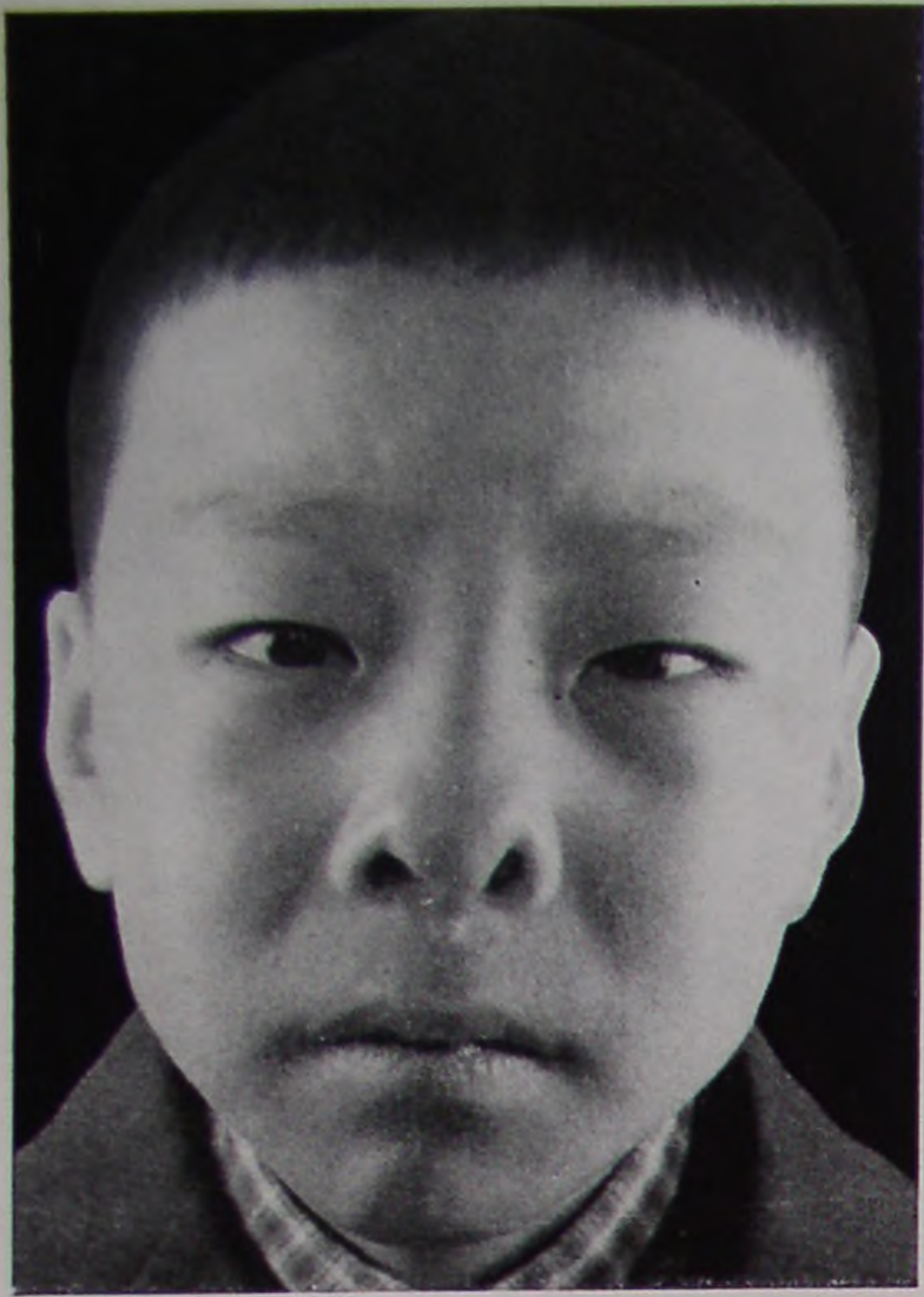


(12)

(13)



и. — 11, 12. Кожную часть носовой перегородки подтягивают вперед и вверх при помощи матрацного шва, наложенного кончиком носа, и подшивают в положении выстояния. — Концы обоих матрацных швов завязывают на пуговицах. —



(14)



(15)

14, 15. Больной после окончания лечения.

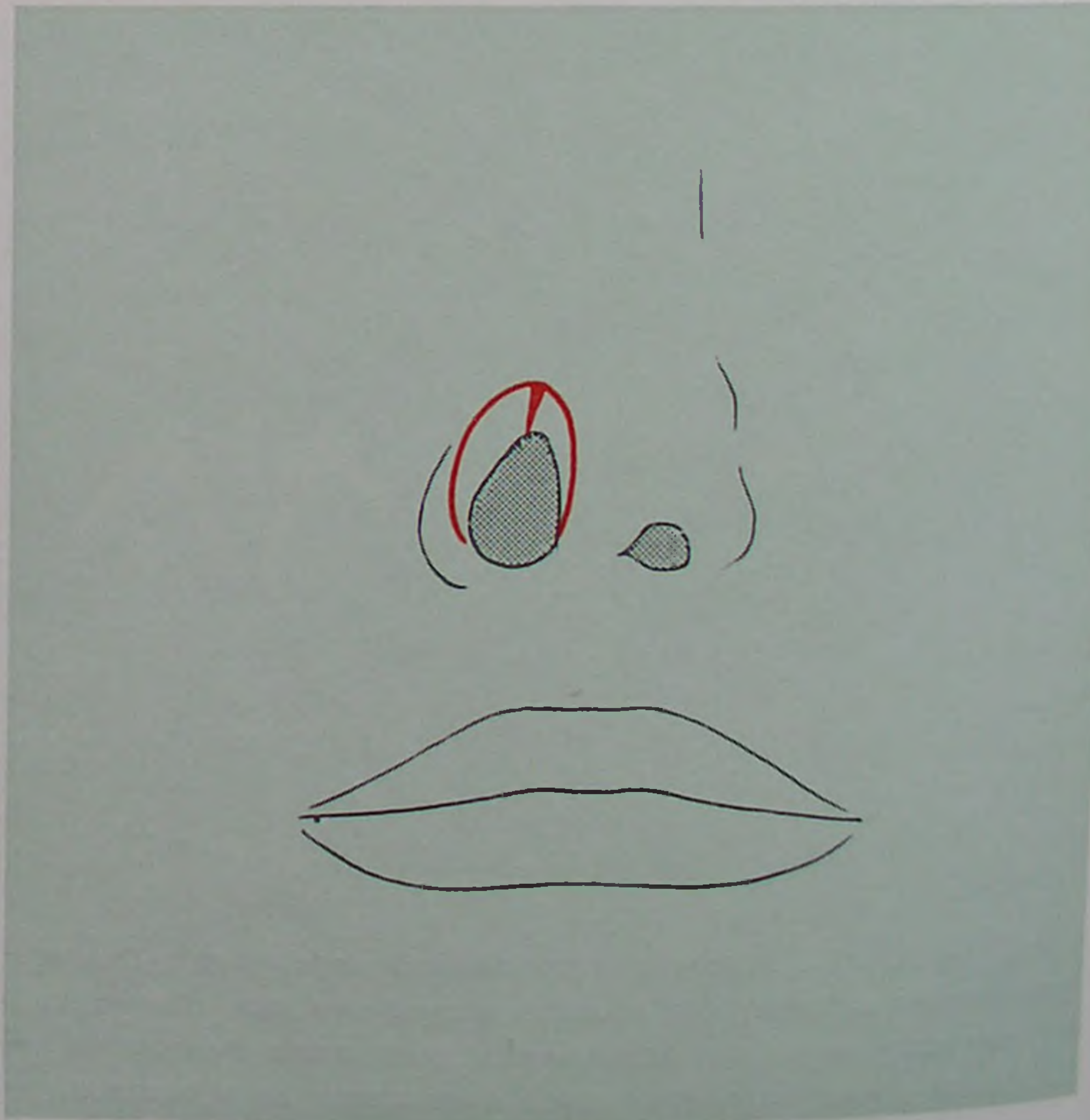
Р И С. 250.

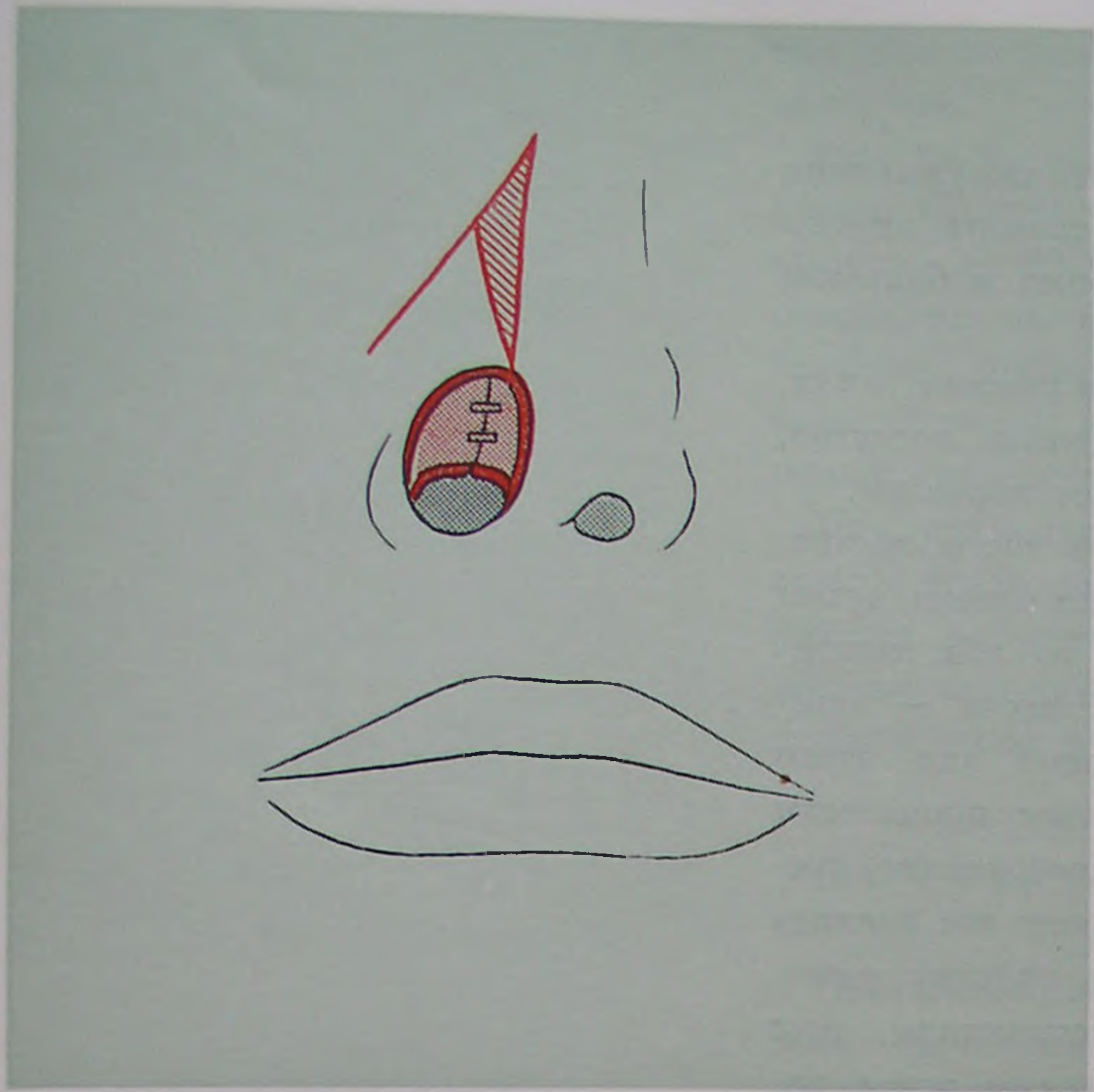
Врожденная колюбома правого крыла носа. Больной В. С., 1 года история болезни № 14 583. 1, 2. Производят отсечение кож вдоль краев колюбомы. После выворота освеженных краев кож внутрь носового хода из нее будет создана внутренняя об-



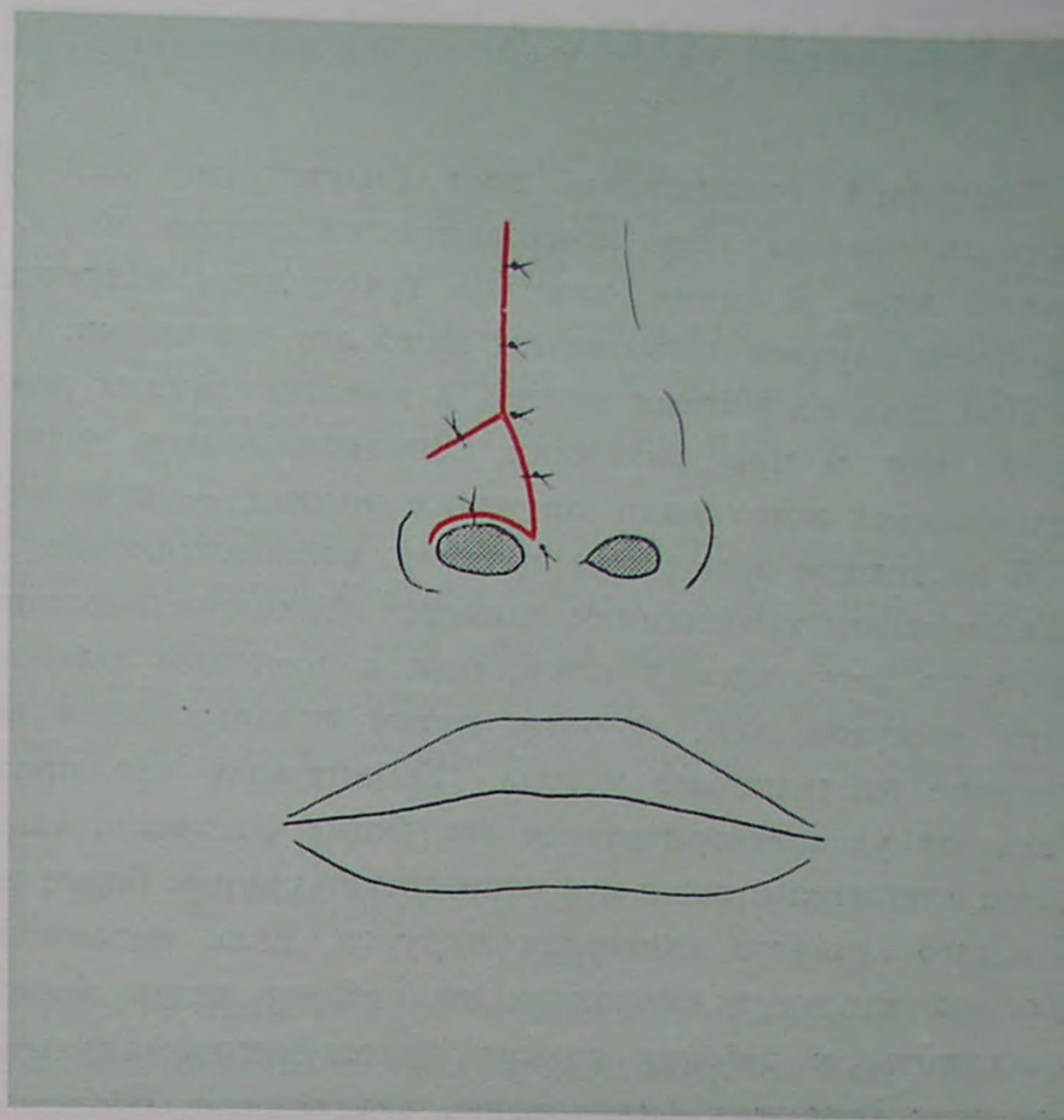
(1)

(2)





(3)



(4)

лочка будущего крыла носа. — 3. Разрезы кожи на боковой стороне носа. Выкроен лоскут, ножка которого отходит от основания крыла носа. — 4. Смещение лоскута книзу после отсечения остроугольного выступа. Рану на боковой поверхности носа закрывают путем мобилизации и сближения окружающей кожи. — 5. Больной через полтора года после операции.

(5)



ТРАВМЫ НОСА

Благодаря возвышению носа (выстоянию) над уровнем окружающих органов травмы носа приходится наблюдать чаще, чем травмы других частей лица. В случае тяжелых травм лица повреждения носа в большом проценте случаев оказываются наиболее тяжелыми.

При травмах мягких тканей, а именно гладких резаных и рваных ранах, равно как и при ранениях, сопровождаемым отрывом целых лоскутов, держащихся всего лишь на узких ножках — прогноз бывает хорошим.

В настоящее время при травмах, сопровождаемых потерей части органа, обязательным требованием является первичное восстановление органа путем местного перемещения кожи, или с помощью выкроенных со лба индийских лоскутов, или, наконец, путем использования кожи с плеча — применение итальянского метода. Естественно, что предпосылкой для этого является удовлетворительное состояние больного, позволяющее произвести такое вмешательство, и что отсутствует другое, более серьезное ранение, требующее главного внимания хирурга. Если невозможно сразу же сделать восстановительную операцию, то следует лишь произвести очистку раны, приложить к дефекту тонкие дермо-эпидермальные трансплантаты, при сквозных ранениях фиксировать внутреннюю оболочку к краям кожи вокруг дефекта, стремясь создать наилучшие условия для вторичной пластики (р и с. 252).

При потерях части крыла носа целесообразнее производить пересадку всего сегмента ушной раковины, чем пересадку кожи, выкроенной с ее задней поверхности, в которую вживляют кусочек хряща, взятый тоже из ушной раковины. Обусловлено это тем обстоятельством, что при втором из указанных способов между кожей и хрящем бывает толстый слой подкожножировой ткани, которая плохо приживает к питающей поверхности воспринимающего ложа (р и с. 253).

ПЕРЕЛОМЫ НОСА. Приходится сталкиваться с различными типами переломов носа, зависящими от воздействующей силы и ее направления.

Сильные удары, действующие во фронтальной плоскости, обуславливают отламывание носовых костей в области верхней части спинки носа и их вдавление между лобных отростков верхней челюсти, которые отламываются и расходятся. Хрящ носовой перегородки иногда разламывается на большое число отломков. Нередко переломы носа являются компонентом различных типов переломов верхней челюсти.

Боковые удары смещают скелет носа почти целиком в сторону, или проламывают середину носа, выпячивая боковой скат противоположной стороны.

При закрытых переломах костные отломки можно с успехом вправлять в течение первых 10—14 дней после травмы. Непосредственно после травмы вправление костных отломков производится с помощью элеватора, введенного в носовой ход, при одновременном надавливании на наружную поверхность носа пальцами другой руки. Имобилизация отломков осуществляется с помощью пропитанных мазью марлевых тампонов и гипсо-

вых или стентовых форм, снабженных для хорошей опоры широким лобным выступом.

При застарелых переломах лучше всего производить операцию под наркозом. Прежде всего следует попытаться мобилизовать отломки с помощью щипцов, на бранши которых надевают резиновую трубку. Если произвести репозицию отломков этим путем не удастся, то необходимо острое вмешательство: производят остеотомию лобных отростков верхней челюсти и, в зависимости от смещения отломков, одностороннюю или двустороннюю медиальную остеотомию.

При открытых переломах запрещается удалять костные отломки, связанные пусть даже в незначительной степени с остальными тканями. Если имеется возможность восстановить кожный покров носа, то все свободные костные отломки, равно как и перенесенные с другого места трансплантаты, пересаживают в рану после их соответствующей обработки антибиотиками.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ НОСА

Посттравматические дефекты носа тяжело переносятся больными, так как резко бросаются в глаза или вызывают обезображивание человека. Восстановление носа у лиц молодого возраста, в особенности женщин, является трудной проблемой, так как только в редких случаях можно использовать такое смещение кожи или формирование лоскутов, которые бы не вели к образованию заметных рубцов. Следует подчеркнуть достоинства артериализированных лоскутов, выкроенных из кожи лба, которые можно подготовить в несколько этапов, причем возникшие на лбу рубцы удается оформить таким образом, чтобы они совпадали с направлением естественных складок кожи, благодаря чему они вскоре становятся незаметными. Мало заметными можно сделать и следы после лоскутов, выкроенных посередине лба путем дугообразных перемещений боковых участков кожи лба. Разрезы, произведенные в целях мобилизации кожи, располагаются в волосистой части головы. В других случаях при восстановлении носа у молодых женщин не остается ничего другого, как произвести прямую пересадку стебельчатого лоскута с плеча.

У пожилых женщин с успехом можно использовать лоскуты, выкроенные по носогубным бороздам, с верхними или нижними ножками; такие лоскуты выкраивают с одной или обеих сторон, в зависимости от конкретной ситуации и величины дефекта.

При комбинированных повреждениях носа и окружающих тканей лица часто единственной возможностью бывает использование крупных стебельчатых лоскутов, выкроенных на груди или животе, а также стеблей торакоабдоминального типа, перенесенных к месту дефекта через предплечье.

Выбирая место формирования стебельчатого лоскута, следует тщательно запланировать операцию и учесть возможные слабые места выбранного материала, о чем говорилось в общей части. Проводя каждый из этапов операции, необходимо работать с большой осторожностью, чтобы не повредить ткани, биологические свойства которой в стебельчатом лоскуте понижены (р и с. 254—265).



(1)



(2)



(3)

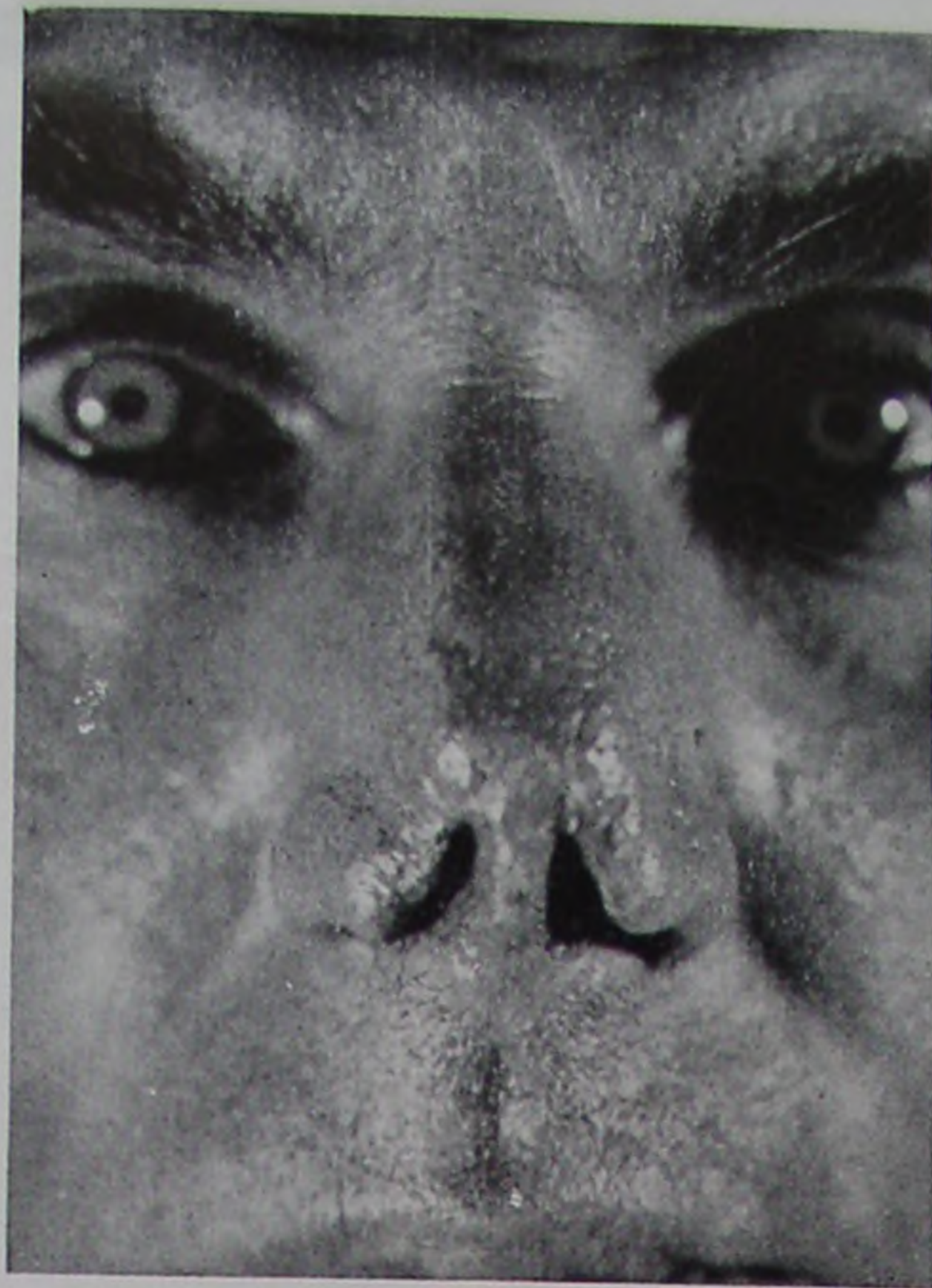
Р И С. 251.

Свежий дефект носа, возникший после укуса собаки. Больной И. И., 11 лет, история болезни № 3183. 1. Собака откусила у мальчика кончик носа. Больной явился в клинику через несколько часов после плохо оказанной первой помощи (края раны были грубо стянуты клеммами). — 2. Разможенные части были экономично иссечены, а на внутреннюю выстилку, после того как

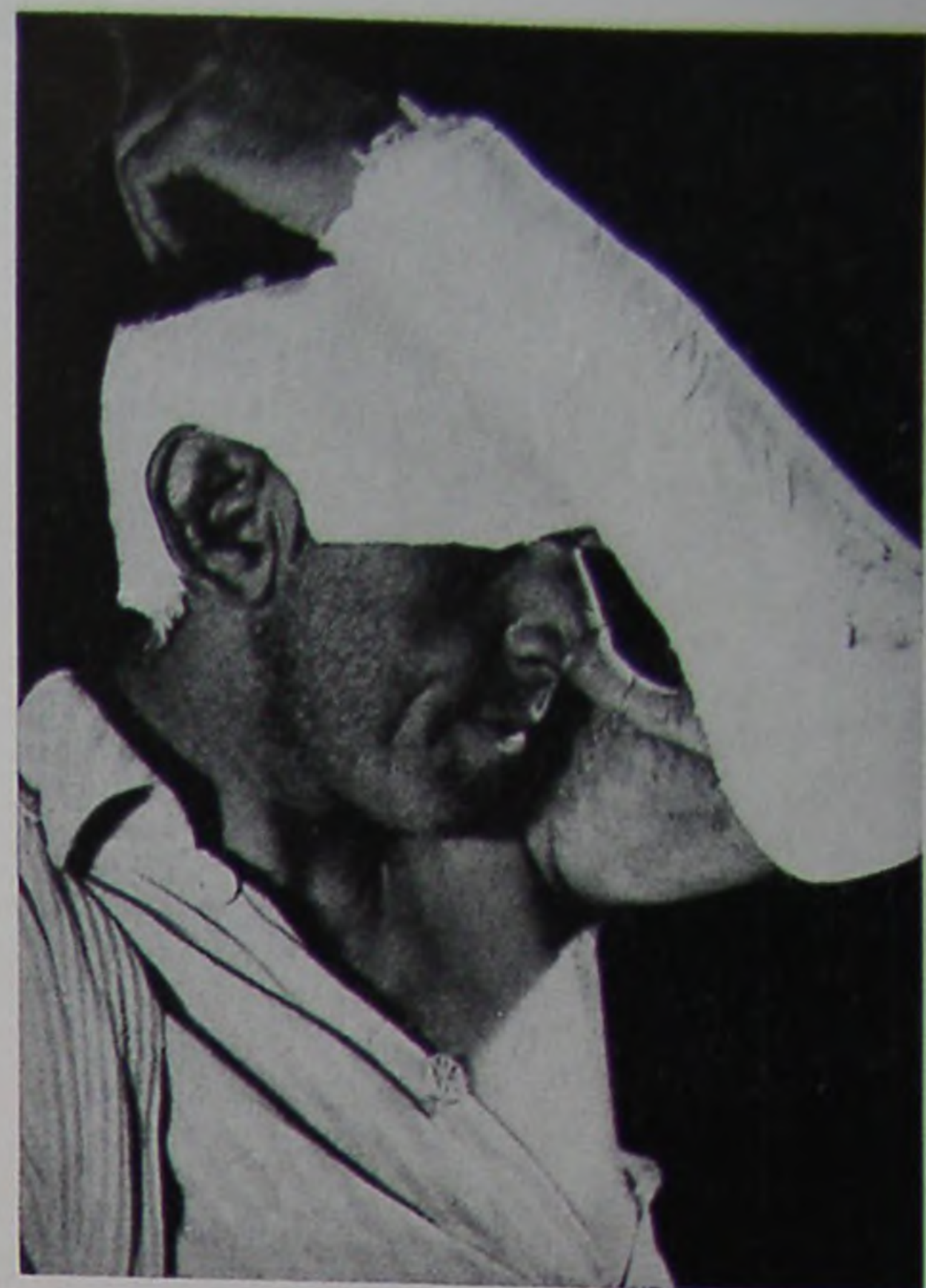
ей была придана надлежащая форма, были наложены швы. 1. дефект в качестве вынужденного мероприятия был пересажен дермо-эпидермальный трансплантат. — 3. В профиль заметно уплощение кончика носа. На пластическую операцию, которая была предложена родителям ребенка, мальчика в клинику привели.



(1)



(2)



(3)

(4)



Р И С. 252.

Дефект носа, возникший после укуса лошади. Больной И. В., 46 лет, история болезни № 5479. Позднее оказание первой помощи. 1. Больной явился в больницу через 20 часов после травмы, с обширным дефектом кончика носа, передней части крыльев и носовой перегородки. — 2. Дежурный врач, опасаясь развития инфекции, произвел обработку раны и пришил края слизистой к краям кожи. Операция была произведена в доантибиотическую эру. Процесс заживления протекал нормально. — 3. Через 3 недели после травмы в дефект пересажен на трубчатой ножке лоскут с передней поверхности левого плеча. — 4. Больной после окончания лечения. Операцию произвел Зденек Кунц.



(1)



(2)

(3)

Р И С. 253.

Неудачная попытка пересадки сложного трансплантата. Больной И. К., 4 лет, история болезни № 26 291. 1. Собака откусила у мальчика левую половину кончика носа с частью крыльного хряща. Больной явился в клинику через несколько часов после травмы. Хирург попытался произвести пересадку сложного кожно-хрящевого трансплантата, взятого с задней поверхности ушной раковины. Была иссечена часть хряща ушной раковины. — 2, 3. Схема сложного трансплантата. При пересадке было уделено

большое внимание тому, чтобы между собой широко соприкасалась поверхность кориума трансплантата и раневого ложа. — 4. Лоскут перенесен на тщательно обработанную рану и укреплен марлевым валиком, поверх которого завязаны концы нитей крайних швов. Трансплантат, однако, некротизировался, повидимому, в результате давления марлевого валика. — 5. Заживление наступило в виде колобомы переднего отдела крыла носа. По поводу этого дефекта была сделана операция, применяемая при

(4)



(5)



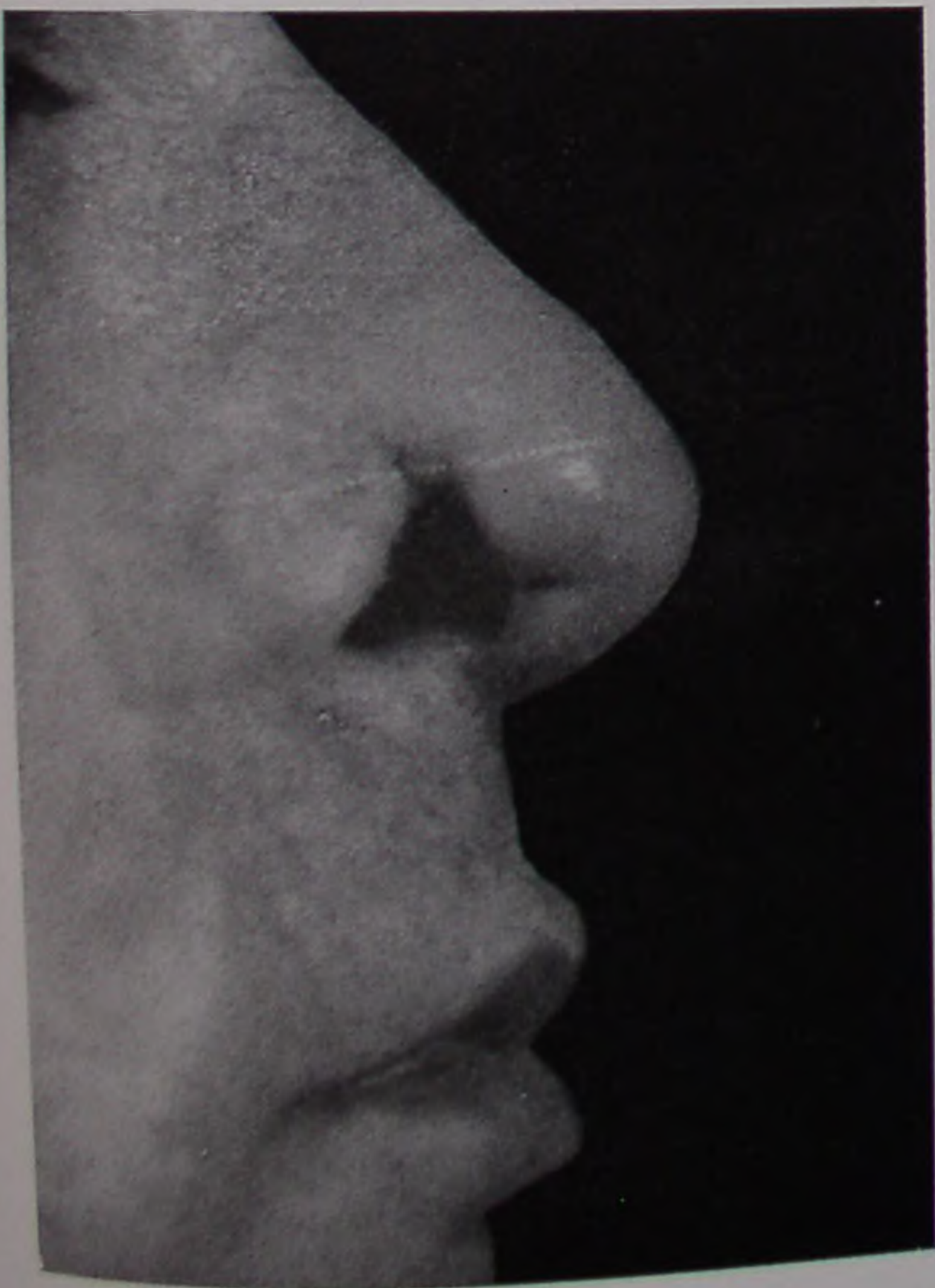
(6)



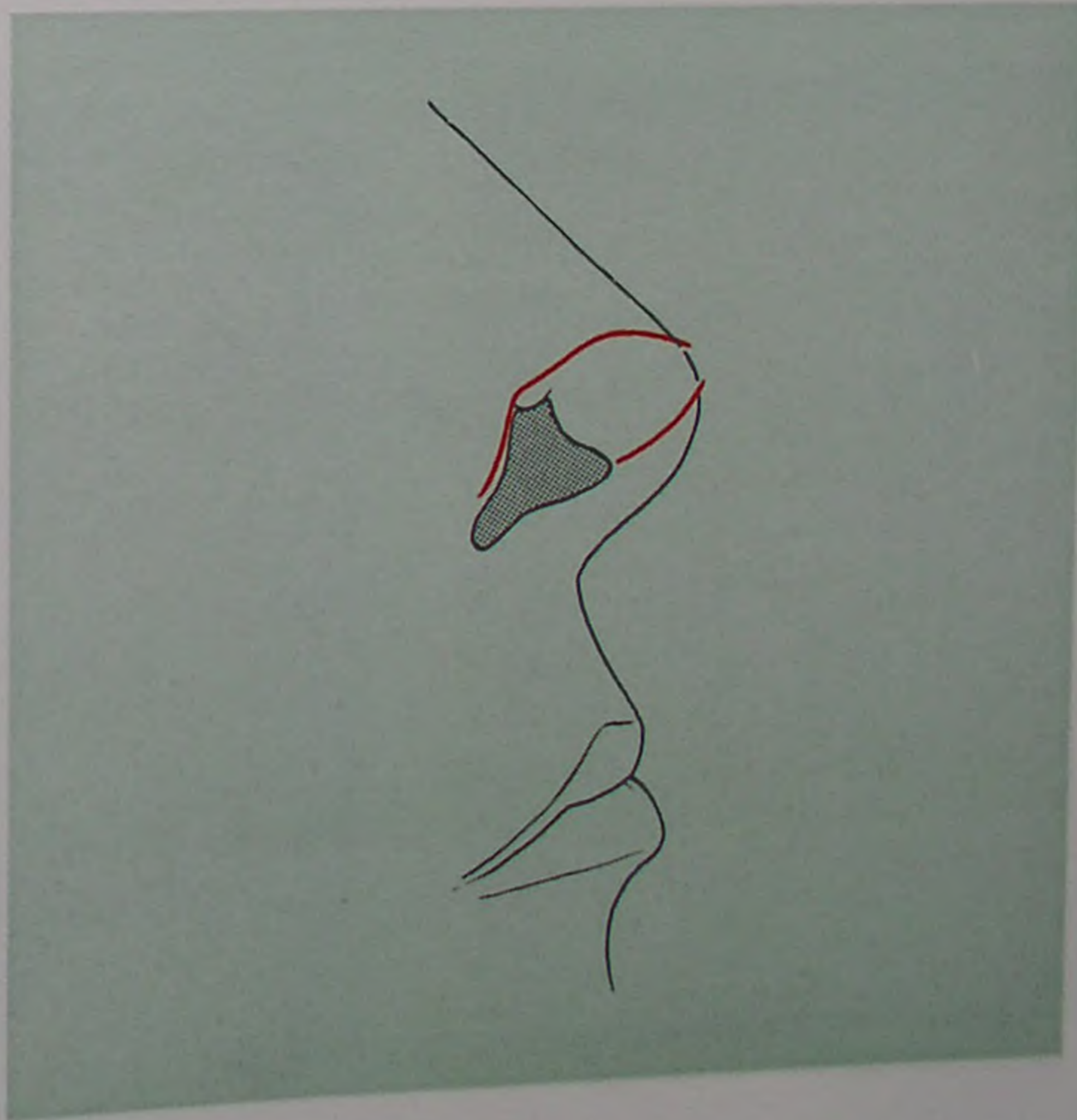
врожденных колобомах; с боковой поверхности носа был пере-
кинут на область колобомы кожный лоскут, а вторичный дефект
и спинки носа. — 6, 7. Больной через 3 месяца после окончания
лечения. Восстановлена форма носа. Рубцы продолжают оставаться
сильно заметными.

Р И С. 254.

Травма, полученная при автомобильной аварии. Больной А. Б.,
37 лет, история болезни № 36 394. 1. Так как при травме про-



(1)



(2)

(7)



изошел перелом основания черепа, ранению носа не было уде-
лено должного внимания и операция по поводу разрыва крыла
носа не проводилась. На крыле носа выявляется травматическая
колобома, захватывающая почти всю его длину. — 2. Для за-
крытия колобомы было решено использовать лоскут, выкроенный
из собравшейся в складки кожи правой половины кончика носа

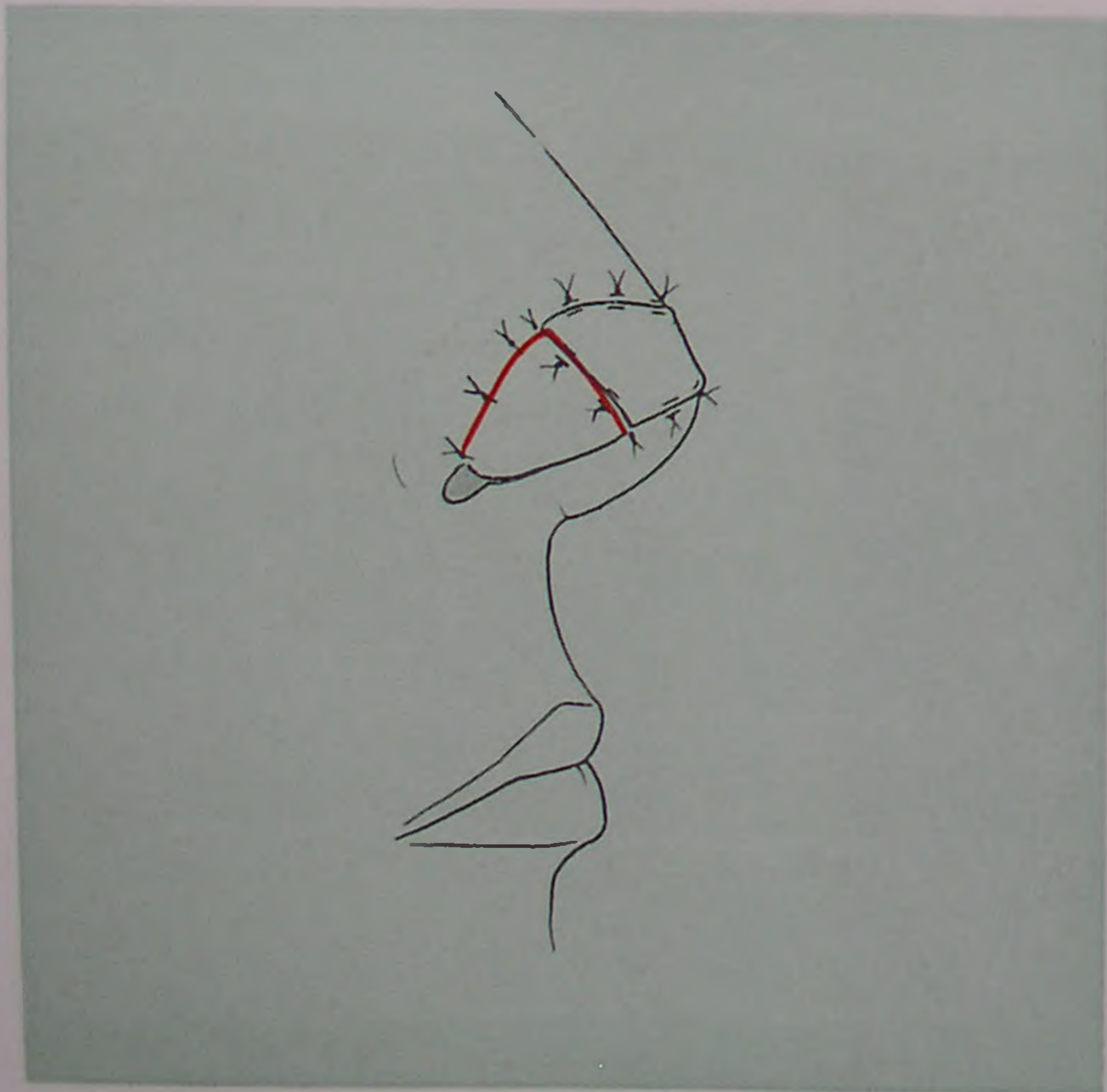


(3)

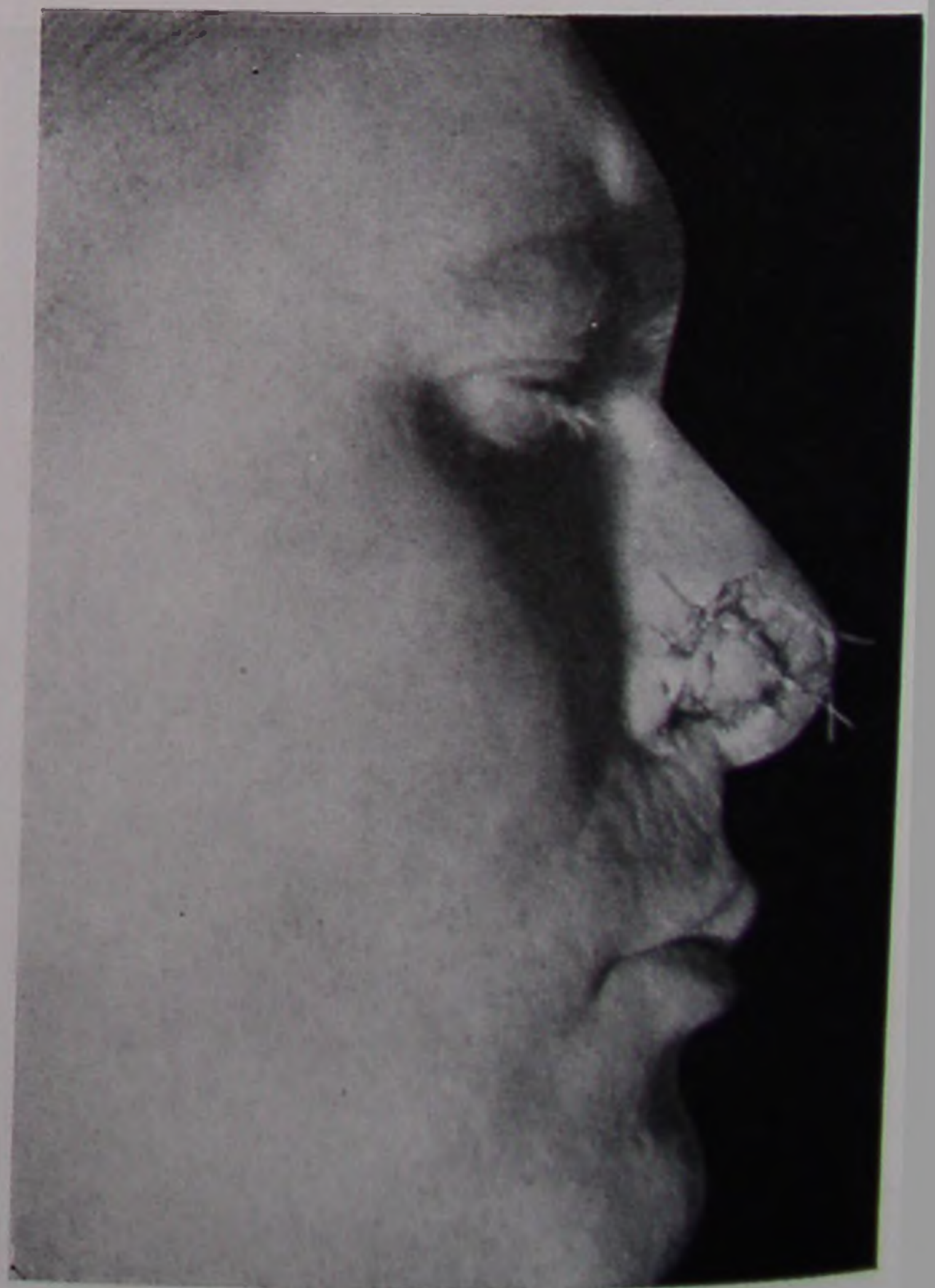
— 3. Деталь операции. Лоскут, выкроенный на кончике носа, перемещают в вертикальное положение. Из ножки лоскута будет создана внутренняя оболочка крыла носа. — 4. Схема ситуации, создавшейся после перемещения лоскута. — 5. Схема пересаженного кожного лоскута и вторичного дефекта, на который был перенесен свободный кожный трансплантат, взятый с задней поверхности ушной раковины. — 6. Снимок сделан после окон-



(4)



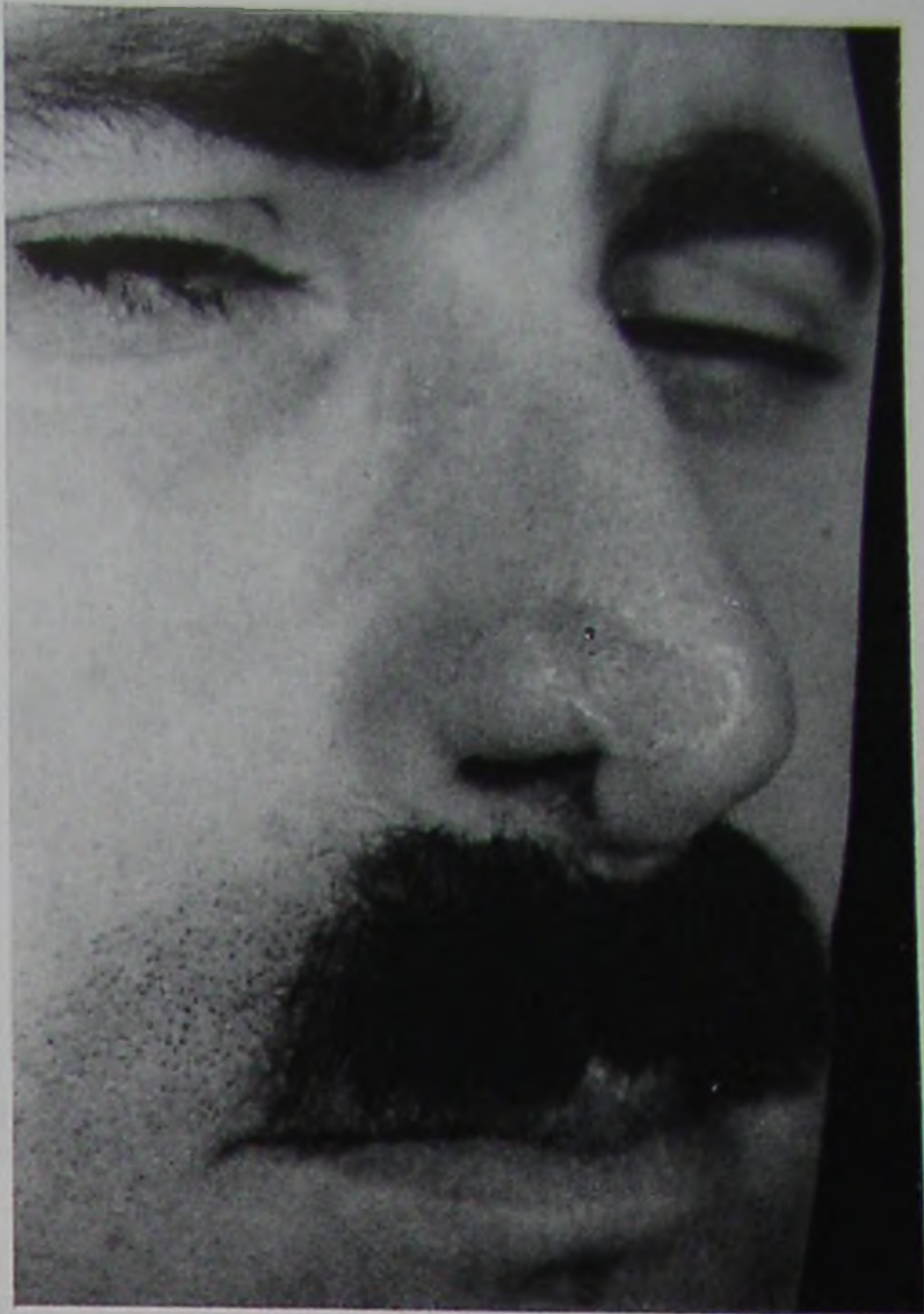
(5)



(6)

я операции. — 7. Больной через 5 месяцев после операции. Но носа восстановлено, но переднее углубление преддверия деформировано, так что трансплантат на правой стороне носа сильно бросается в глаза. Несмотря на это больной доволен результатами операции и отказывается от дальнейших оперативных вмешательств. В данном случае было бы целесообразнее применить оперативный метод, которым пользуются при операции по поводу врожденной колобомы носа (рис. 250); полученные результаты оказались бы лучшими.

(7)



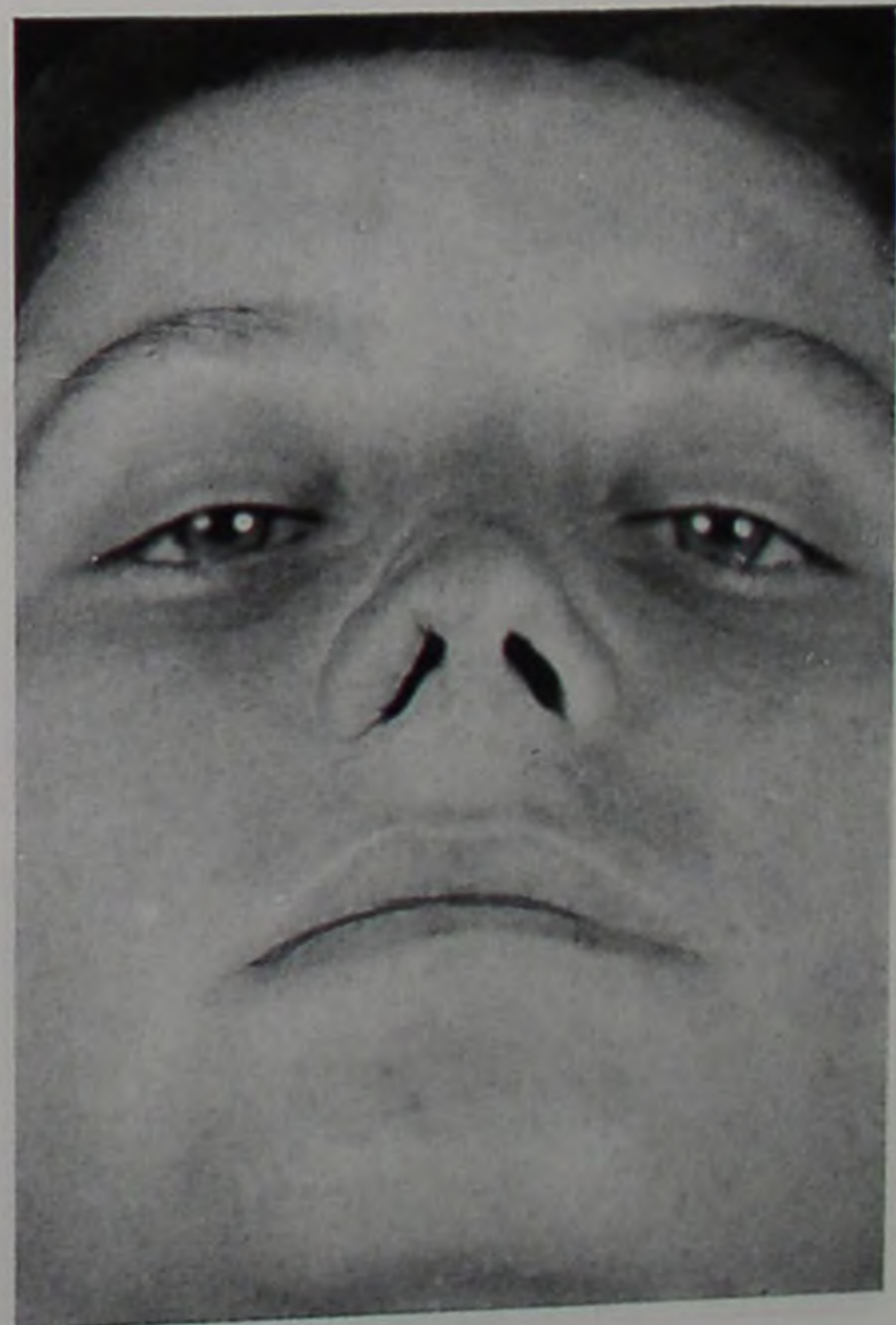
С. 255.

Травматический дефект носа. Больная Р. П., 17 лет, история болезни № 2259. 1. При аварии больная потеряла правую половину кончика носа, большую половину крыла носа и носовой

перегородки. В дефект пересажен стебельчатый лоскут, взятый с передней поверхности плеча. Из ножки стебля создана внутренняя оболочка. В дальнейшем было произведено несколько пластических операций. — 2. Больная через год после излечения. Крыло носа получилось слишком толстым, а носовое отверстие несколько узким.



(1)



(2)



(1)



(2)

Р И С. 2

Дефект левого крыла носа, возникший в результате ранения осколком гранаты. Больной И. Г., 24 лет, инвалид первой мировой войны. 1. При ранении была разорвана левая щека и левый угол рта. — 2. Для закрытия дефекта был использован лоскут,

пересаженный прямо с передней поверхности плеча. Послеживания лоскута в военном госпитале был произведен еще дополнительных операций и придано правильное положение рта. Больной через несколько лет после окончания лечения.

Дефект кончика носа, образовавшийся после проведенной в раннем детстве актинотерапии по поводу гемангиомы. Больная А. К., 20 лет, история болезни № 5306. 1, 2. Некроз кончика носа и рубцовые изменения кожи, распространяющиеся на спинку носа.

Произведено иссечение рубцов; крылья носа отсепарованы блока рубцовоизмененных тканей. В результате хирургической обработки пораженной области возник дефект кончика носа, средней трети крыльев и кожного отдела носовой перегородки.



(1)



(2)

Р И С.



(3)



(4)

На дефект пересажен с плеча стебельчатый лоскут. — 3, 4. Схема выкраивания носа из распластанного стебельчатого лоскута. С правой стороны выкраивают треугольник кожи с передней ножкой; после иссечения с раневой поверхности этого треугольника жировой клетчатки его перегибают в ноздрю и создают из него внутреннюю оболочку передней части правого крыла носа. С нижней части лоскута тоже иссекают жир, после чего его перегибают

внутри в целях создания покрова носовой перегородки. Придав этой части нужное положение, ее фиксируют матрацным швом; с этой целью насквозь прошивают носовую перегородку, после чего концы нити завязывают на дренажах. Этим же способом производят операцию и на второй стороне. — 5, 6. Больная через 13 лет после операции.



(5)



(6)



(1)



(2)

Р И С. 258.

Деформация носа, наступившая после радиотерапии, проведенной в раннем детстве по поводу гемангиомы. Больная В. Г., 14 лет, история болезни № 2597. 1, 2. После актинотерапии наступили обширные рубцовые изменения в области спинки носа. Кожа носа сильно атрофирована, тонка и лишена пигмента; зато вокруг рубца возникла бросающаяся в глаза сильно пигментированная

кайма кожи. Учтя местные изменения и неблагоприятные в биологическом отношении свойства тканей, было решено использовать пластику стеблем. — 3. Больная не хотела, чтобы у нее после пластики остался на плече рубец, поэтому на животе был приготовлен узкий стебельчатый лоскут, пересаженный в дальнейшем через локтевую поверхность левого предплечья и посл.



(3)

ения всей измененной спинки носа на дефект. Конечный эффект пласти- й операции. Больная че- 7 лет после окончания ия. Операция произве- Геленой Пешковой.



(4)

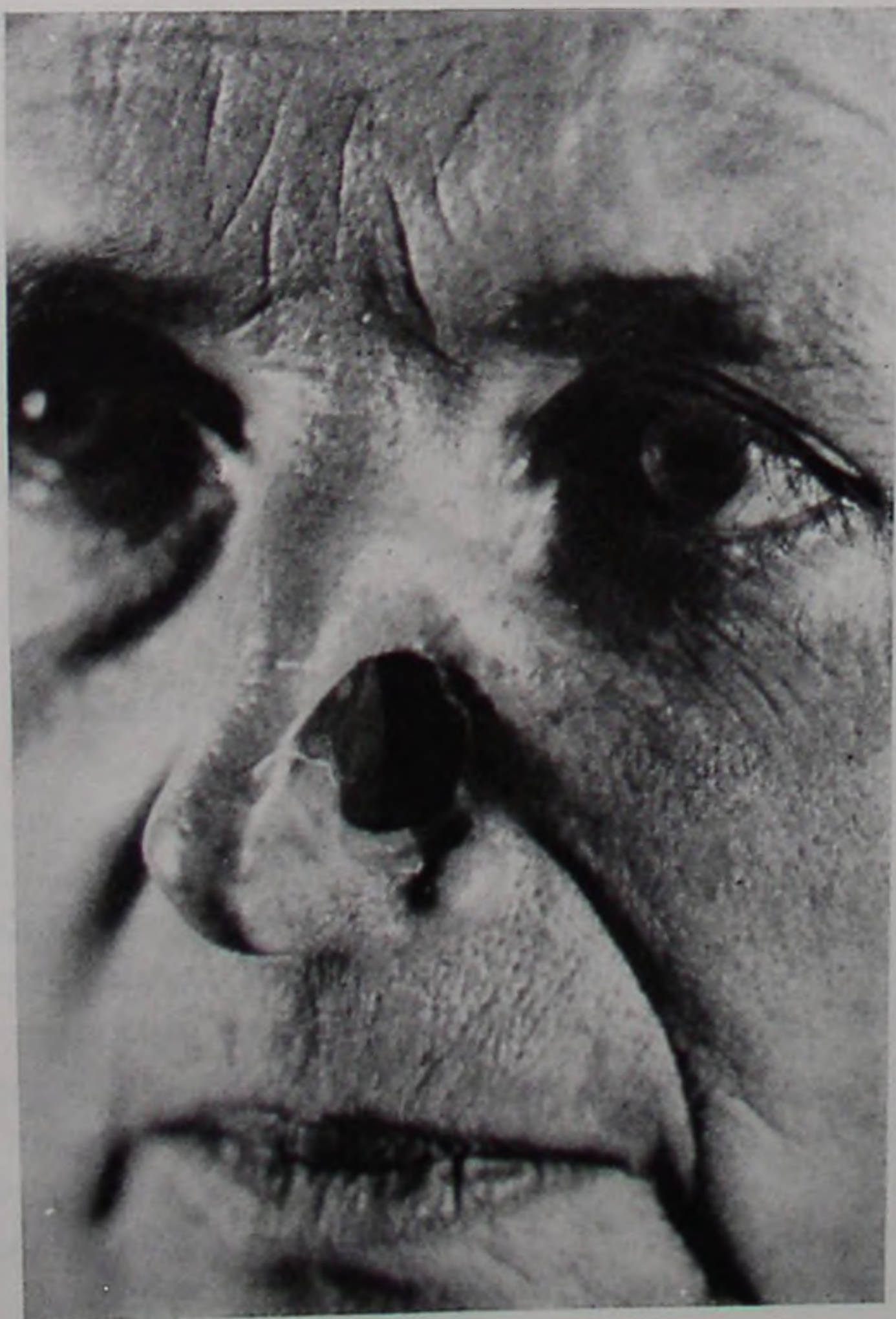


(5)

259.

ализированный лоскут на наружной лобной артерии. я М. К., 59 лет, история болезни № 13 244. 1. Дефект

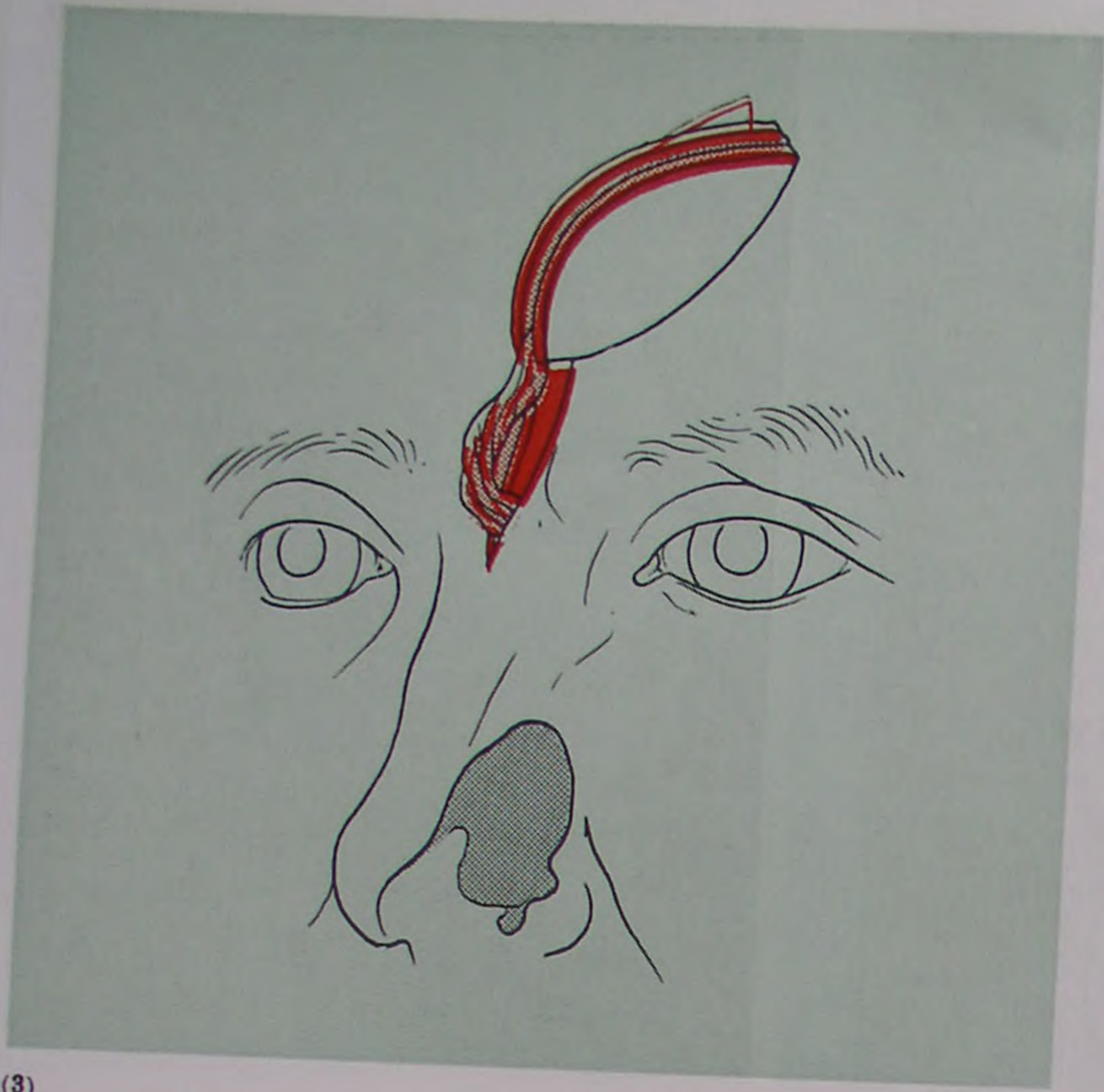
левого крыла носа после укуса собаки. В клинику больная яви- лась через 5 месяцев после травмы. — 2. В области лба на левой наружной лобной артерии приготовлен артериализированный лоскут. Раневая поверхность лоскута и материнская почва были заранее эпителизованы путем пересадки свободных кожных



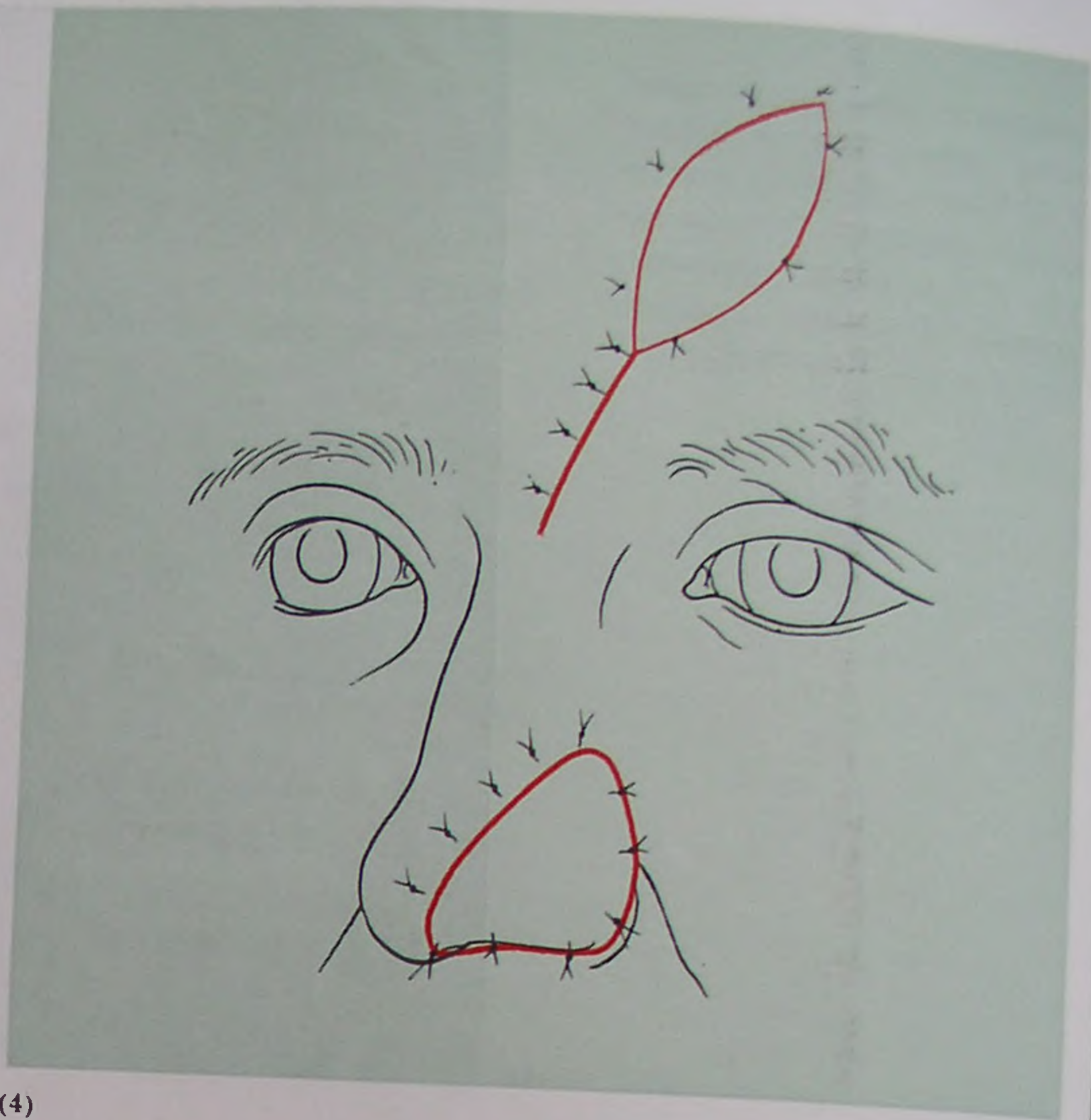
(1)



(2)



(3)



(4)



(5)

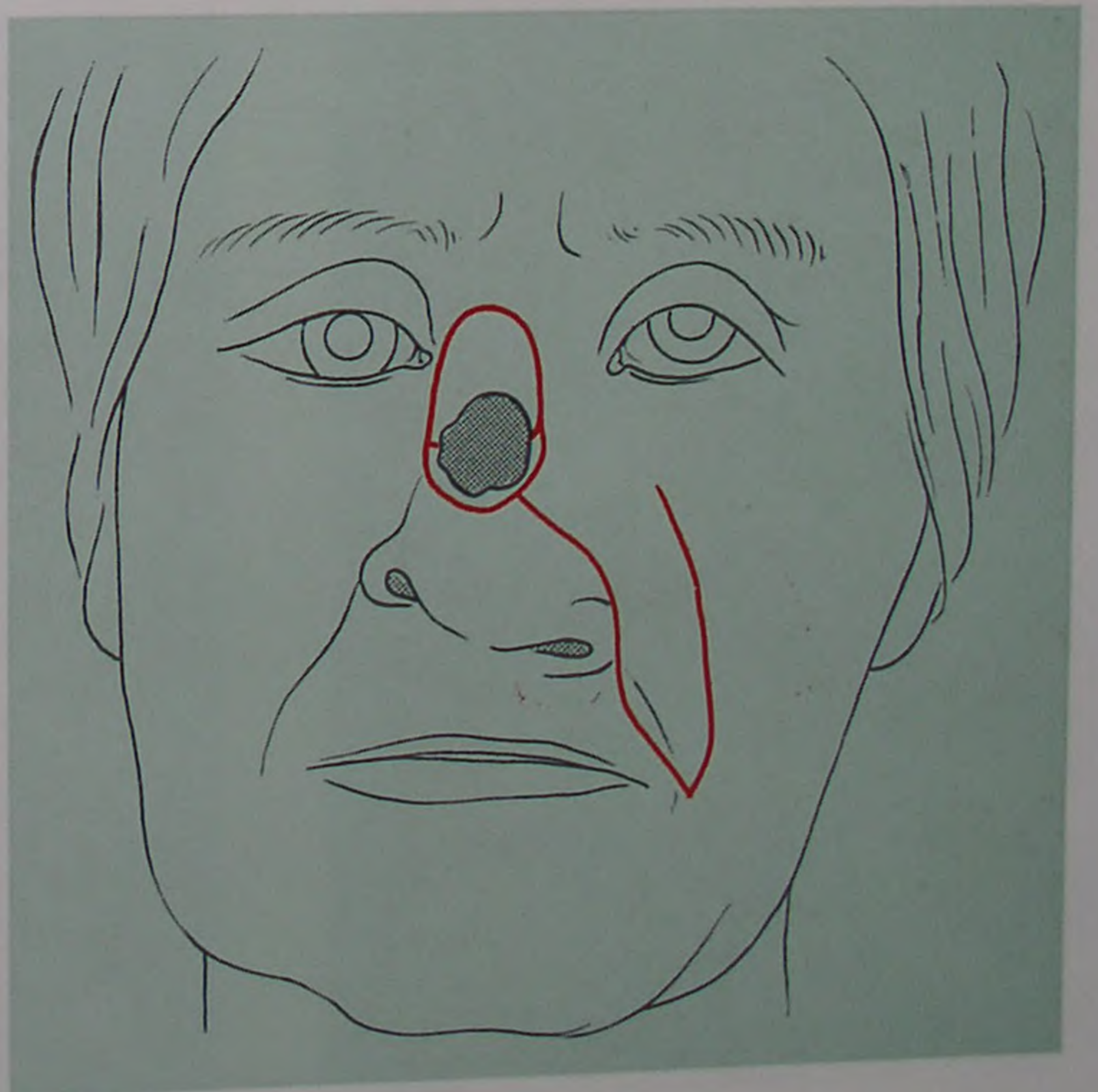
трансплантатов. — 3. Схема отсепаровки лоскута, который через подкожный туннель был подведен и пришит к дефекту. — 4. К краям кожного трансплантата, пересаженного и прижившего на дефекте, возникшем после иссечения артериализированного лоскута, пришиты края кожи лба. — 5. Больная после излечения. Удачно восстановлено крыло носа. Трансплантат в области сближения мобилизованных краев раны. Операция произведена Вацлавом Карфилом.



(1)

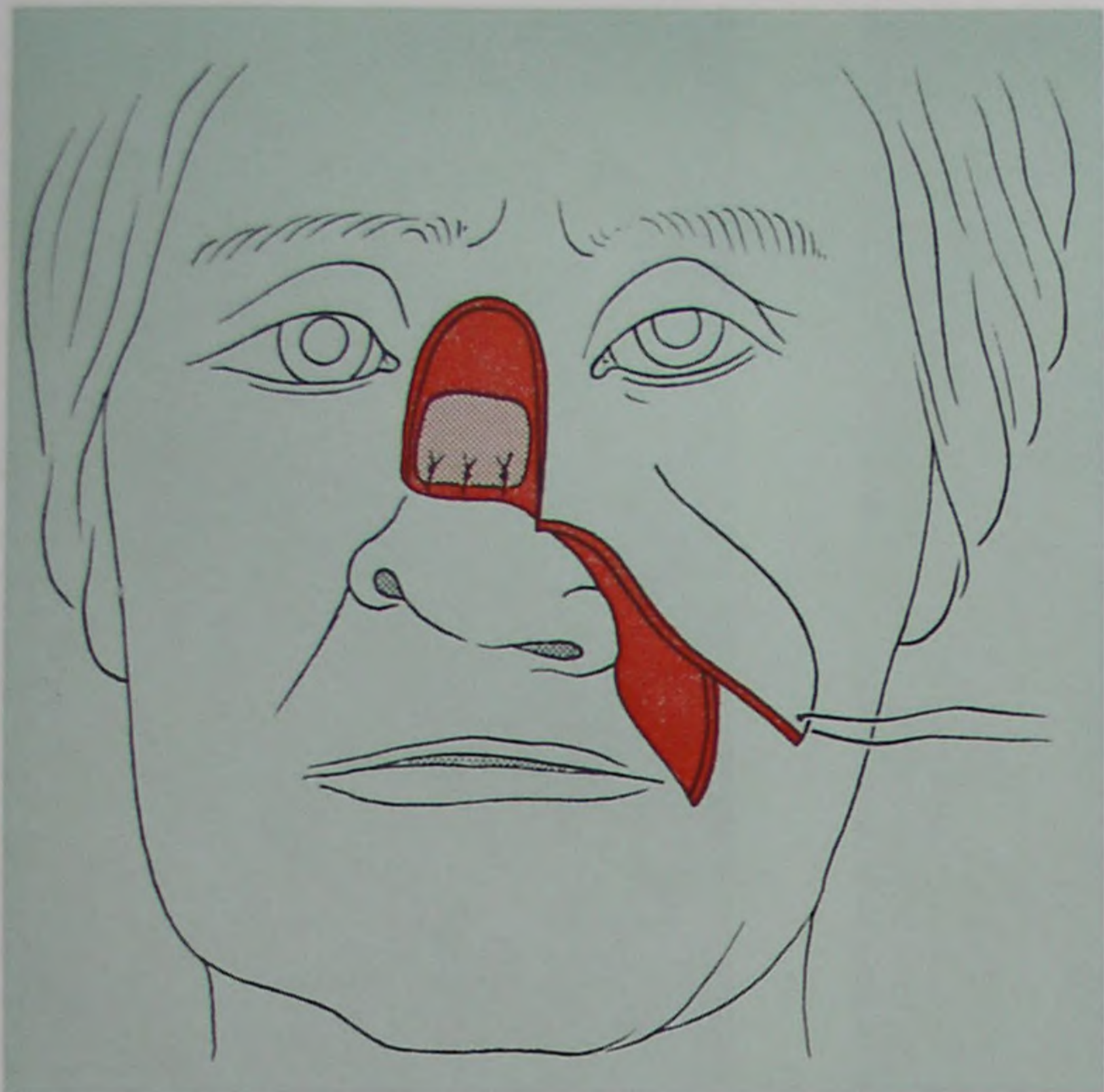
(2)

(3)



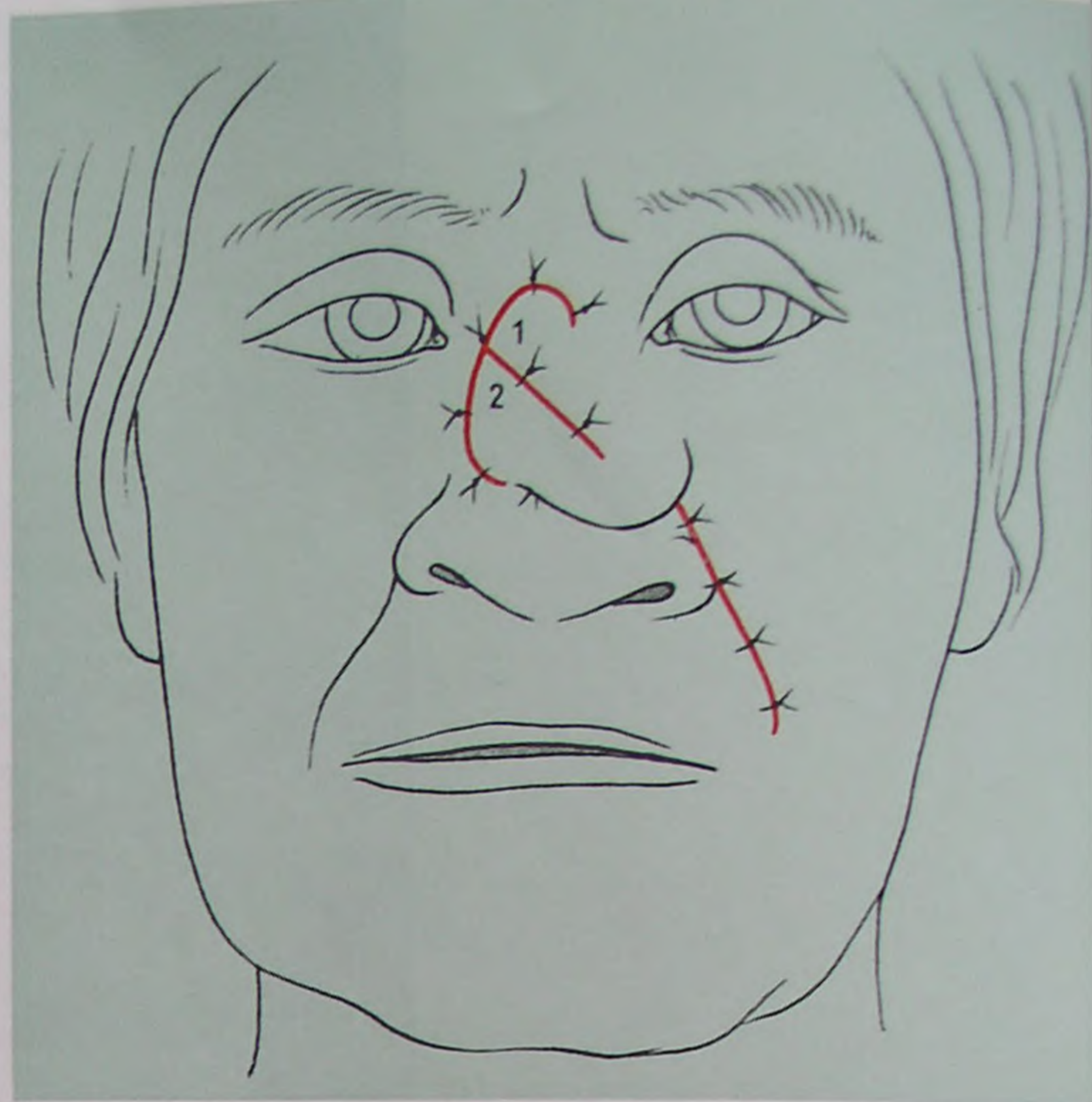
Р И С. 260.

Состояние после открытого перелома носа, возникшего в результате удара копытом лошади. Больная И. Б., 51 год, история болезни № 13 952. 1. Посередине спинки носа имеется отверстие, ведущее в полость носа, диаметром более 1 см, над которым приподнимается возвышение, обусловленное остатками носовых костей. От дефекта на прилежащие участки кожи лучеобразно распространяются сморщенные рубцы, оттягивающие внутренние углы глаз книзу и кнутри. Нижняя часть носа смещена в сторону; в результате этого верхний конец оставшейся спинки носа отпеснен влево, а крыло носа смещено глубоко книзу. — 2. В профиль заметно выстояние остатков носовых костей и глубокий дефект спинки носа. — 3. Схема разрезов. Для создания внутренней оболочки выкраивают лоскут из оставшейся кожи спинки носа, а для восстановления внешнего покрова носа иссекают лоскут по ходу левой носогубной борозды. — 4. Внутренняя оболочка восстановлена путем смещения книзу кожного лоскута. Производят



(4)

отпрепаровку лоскута по ходу носогубной борозды. — 5. Подшивание лоскута к дефекту. Одновременно левое крыло носа приподнимается кверху. — 6. В следующий этап операции распрепаровывают части пересаженного лоскута. Нижняя часть после

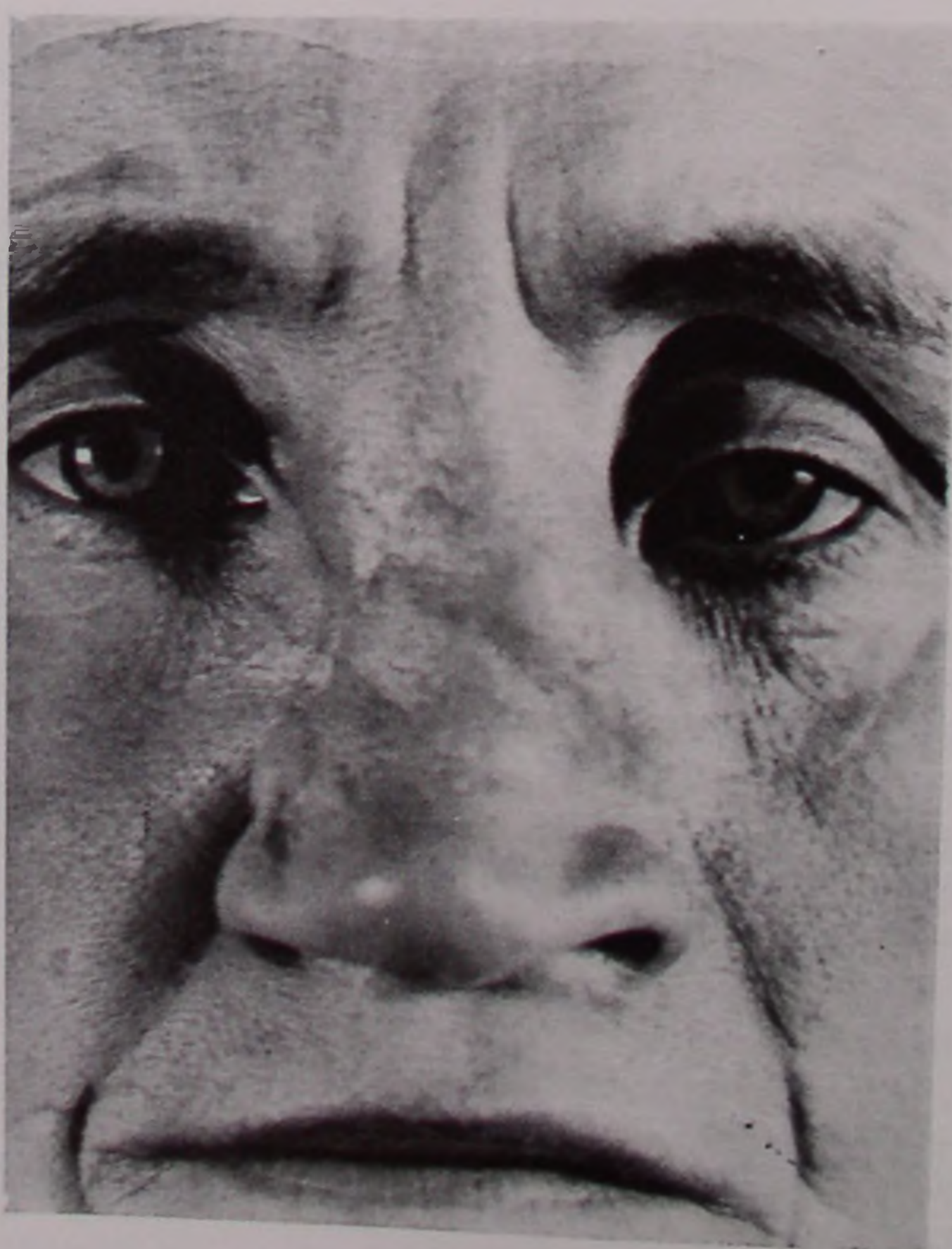


(5)

срезания эпителиального слоя использована для дополнения мягких тканей в области спинки носа, наружная часть распластана для восстановления кожного покрова носа. — 7. Вид после проведения последней операции. — 8, 9. Пересадка брусочка хряща



(6)



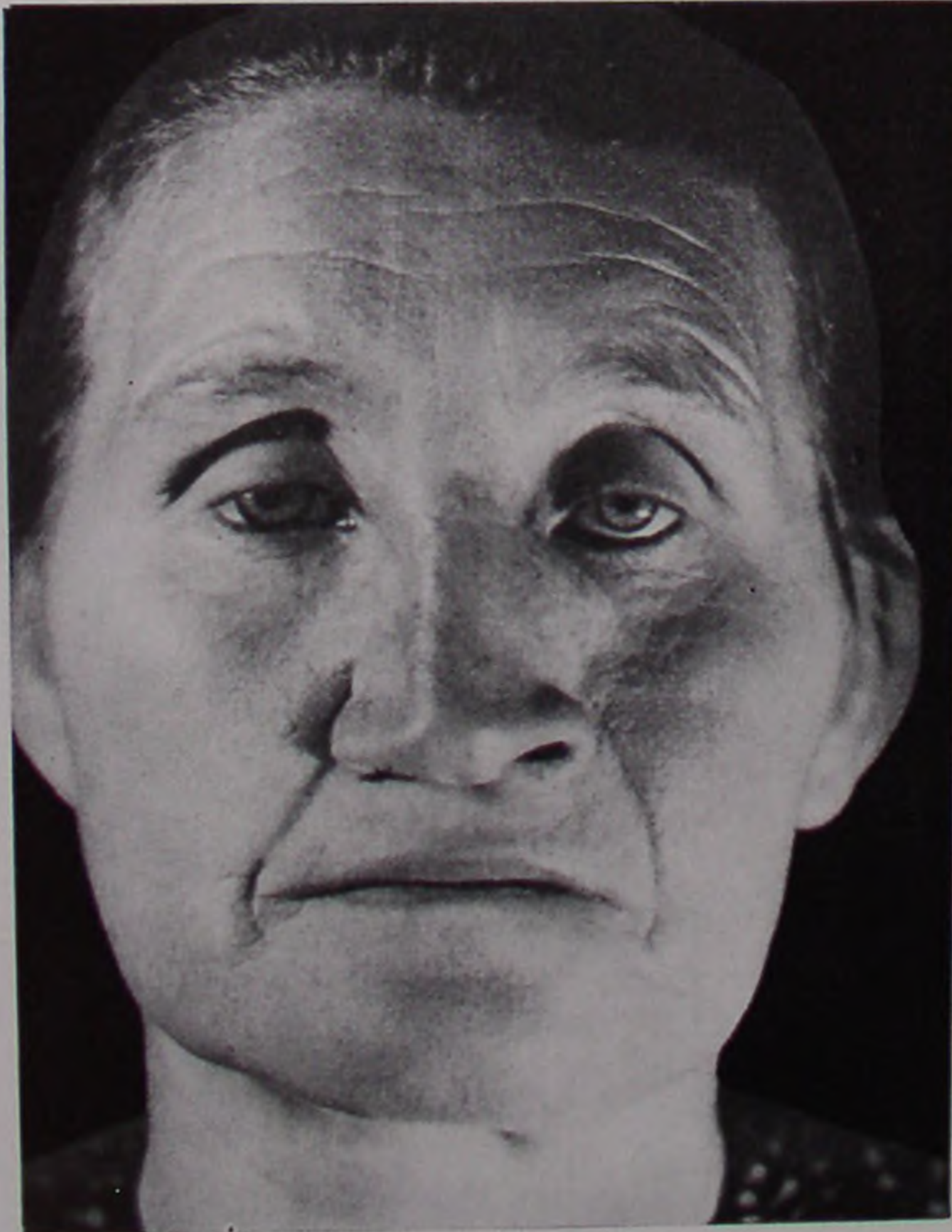
(7)

вырезанного из VII ребра, в целях восстановления спинки носа. На культе носовых костей по средней линии рассечена надкостница и в обе стороны отсепарованы в виде створок лоскуты периоста. Затем с обеих носовых костей удален долотом поверхностный слой костной ткани и на возникшее ложе уложен хрящ, поверх которого надкостница стянута матрацными швами. — 10, 11. Вид больной после проведения ряда дальнейших небольших оперативных вмешательств, прежде всего восстановления правильного положения внутренних углов глаз. Хрящевая пластинка удовлетворительно удерживает форму и положение носа.

(8)



(9)



(10)



(11)



Р И С. 26

(1)

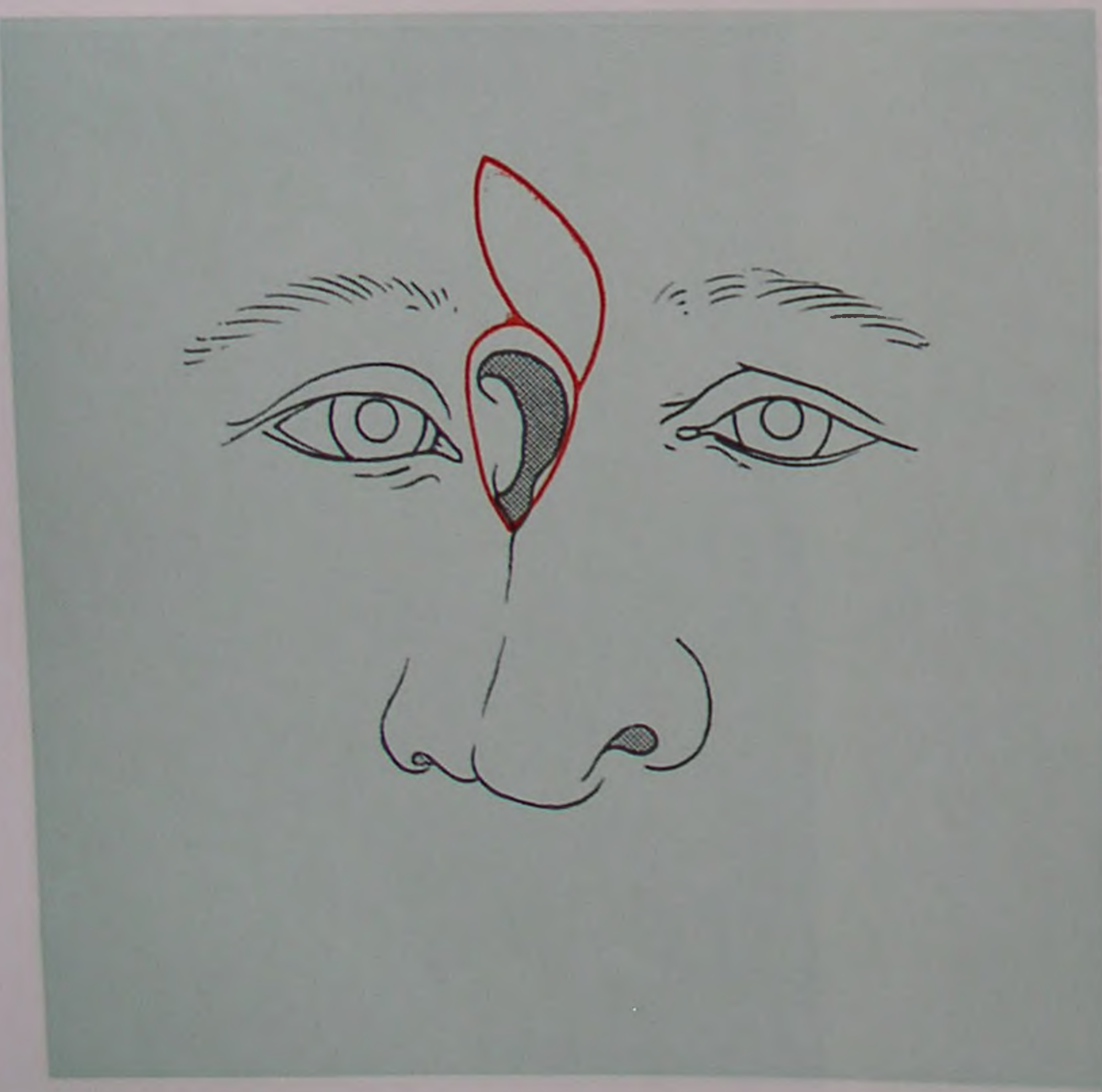
(2)

Обширный травматический дефект правой половины корня носа. Больная Т. К., 64 лет, история болезни № 10 451. 1. Кожа наружного края втянута внутрь. От дефекта отходит ровный рубец, направляющийся по правому скату носа к краю деформированного кончика носа. Крыло носа смещено книзу и наружу. — 2. Сбоку

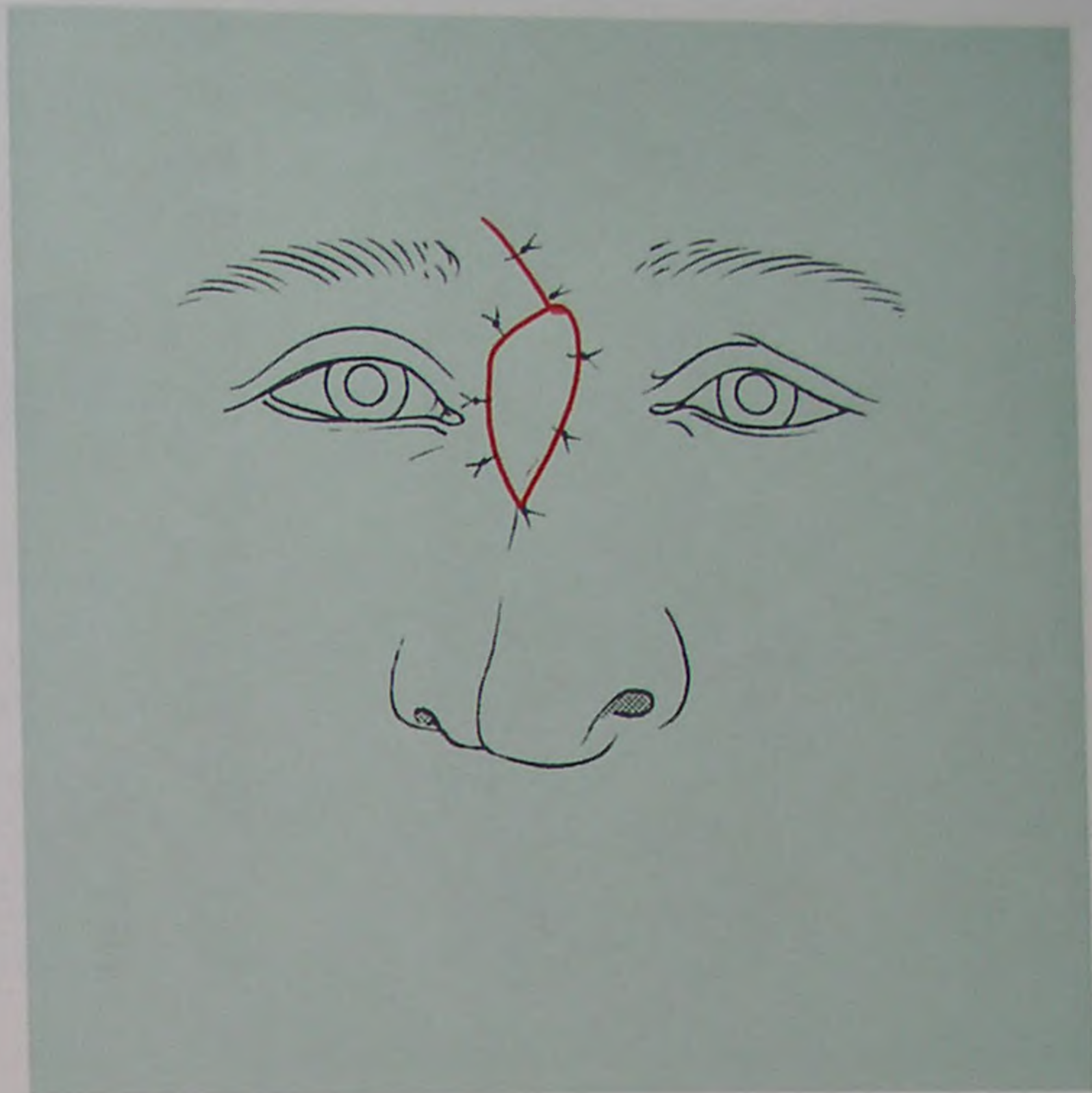
выявляется глубокое западание спинки носа. — 3. Схема разреза. Разрез окаймляет дефект; кожа краев будет использоваться для создания внутренней оболочки. В области надпереносья отмечены очертания артериализированного лоскута. — 4. Восстановлена внутренняя оболочка. В области надпереносья подгото

(3)

(4)

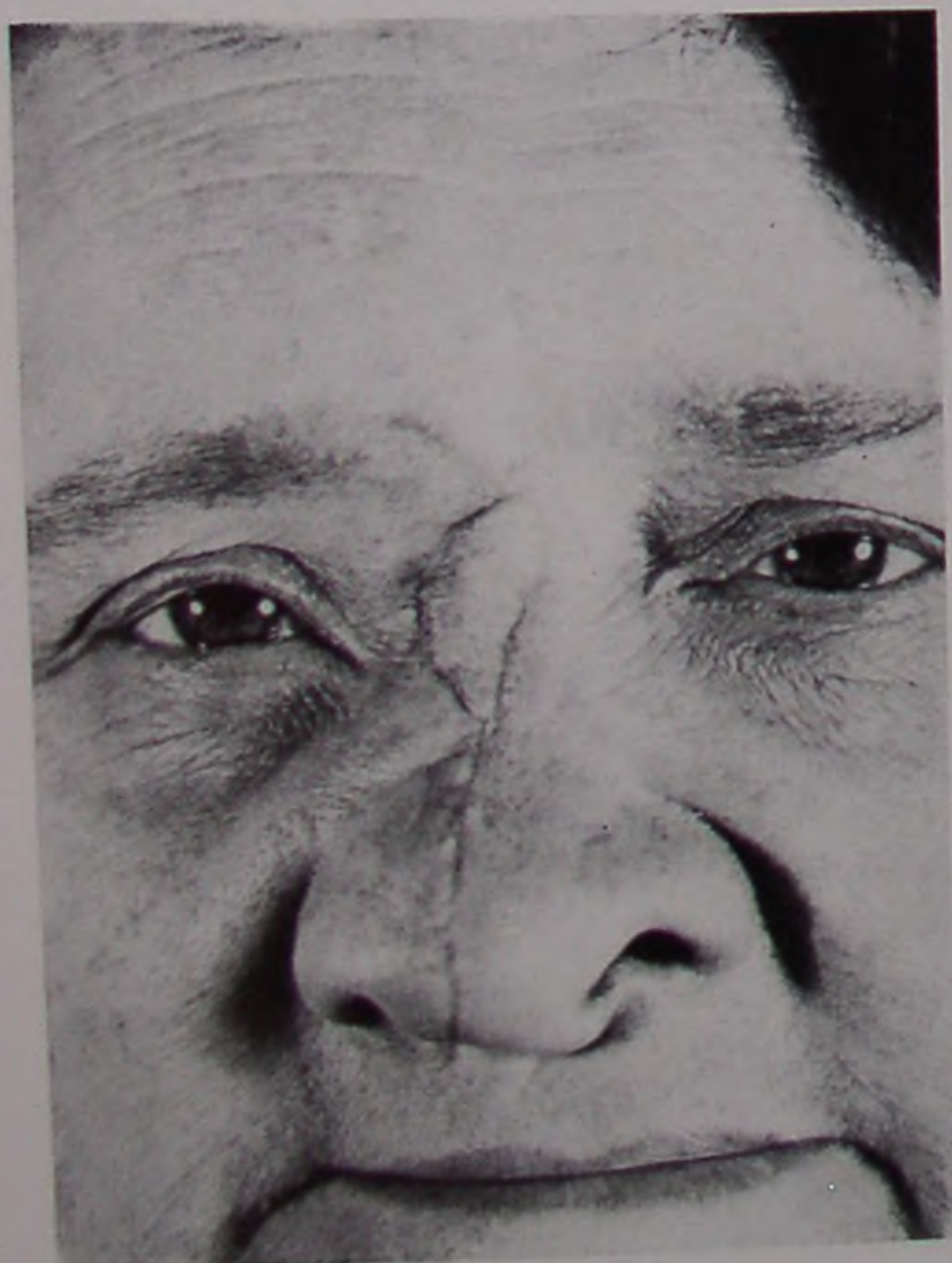


лен артериализированный лоскут на ножке, созданной из подкожной ткани. — 5. Артериализированный лоскут повернут на 180° и вшит в дефект. — 6. Вид после окончания лечения. В дальнейшем была произведена пластика кончика носа и пересажен реберный хрящ, сместившийся в конце концов в результате тяги рубцов в правую сторону. — 7, 8. Больная через 6 лет после операции. Операция была произведена Геленой Пешковой.



(5)

(6)



(7)



(8)





(1)

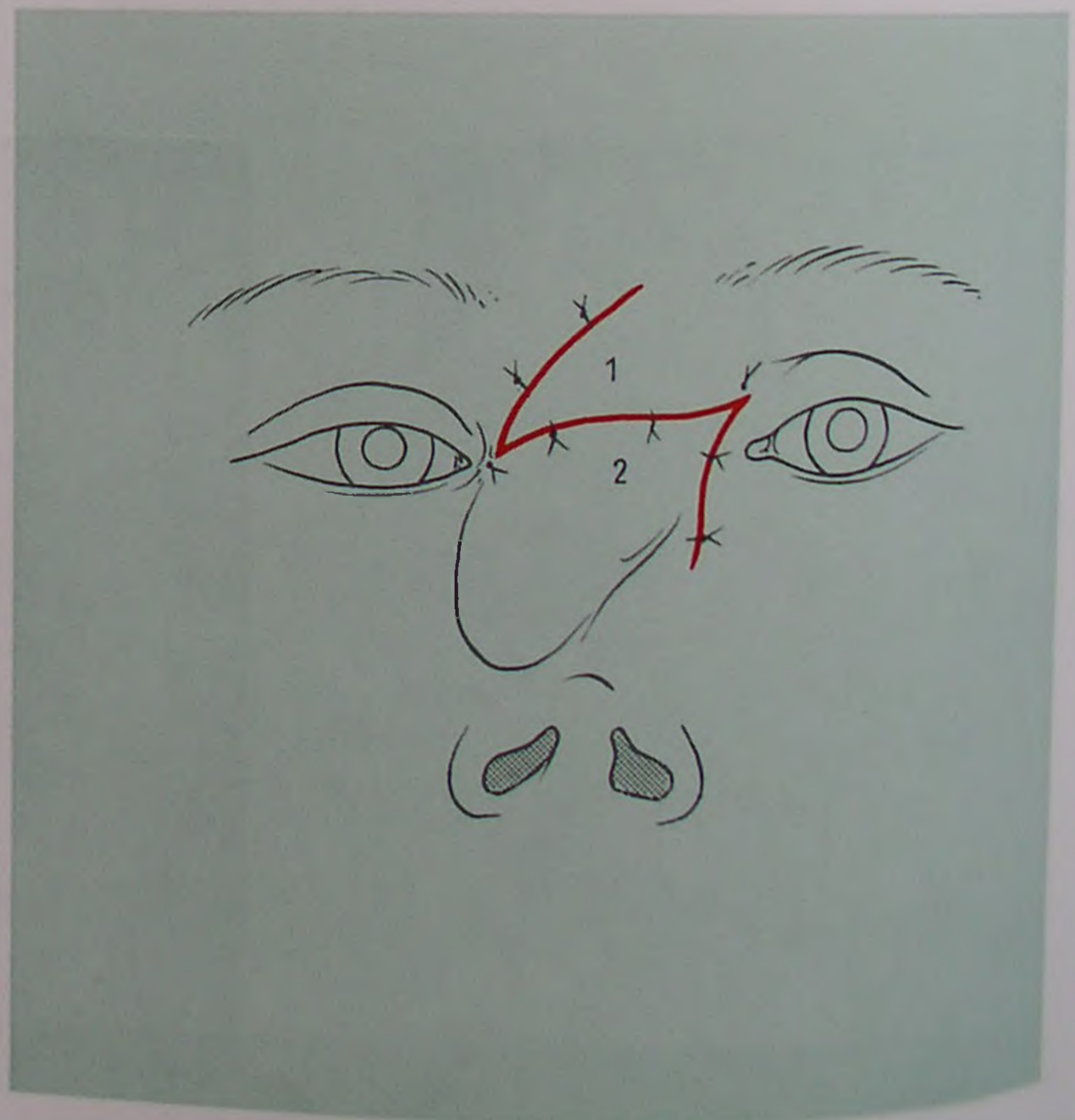
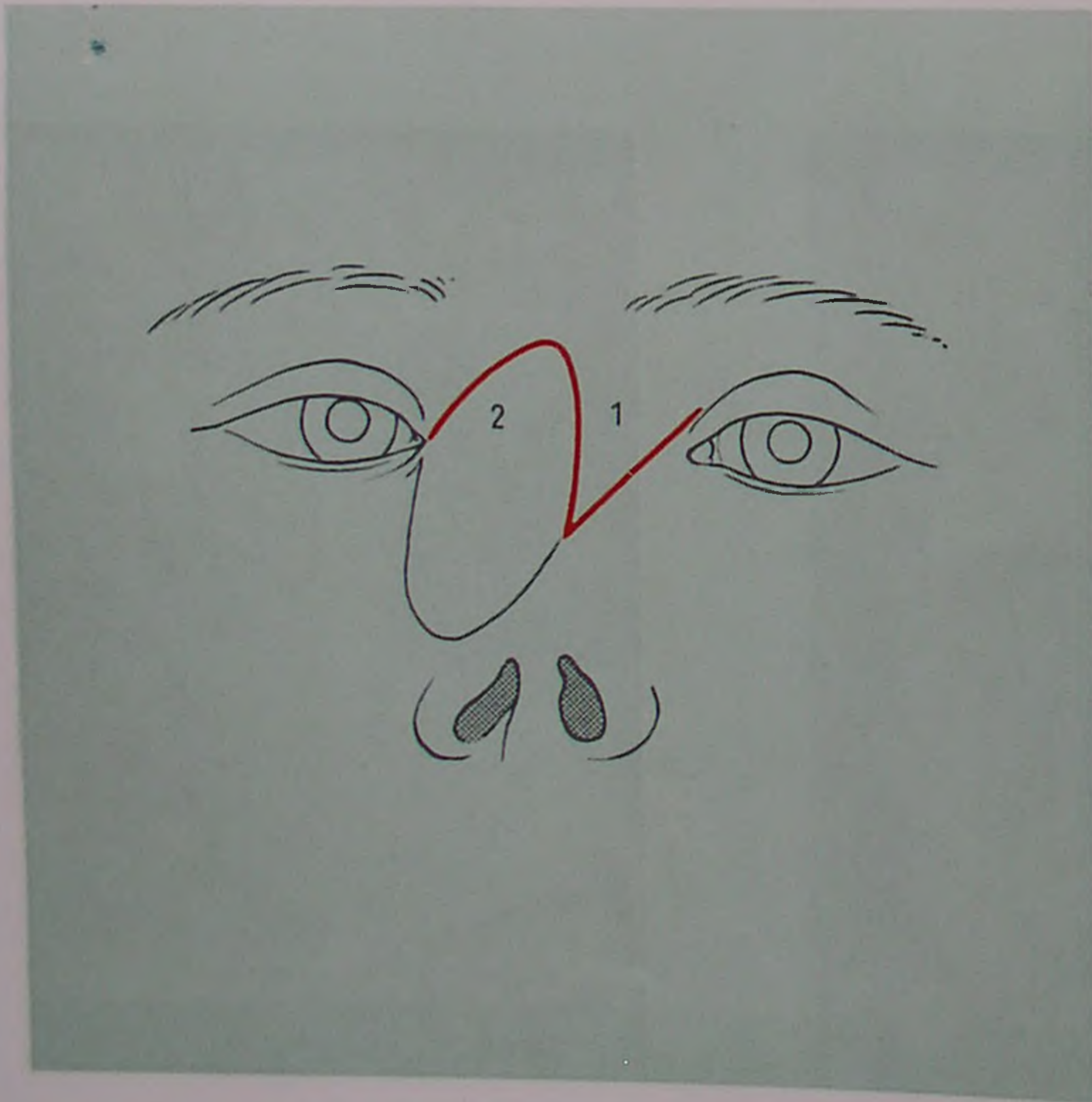
(2)

Деформация носа после тяжелой травмы, перенесенной в детском возрасте. Больной И. К., 20 лет, история болезни № 5227. 1. Резко выраженный седловидный нос, глубокое западание корня носа; кончик носа смещен кверху. Спаянный с переносьем рубец

оттягивает книзу внутренний угол правого глаза. — 2. Подготовлен артериализированный лоскут на левой лобной артерии. — 3. Вид лоскута, прижившего к спинке носа. Лоскут выбухает в виде подушечки. — 4. Выкраивание и перестановка встречных

(3)

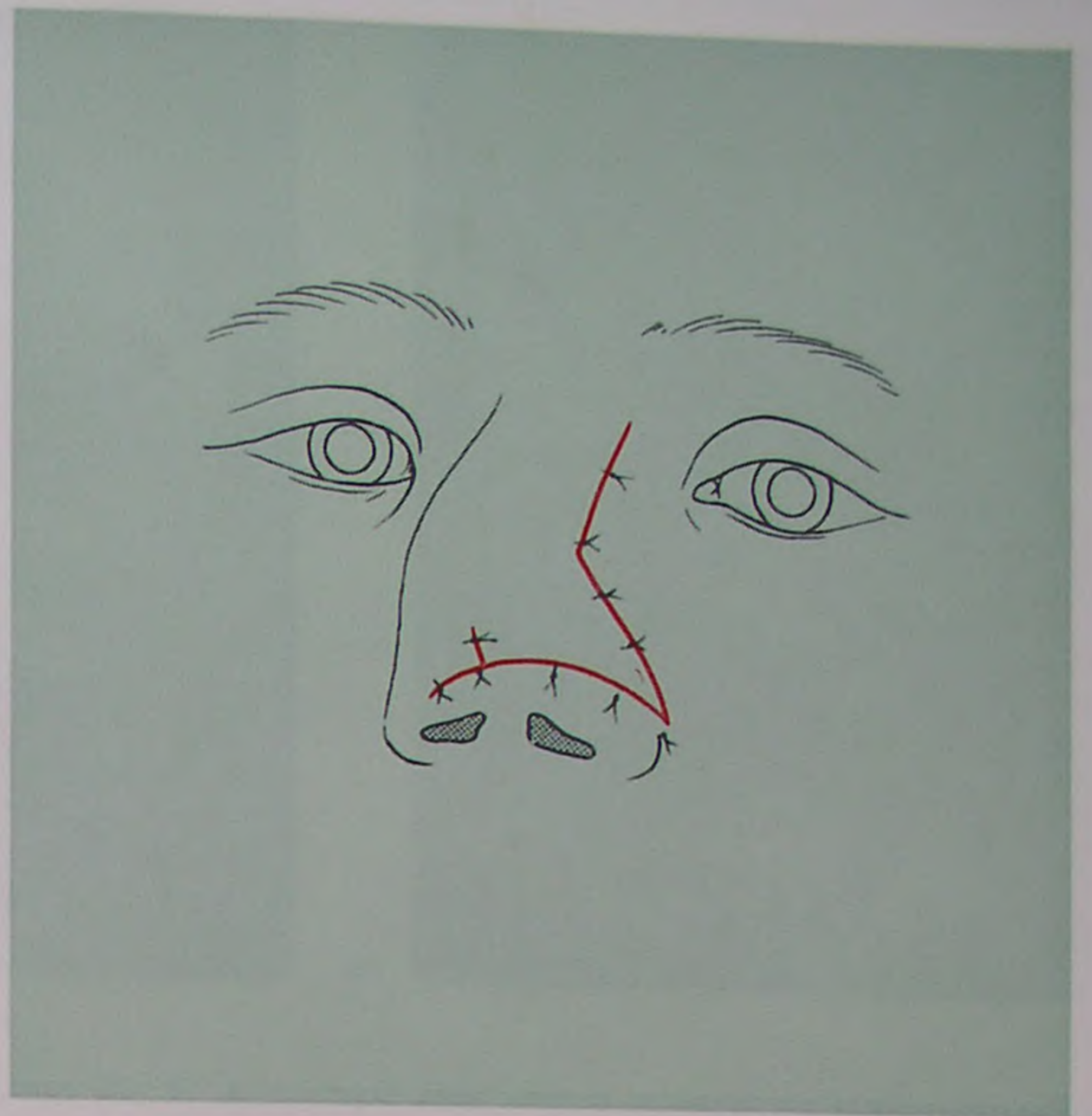
(4)



Р И С. 262.



(5)

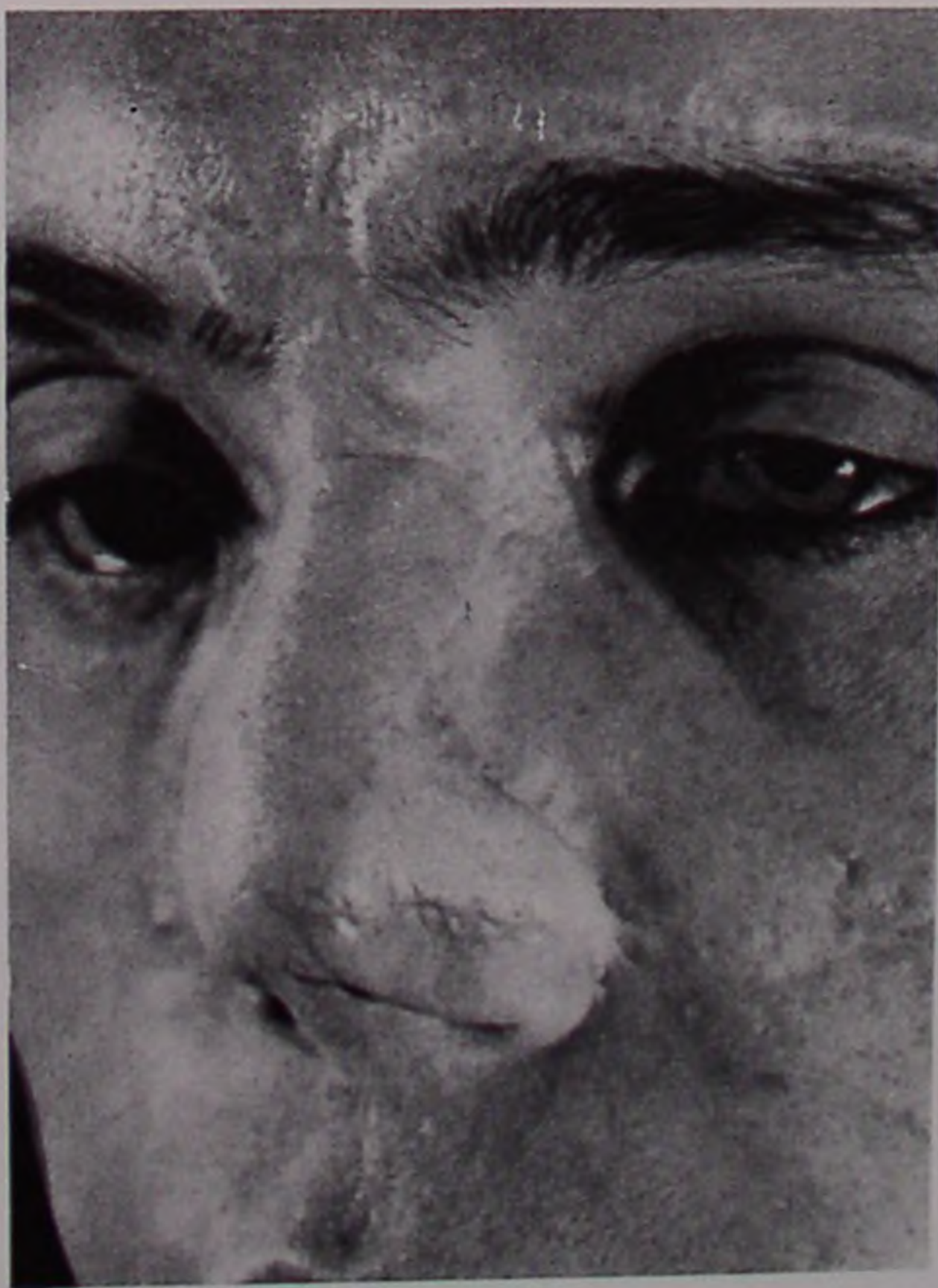


(6)

треугольных лоскутов. — 5, 6. Схема выкраивания нижней части лоскута. Кожный треугольный выступ у левого края артериализированного лоскута перегнут в разрез, произведенный по ходу носогубной борозды. — 7. В результате этих вмешательств кон-

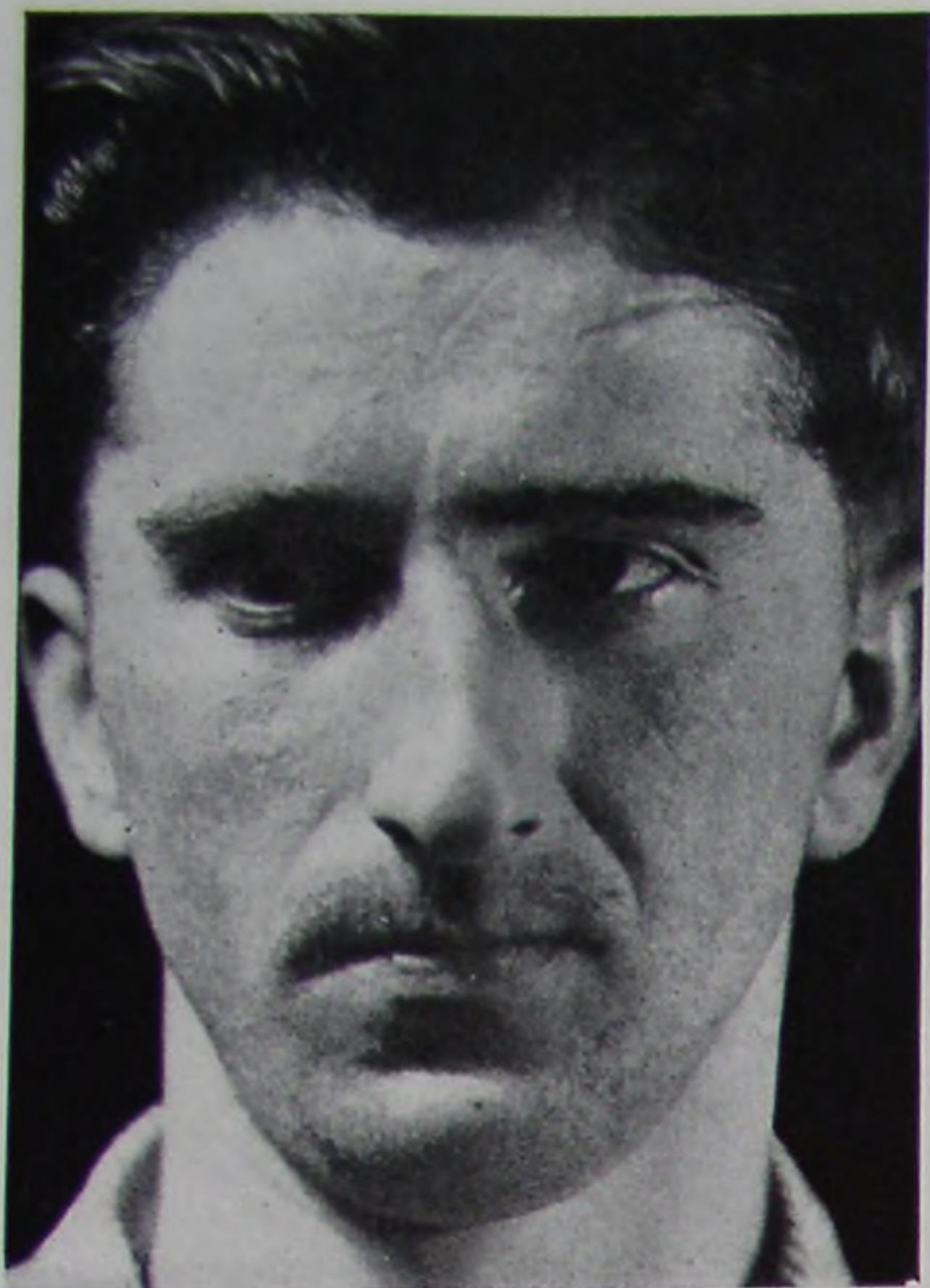
чик носа занял правильное положение. В область спинки носа пересажена пластинка реберного хряща, верхний конец которой укреплен в ямке, выдолбленной в области надпереносья. — 8. Больной через год после излечения.

(7)



(8)





(1)



(2)

Р И С. 263.

Травматическое искривление спинки носа. Больной А. И., 21 года, история болезни № 5321. 1. Несколько лет тому назад больной получил травму, в результате которой наступило дугообразное

искривление спинки носа. — 2. Больной после четырехкратной остеотомии, редрессации и трехнедельной фиксации в гипсовой повязке. Операцию произвел Зденек Кунц.

Сложная деформация носа после автомобильной аварии. Больная А. И., 42 лет, история болезни № 10 215. 1, 2. Костный скелет носа сильно выгнут в левую сторону. В хрящевом отделе над

кончиком носа имеется вдавление. Носовая перегородка выгнута в левый носовой проход. На костном отделе спинки носа выявляются неровности, на коже расположен рубец неправильной



(1)



(2)

Р И С. 264.

формы. — 3, 4. Больная после подслизистой резекции носовой перегородки, четырехкратной остеотомии и редрессации боковых скатов носа.



(3)



(4)

Р И С. 265.

Сложная посттравматическая деформация носа. Больной В. В., 22 лет, история болезни № 1936. 1. Ось носа изогнута в виде буквы «S». В области носовых костей с левой стороны выявляется

выступ. Носовая перегородка изогнута, в результате чего затруднено носовое дыхание. Была произведена подслизистая резекция носовой перегородки, снесение костного выступа, выравнено искривление носа и утончение его крыльев. — 2, 3. Достигнут вполне удовлетворительный результат, хотя спинку носа и не удалось полностью выравнять.

1)



(2)



(3)



ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ

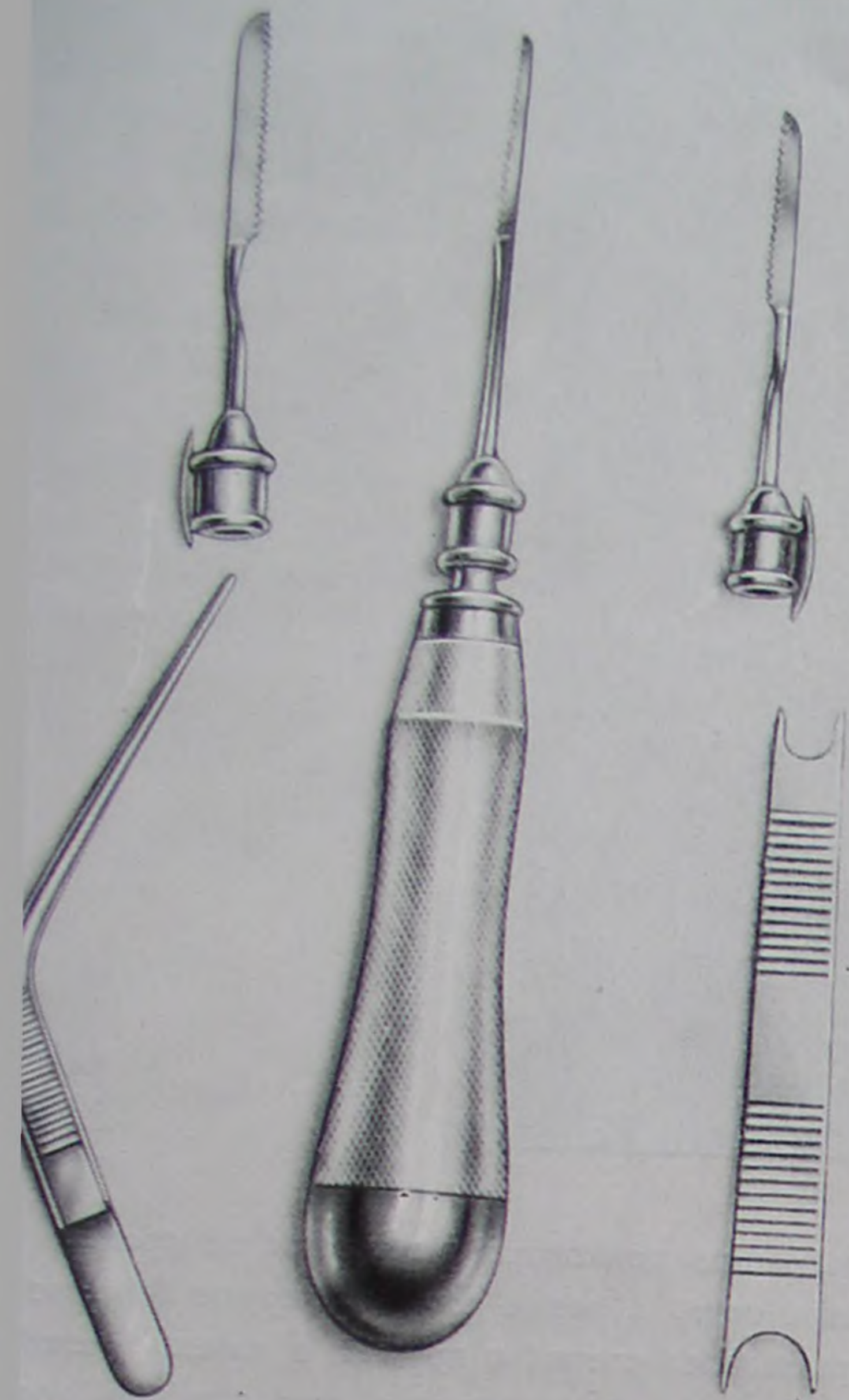
При изменениях внешнего вида носа трудно провести точную границу между косметическими недостатками и истинными деформациями.

Восстановительные операции при деформациях носа часто бывают весьма сложной задачей. Следует провести тщательный анализ деформации, решить вопрос о том, каково должно быть соотношение между носом и остальным лицом и на основании этого принять решение относительно того, сколь большое вмешательство следует нам произвести на носу у больного. Превращение бросающегося в глаза носа в совершенно нормальный нос может повлечь за собой изменение характерного выражения лица. При операциях по поводу увеличенного носа меньшей ошибкой будет незначительное удаление излишка тканей, чем удаление чрезмерно большой части носа.

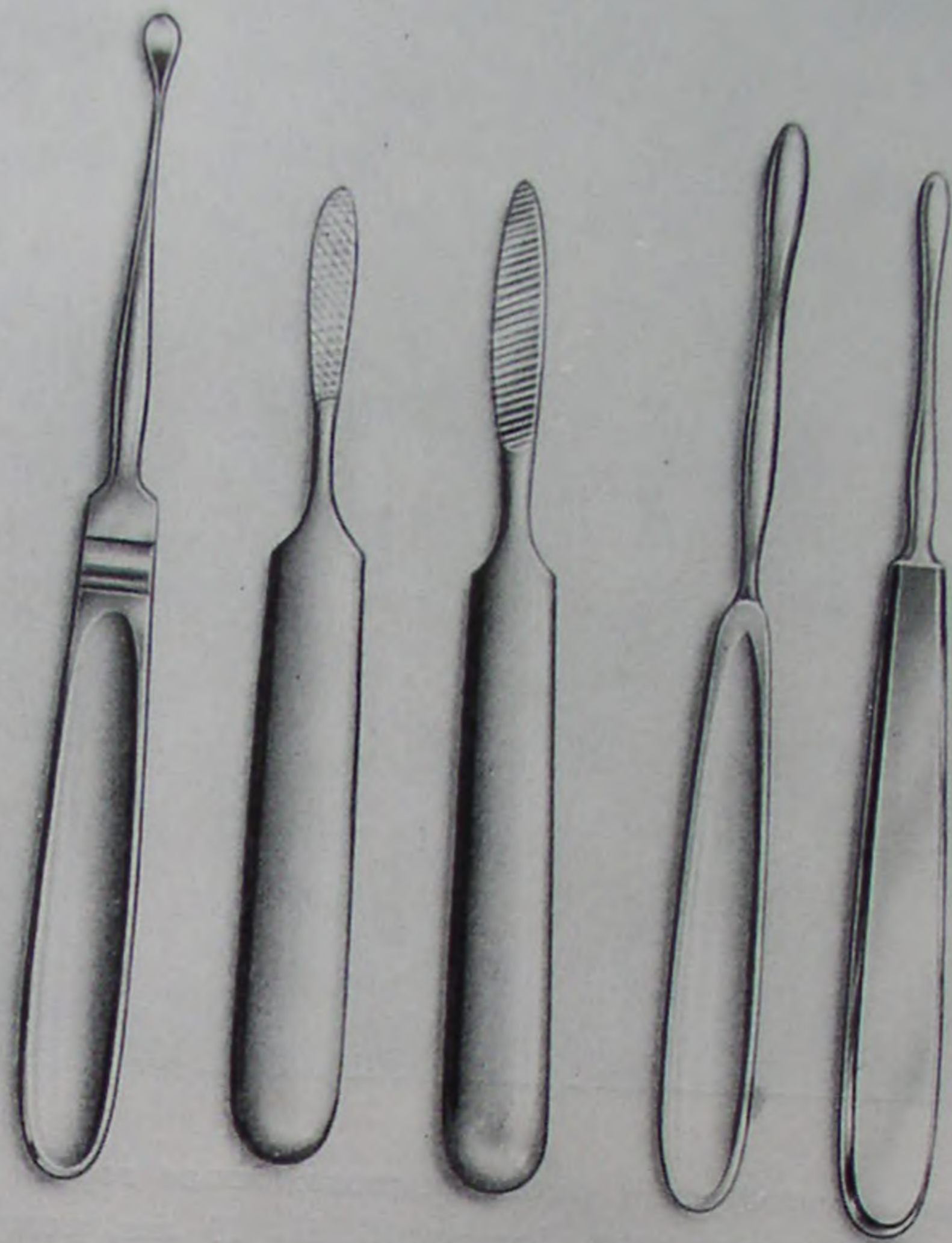
Операции следует производить очень осторожно, особенно работая в области кончика и крыльев носа, где легко возникают и длительно персистируют послеоперационные отеки, обладающие тенденцией к переходу в стойкие склеротические утолщения.

Необходимо завоевать доверие больного, все ему объяснить, не обнадеживать его чрезмерно и указать на возможную неудачу хирургического вмешательства. Особенно осторожным следует быть с людьми, требующими оперативного вмешательства по поводу весьма незначительных или даже воображаемых деформаций.

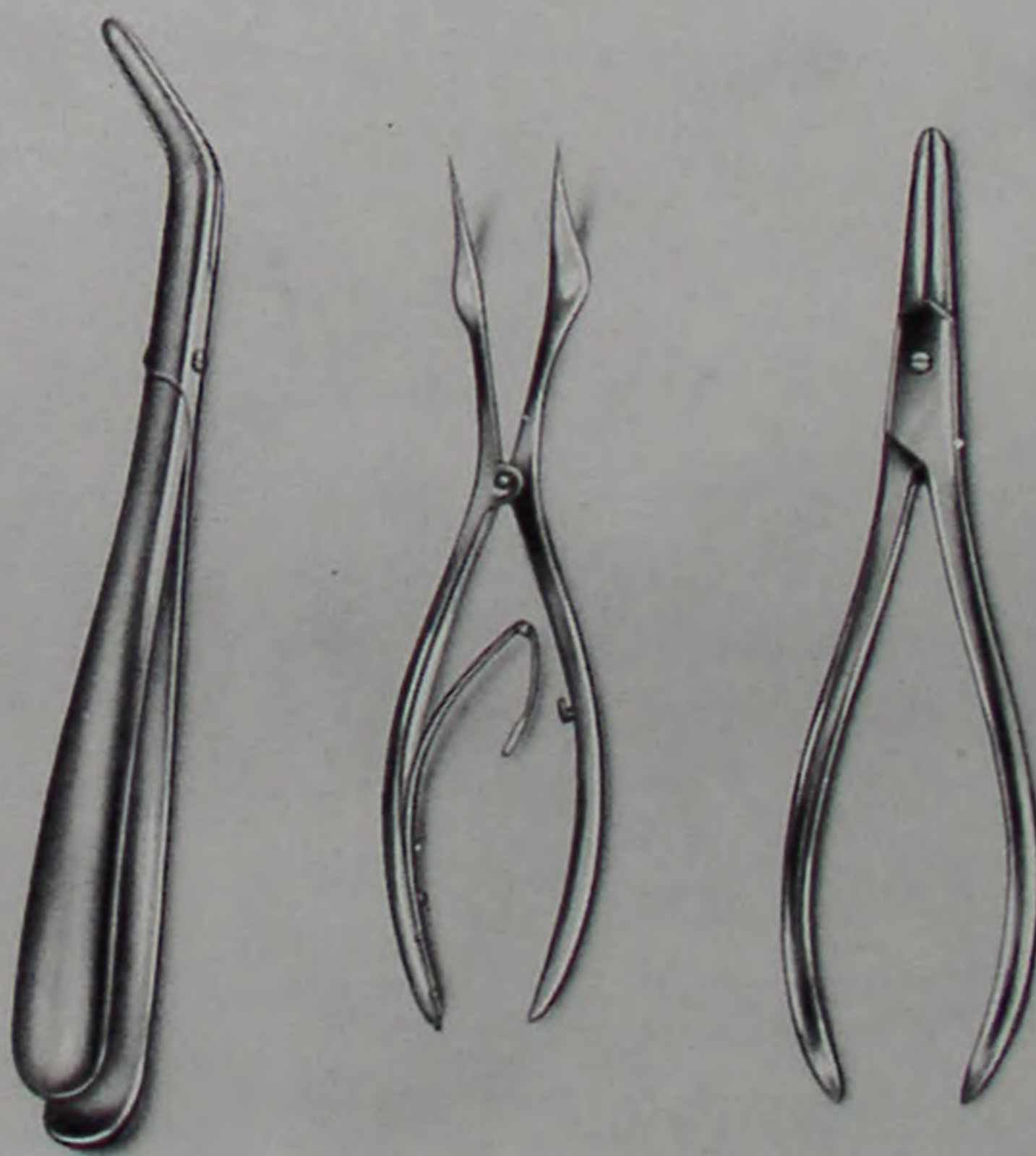
Тщательный уход за больным необходим и в послеоперационном периоде: следует очень осторожно удалять тампоны и проводить туалет носовых ходов. Ванны и компрессы с настоем ромашки ускоряют исчезновение отеков (р и с. 266—278).



(2)

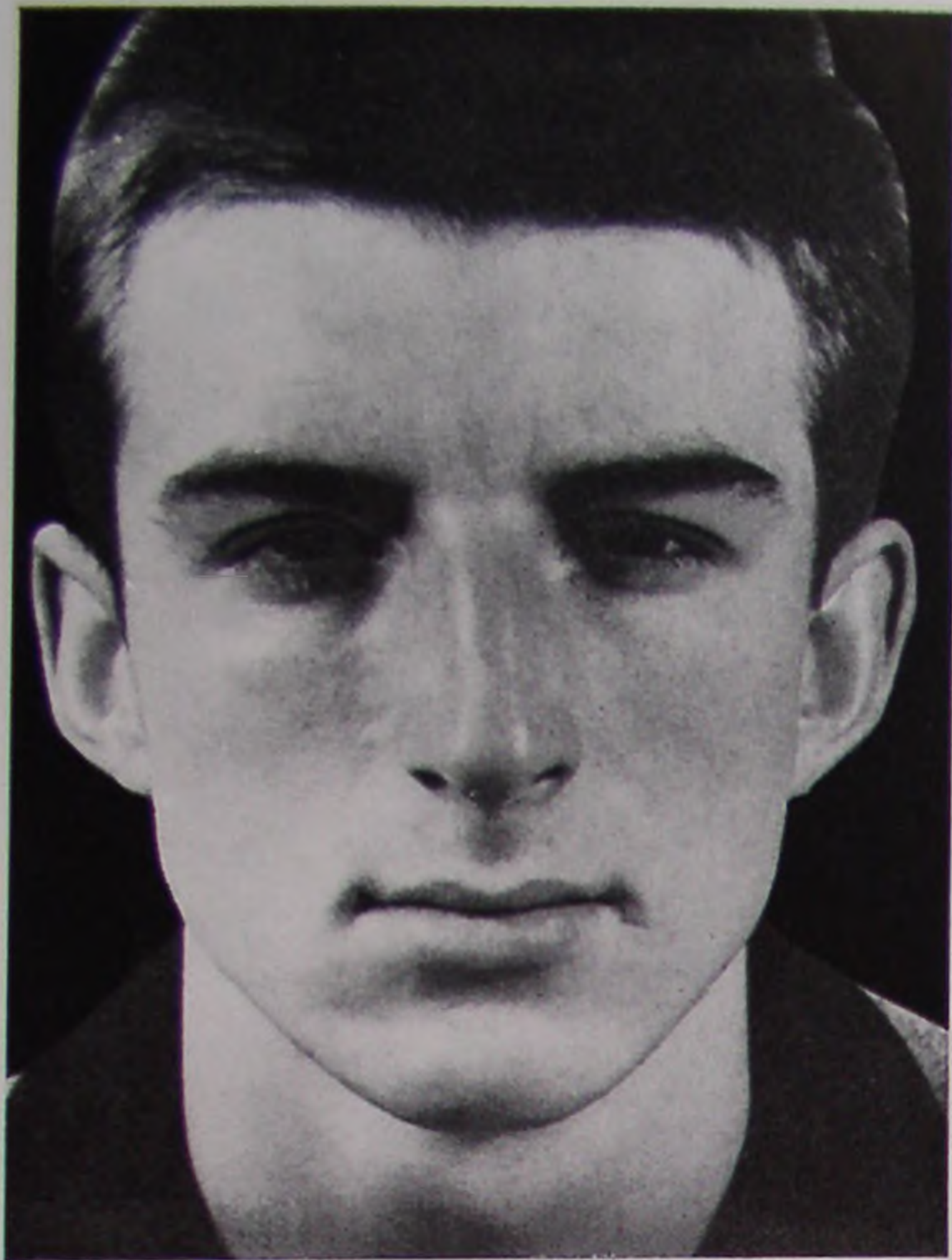


(3)



266.

ные инструменты, применяемые при операциях на ске-
 . 1. Ручка для носовой пилки с вставленной ровной
 ; обеих сторон пилы расположены штыкообразные пилки
 ой и левой стороны. Обыкновенный носовой пинцет
 аский носовой расширитель. — 2. Острая ложка, гру-
 нкий рашпиль, распаторий, элеваторий. — 3. Загнутые
 костные щипцы; между ними носовое зеркало.



(1)



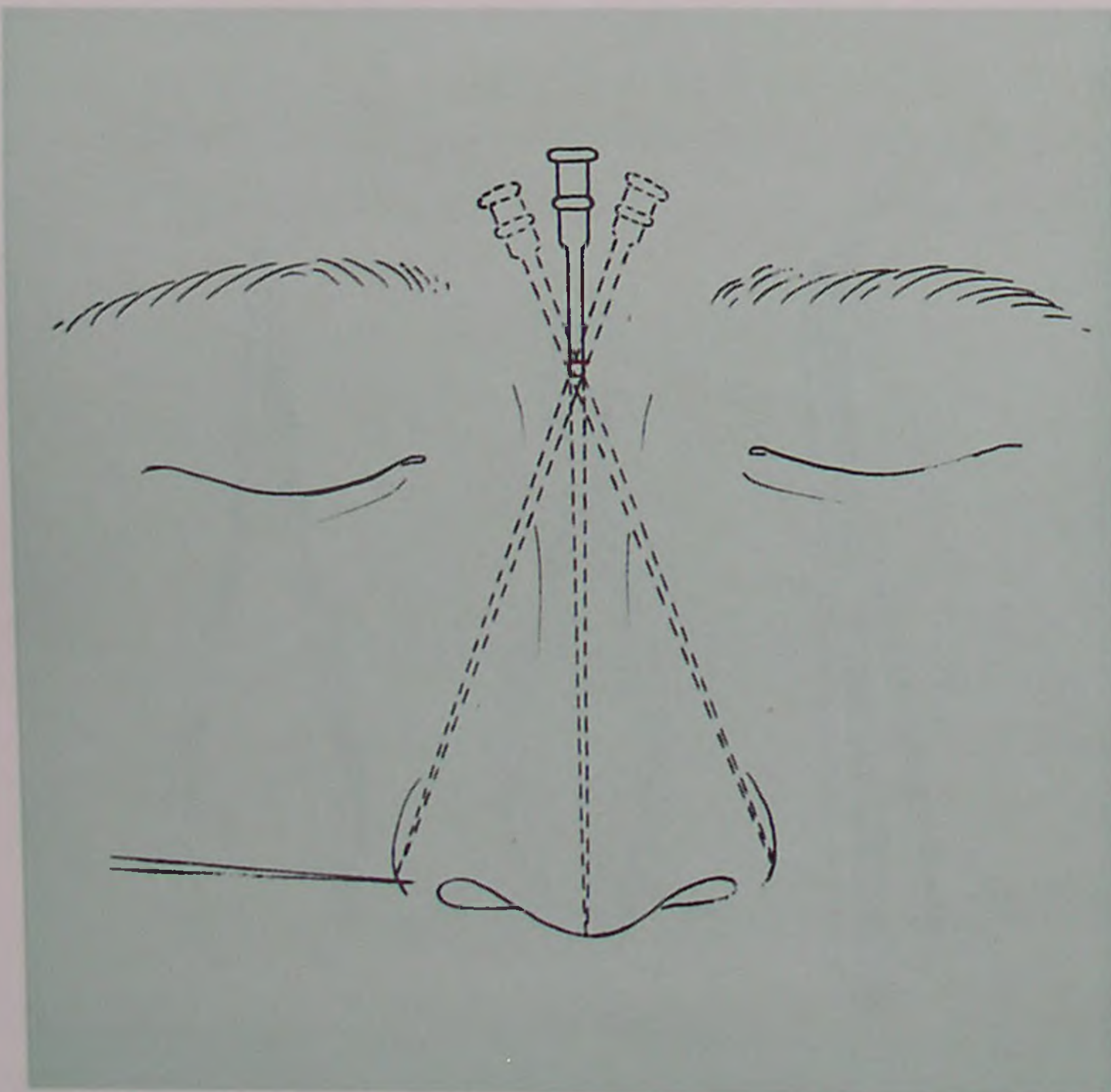
(2)

Р И С. 2

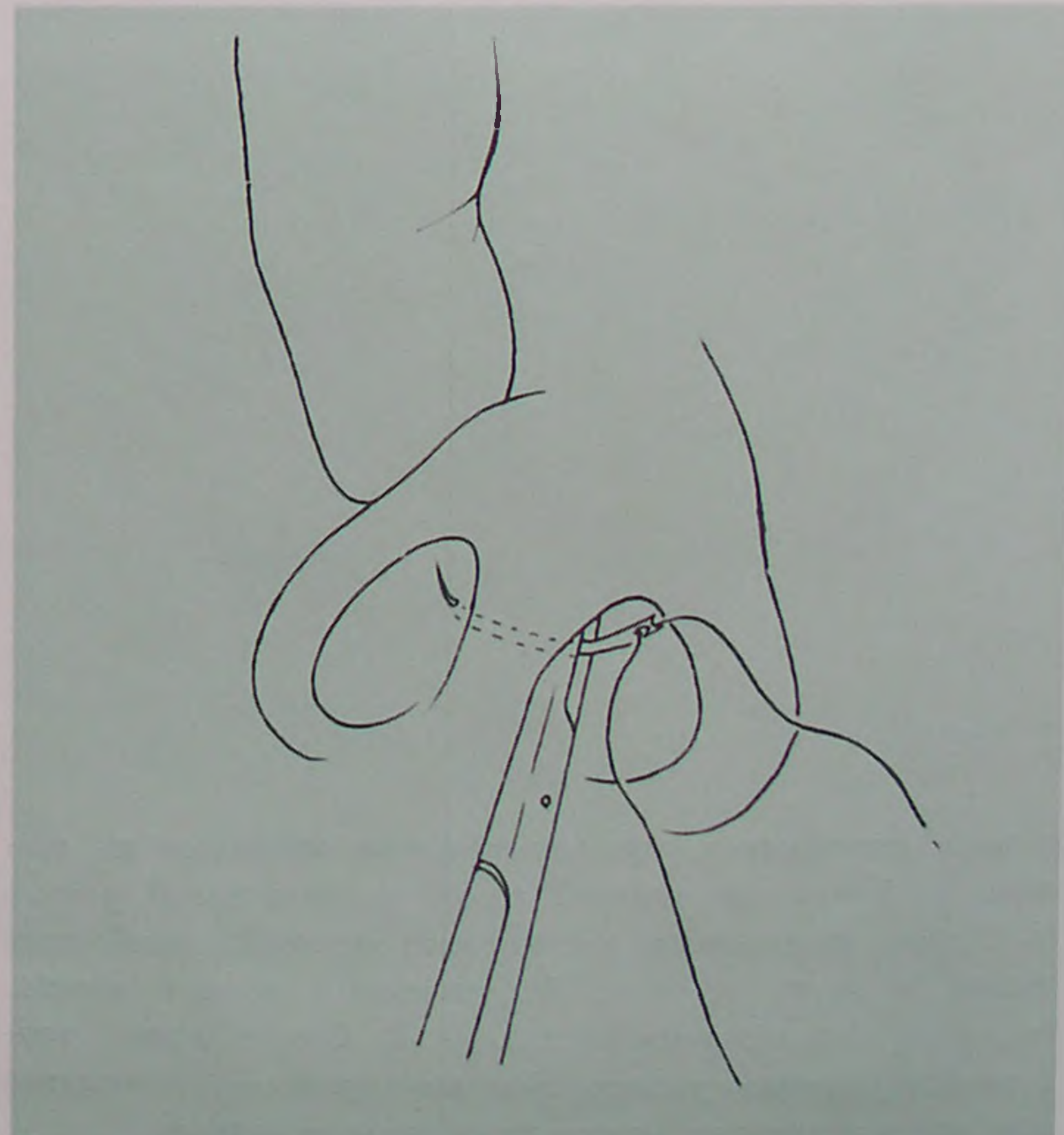
Чрезмерно большой нос с высоко расположенным горбом на довольно узкой спинке носа. Больной Б. П., 19 лет, история болезни № 48 026. 1, 2. Легкое искривление носа в левую сторону. — 3. Схема обезболивания. На схеме видно положение иглы, вколотой в область надпереносья, через которую вначале произ-

водят инфильтрацию подкожной клетчатки по средней линии самого кончика носа, а затем инфильтрируют боковые скаты основания крыла носа сперва с правой, а затем с левой стороны. Второй укол делают в преддверии под крылом носа, отсюда вводят раствор анестетика в область ноздрей, носовой перегородки

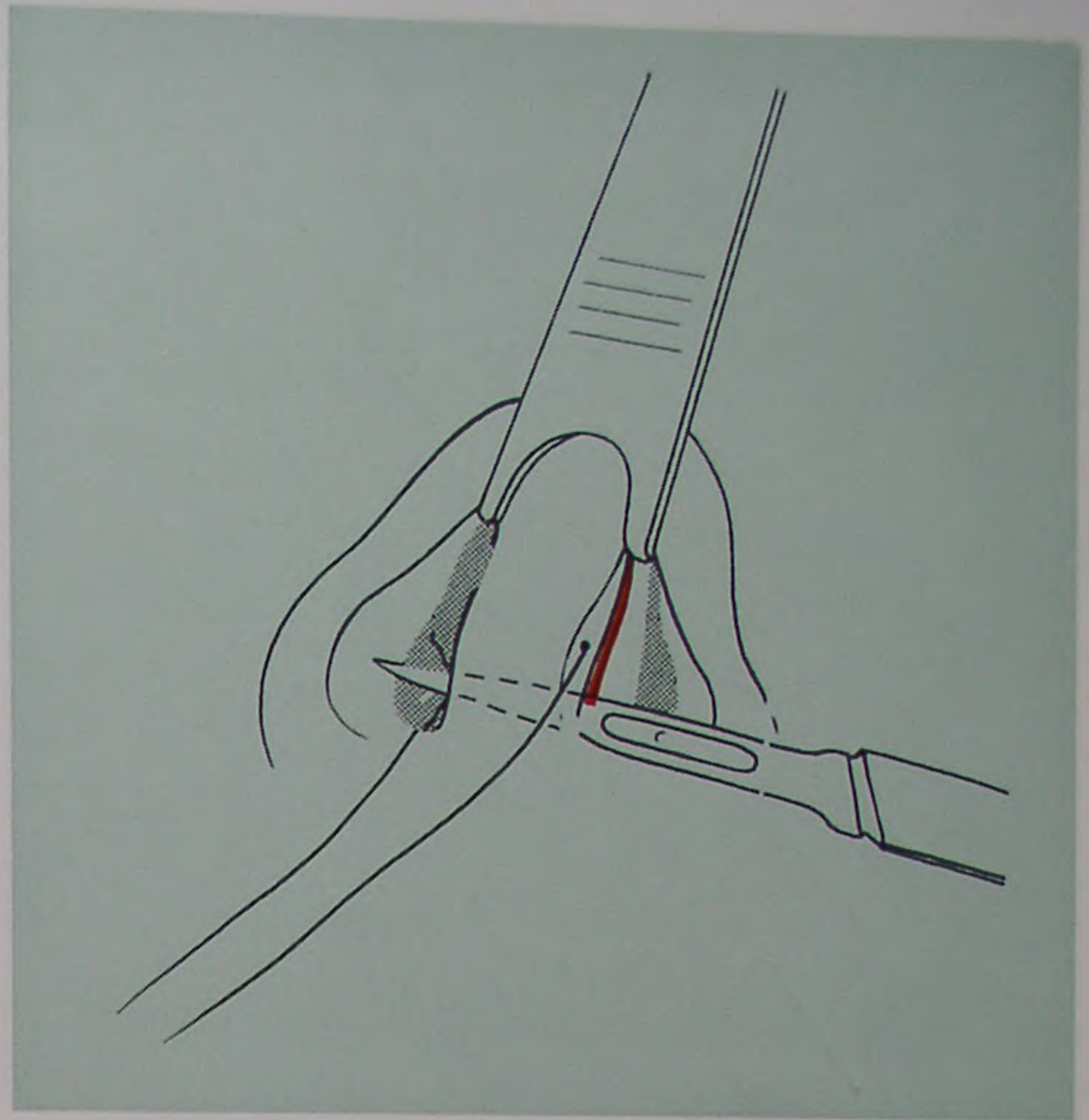
(3)



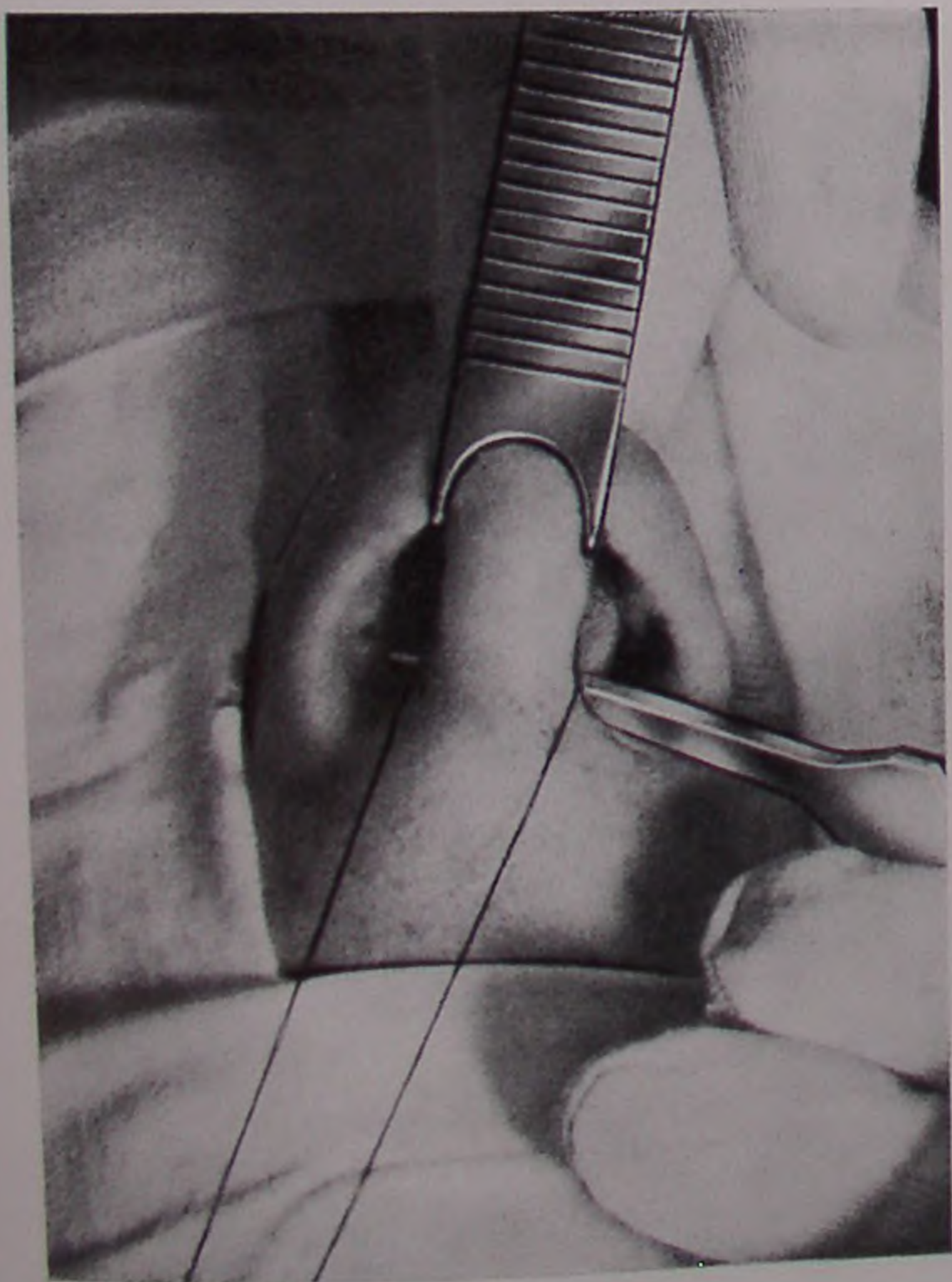
(4)



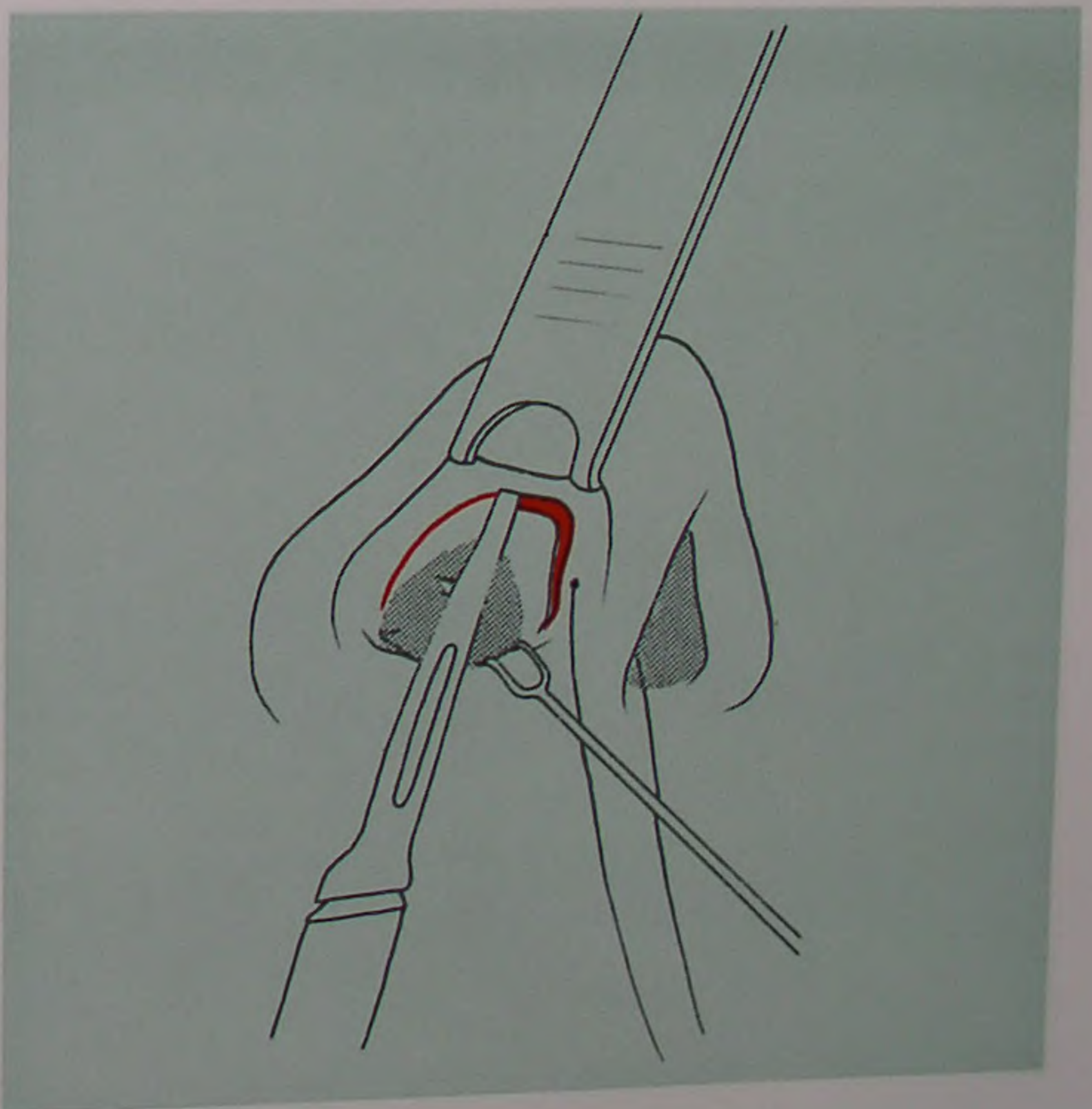
и второго крыла носа. В носовые проходы вводят ватные тампоны, пропитанные 5% раствором кокаина. — 4. Проведение толстой нейлоновой нити приблизительно через середину кожной части носовой перегородки. Эта нить помогает во время операции правильной ориентации. — 5, 6. Натягивая нить, пронизывающую носовую перегородку, производят транссептальный разрез, идущий от передней носовой ости к переднему углублению преддверия носа. Проходит этот разрез параллельно нижнему краю носовой перегородки, располагаясь на 4–6 мм выше ее основания. — 7. В переднем углублении преддверия носа разрез переходит на внутреннюю оболочку крыла носа и рассекает снаружи кожу хряща кончика носа параллельно ее нижнему краю на расстоянии приблизительно 6–8 мм. — 8. То же самое производят



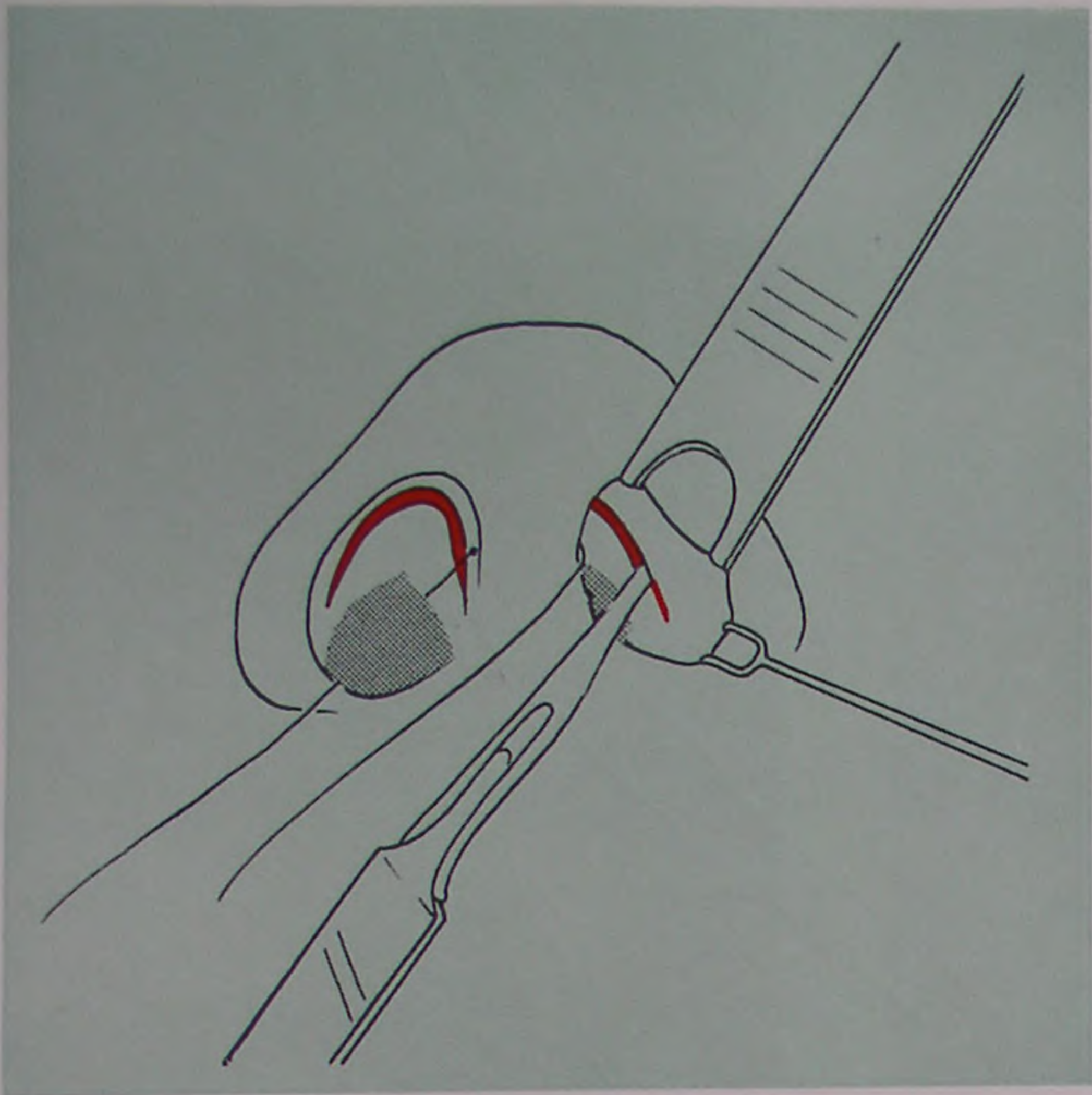
(5)



(6)

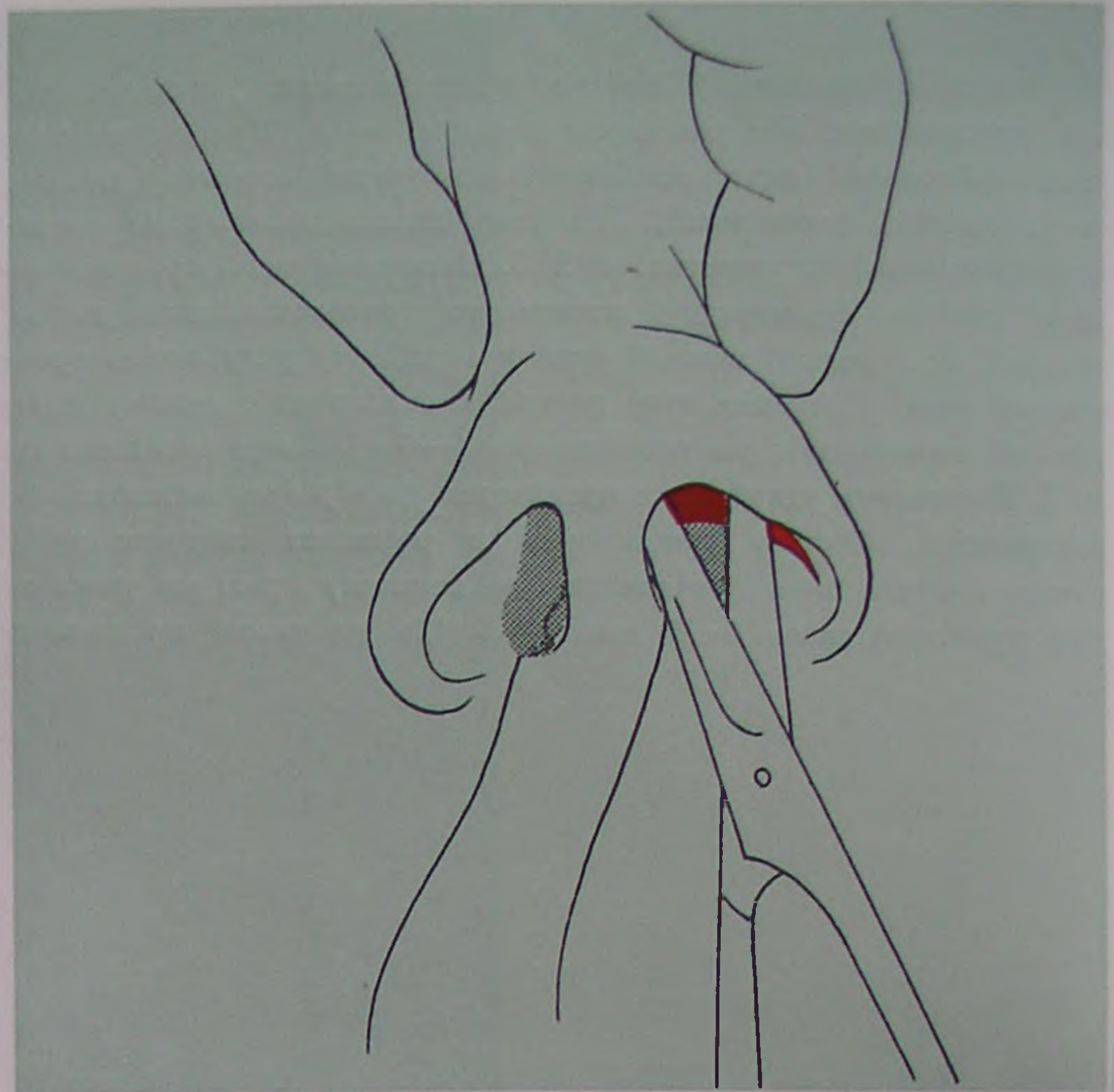


(7)



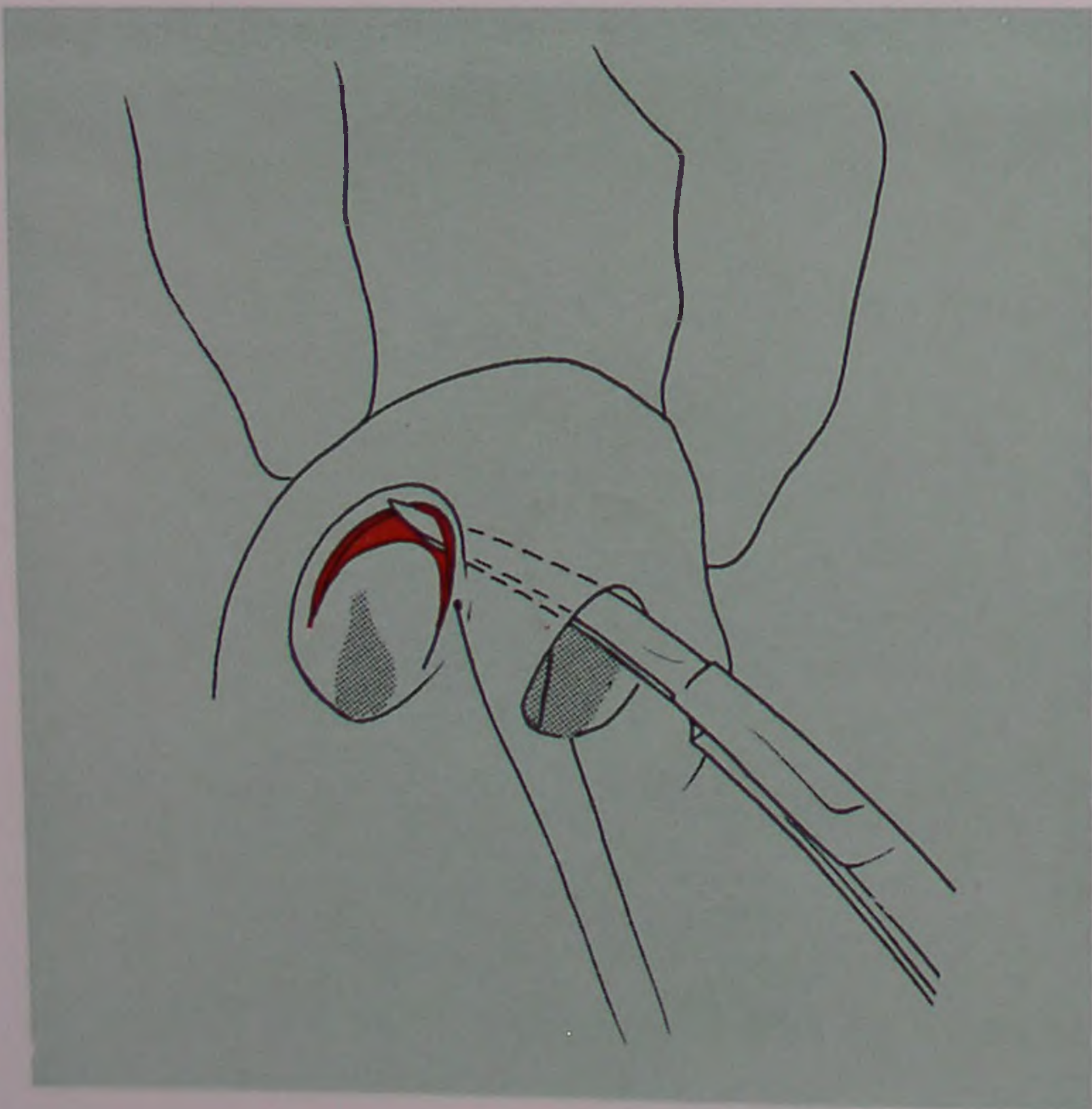
(8)

и с левой стороны. — 9. В разрез в переднем углублении преддверия носа вводят ножницы типа Купера с закругленными концами браншей, путем раскрытия которых отслаивают мягкие ткани от скелета носа вплоть до переносья. — 10, 11. В области кончика носа мягкие части отсепаровывают от хрящевой дуги

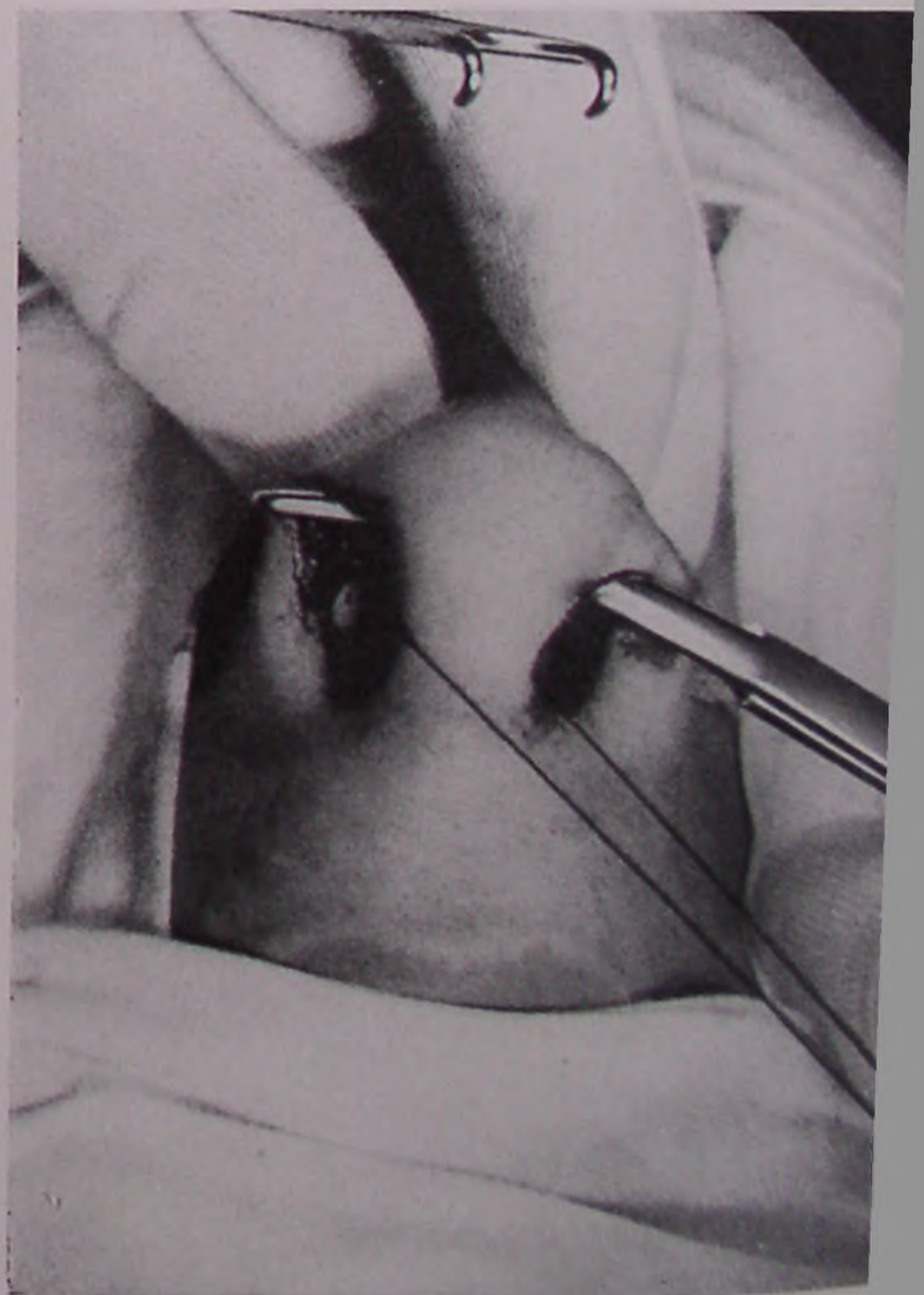


(9)

кончика носа, после чего ножницы попадают в транссептальный разрез. С обеих сторон скальпелем прорезают надкостницу; этот разрез делают в том же направлении, в котором будут удалять горб носа. При помощи распатора кнутри до срединной линии спинки носа отслаивают надкостницу. — 12, 13. В разрез по



(10)



(11)



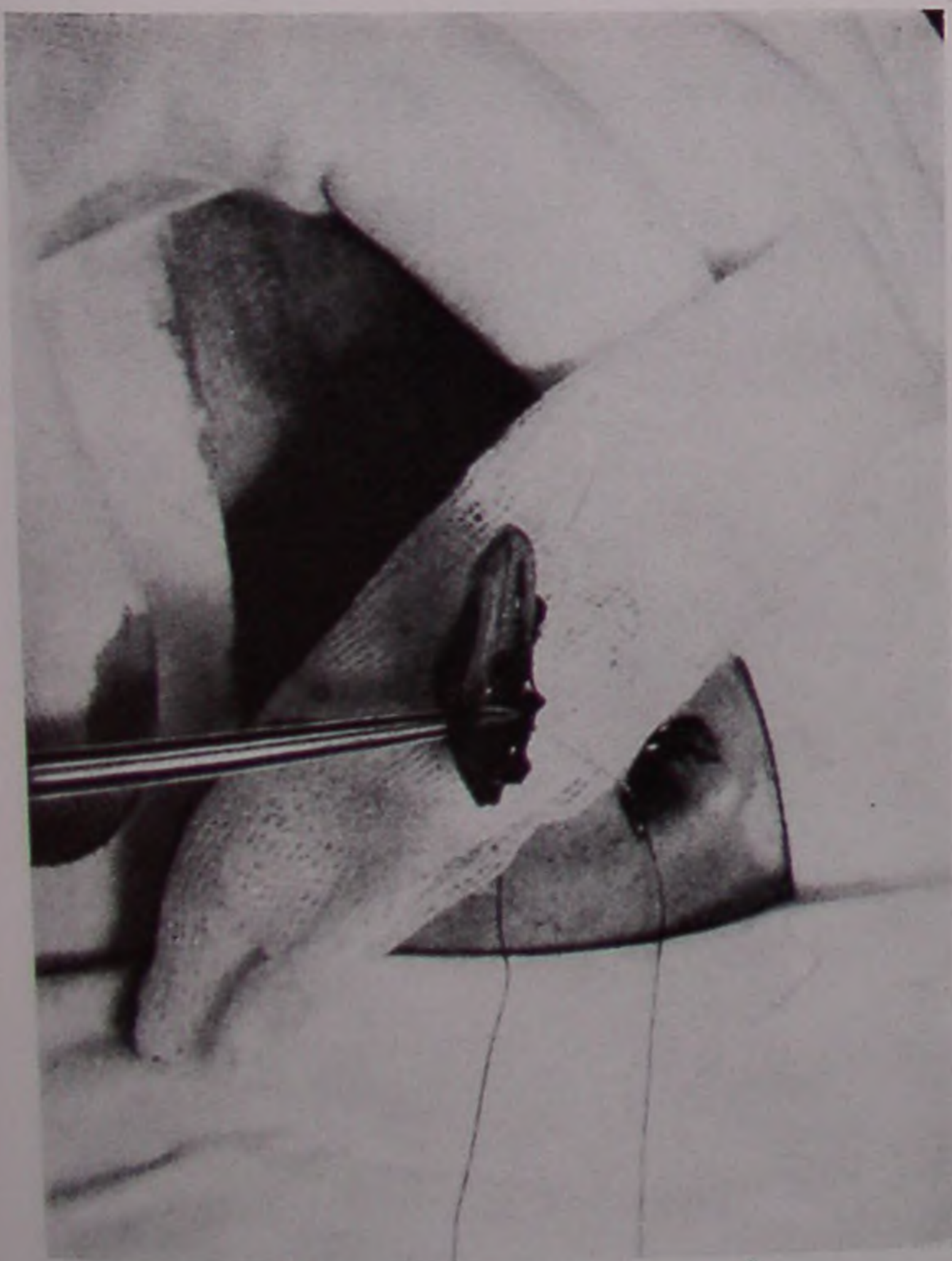
(12)



(13)

контролем пальцев вводят узкую, ровную пилку, при помощи которой спиливают излишек ткани с левой стороны, с переднего края левой перегородки и, наконец, с правой стороны. Спиливание должно осуществляться в одной плоскости. Затем при помощи ровного скальпеля, приложенного к поверхности спи-

ленной кости, в той же плоскости срезают хрящевую часть выступающей в виде горба новой перегородки. — 14. При помощи леановского зажима из раны удаляют отпиленный кусок. — 15. На схеме показана в профиль линия спиливания излишней ткани. — 16. Схема показывает части кости (вверху) и хряща



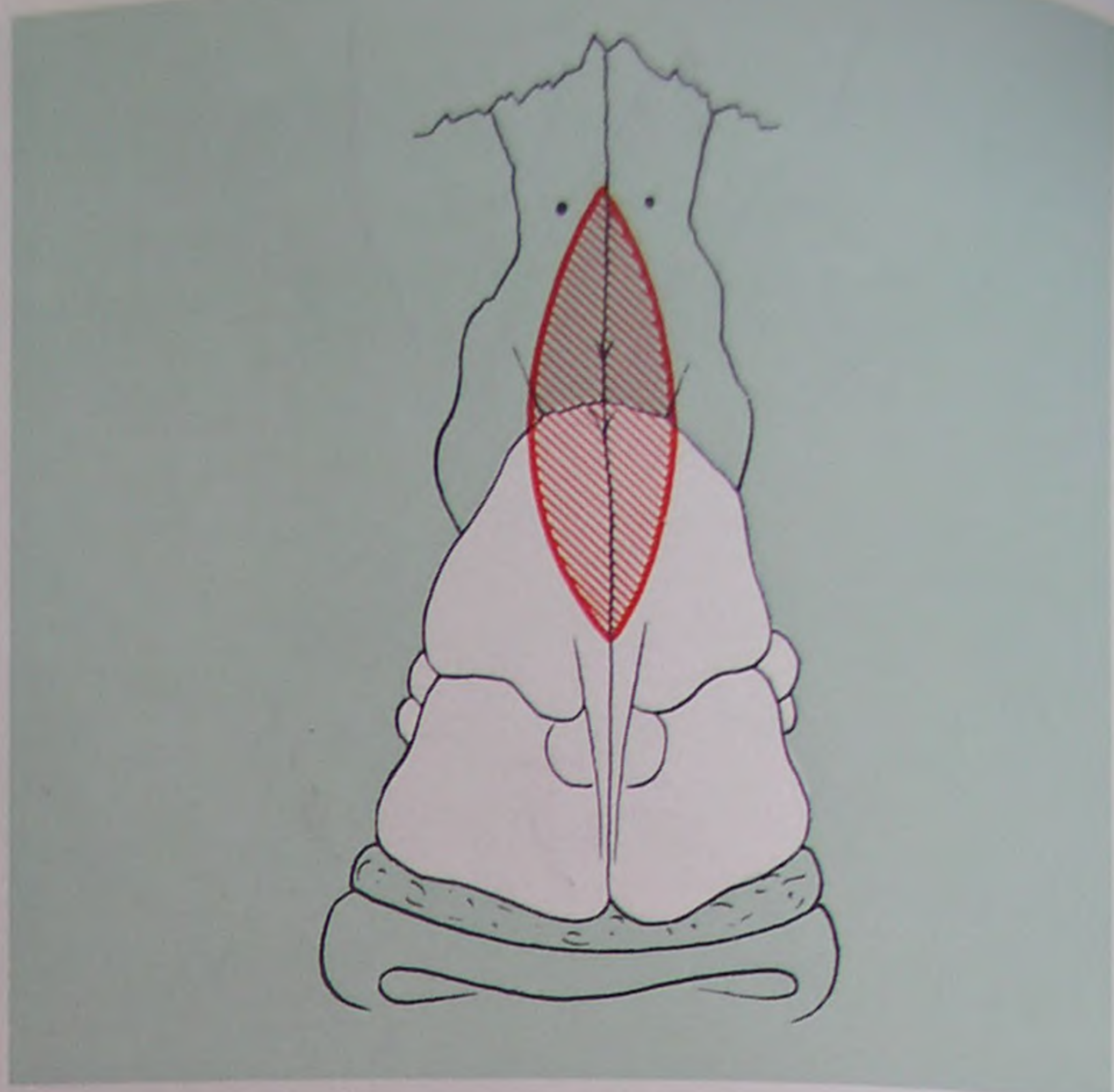
(14)



(15)



(16)

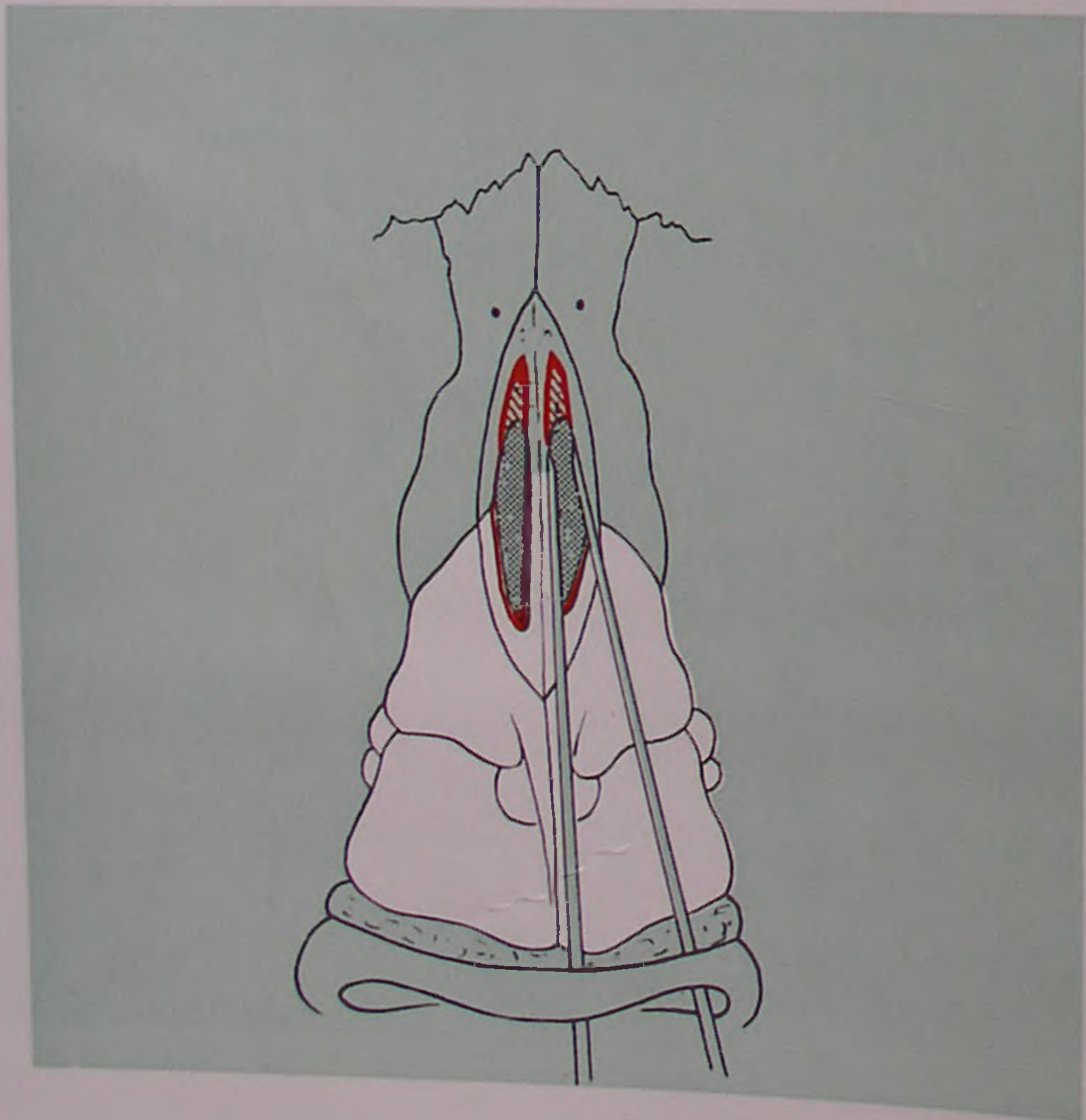


(17)

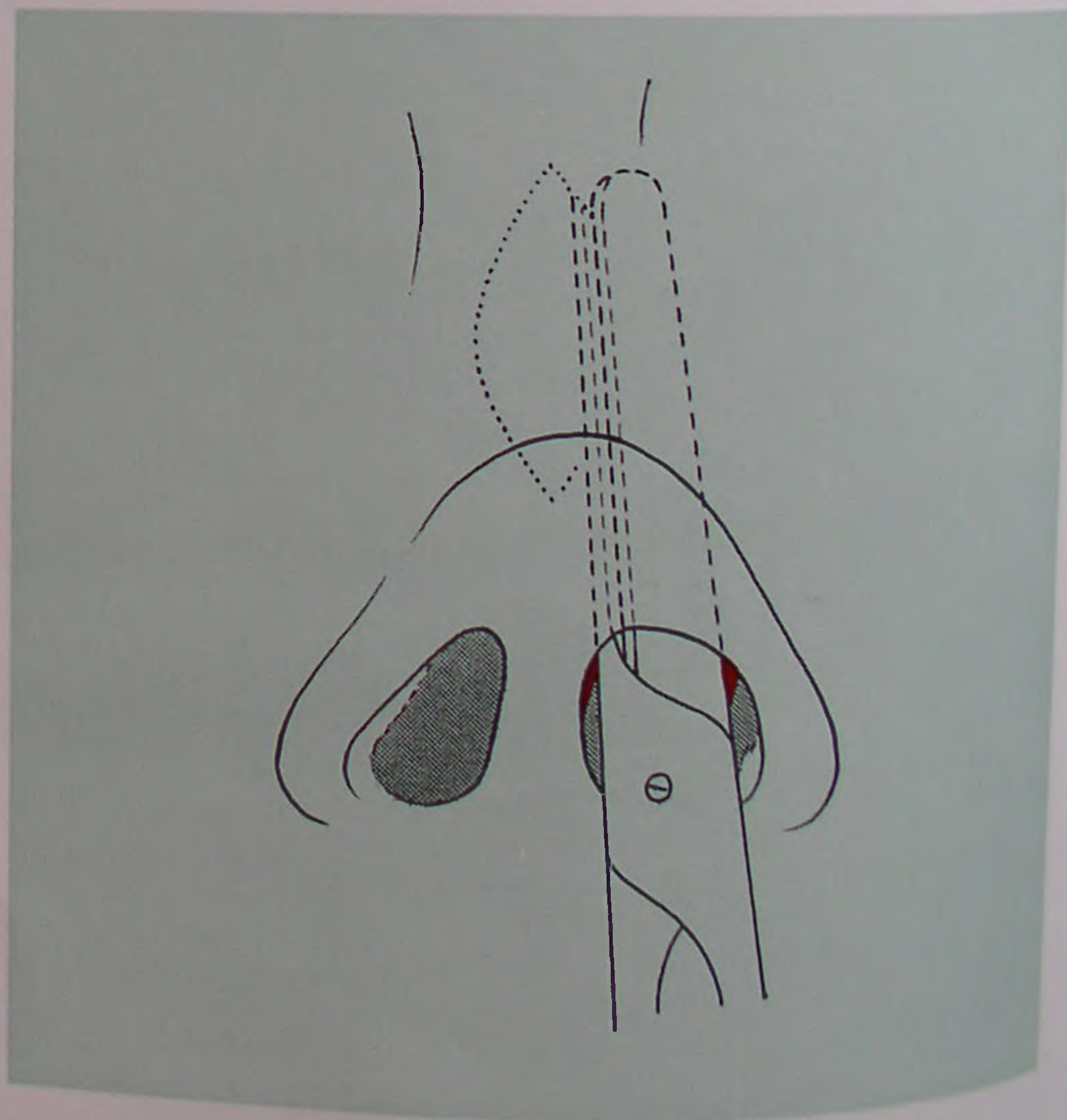
(внизу), удаляемые пилой при операции горбатого носа. — 17. Схема фронтального среза костной и хрящевой структуры. Между боковыми стенками носа и носовой перегородкой остается промежуточная кость, которую необходимо удалить, чтобы можно

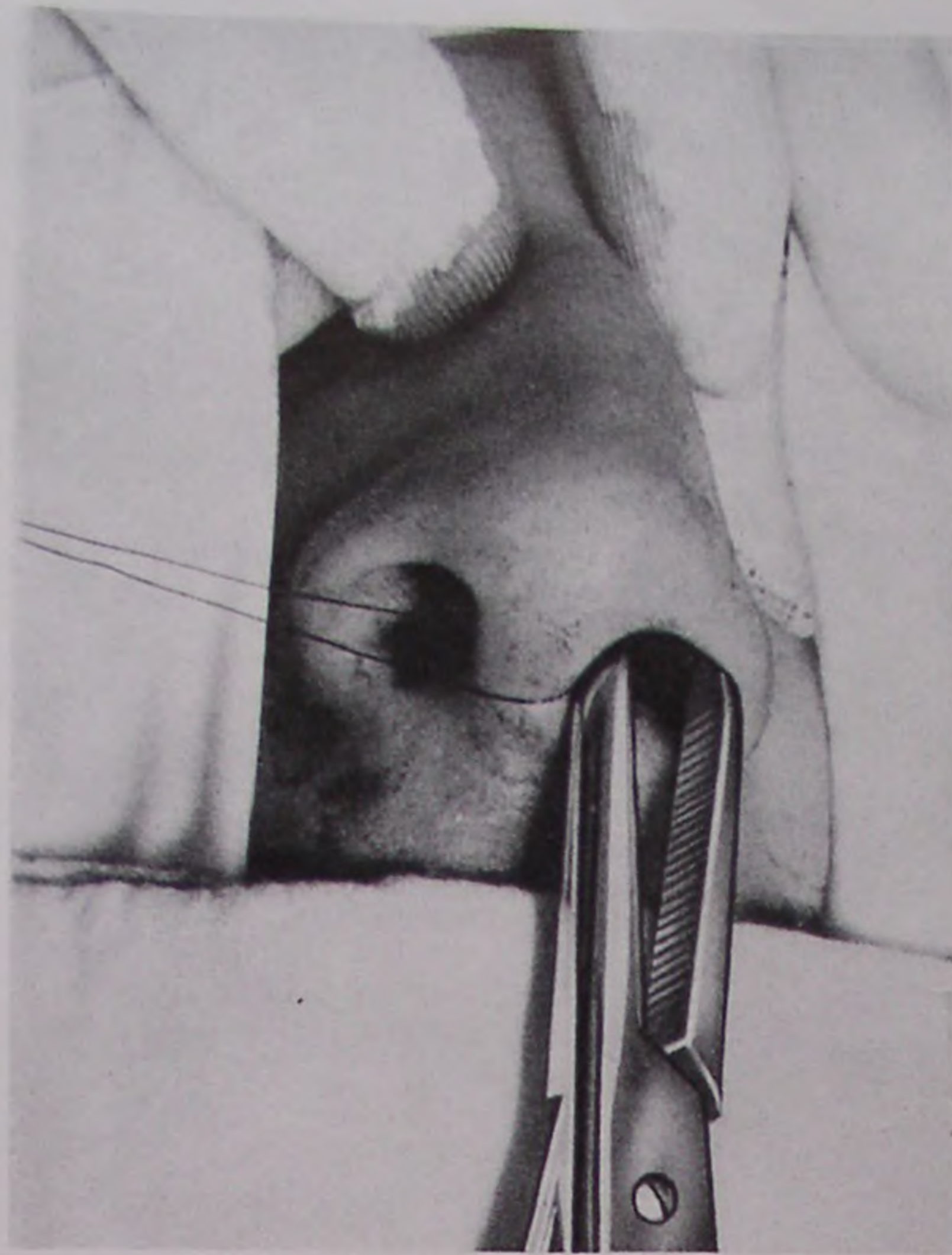
было сдвинуть боковые стенки. — 18. Указано положение долота, при помощи которого удаляют части промежуточной кости. — 19, 20. На фотографии и схеме показано введение щипцов, захватывающих костные стенки носа и надламывающие их сначала

(18)



(19)





(20)

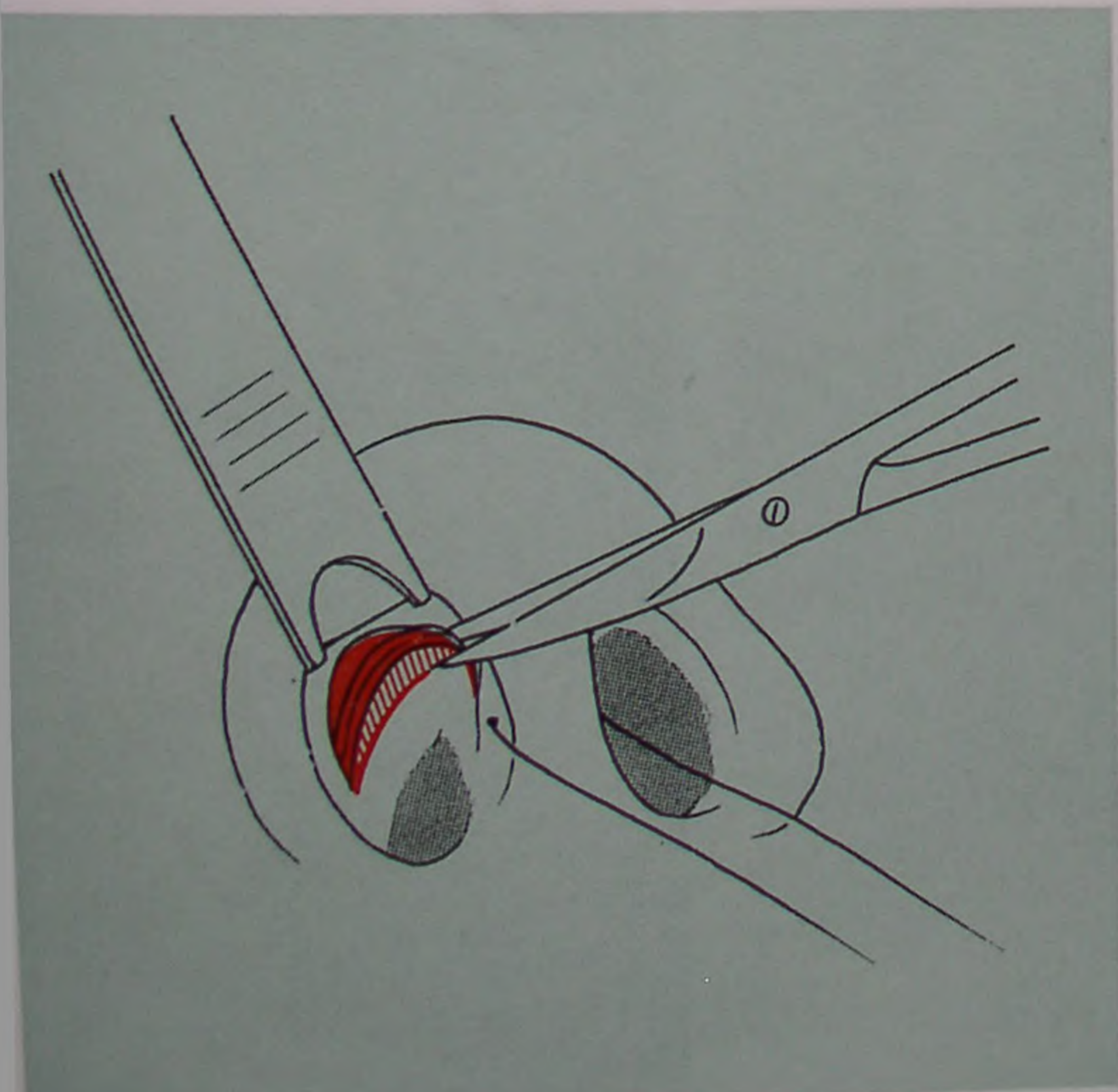


(21)

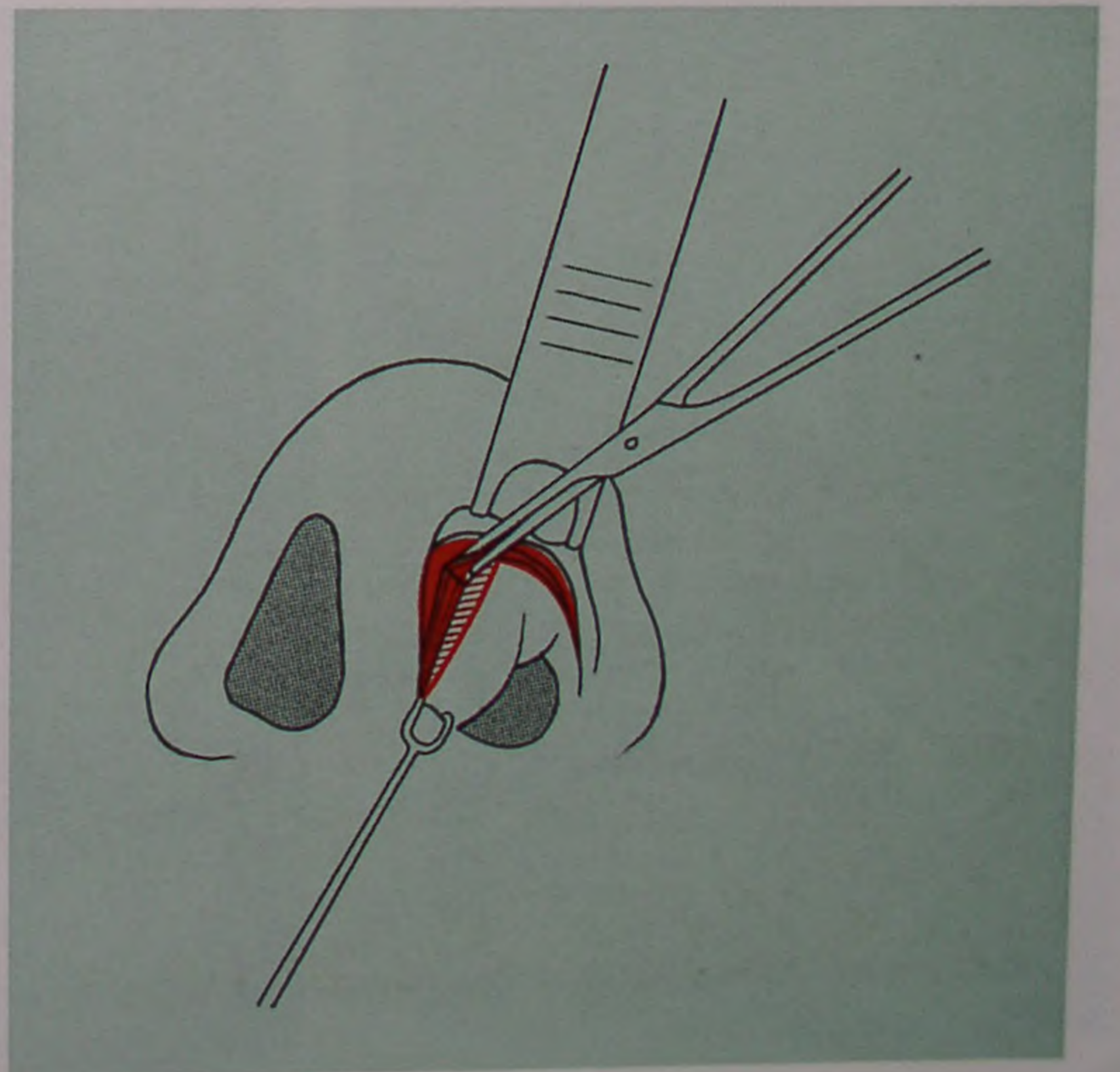
одной, а затем с другой стороны. Сперва путем вращения щипцов снаружи надламывается лобный отросток верхней челюсти, после чего щипцы поворачивают кнутри и наклоняют надломленные части к средней линии. — 21. Надломленные части сдвигают

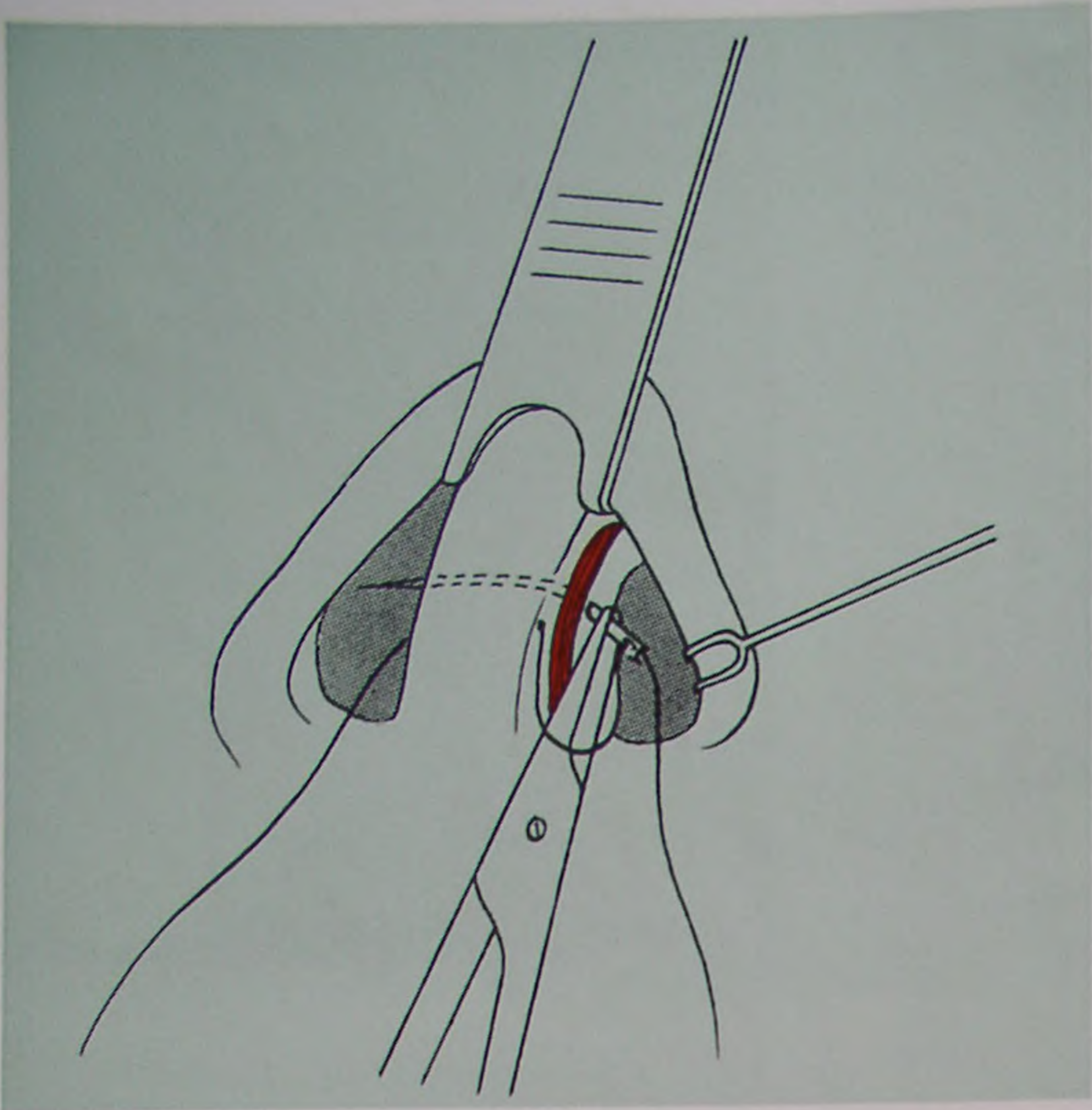
пальцами к средней линии и придают им нужное положение. — 22, 23. В целях укорочения носа с боковых частей хрящей кончика носа, из внутренней оболочки и из носовой перегородки иссекают сужающиеся кзади клиновидные лоскуты. —

(22)



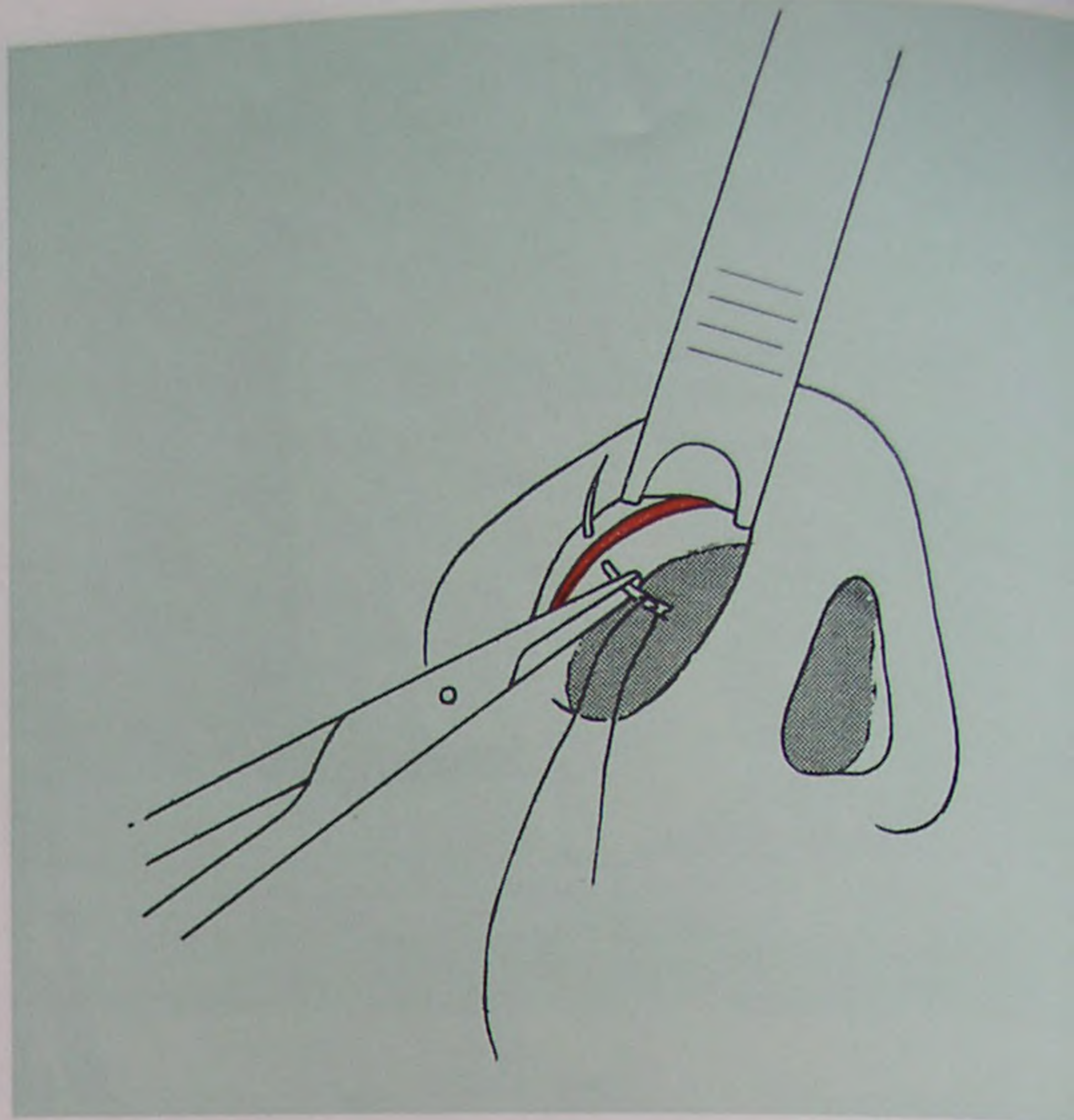
(23)





(24)

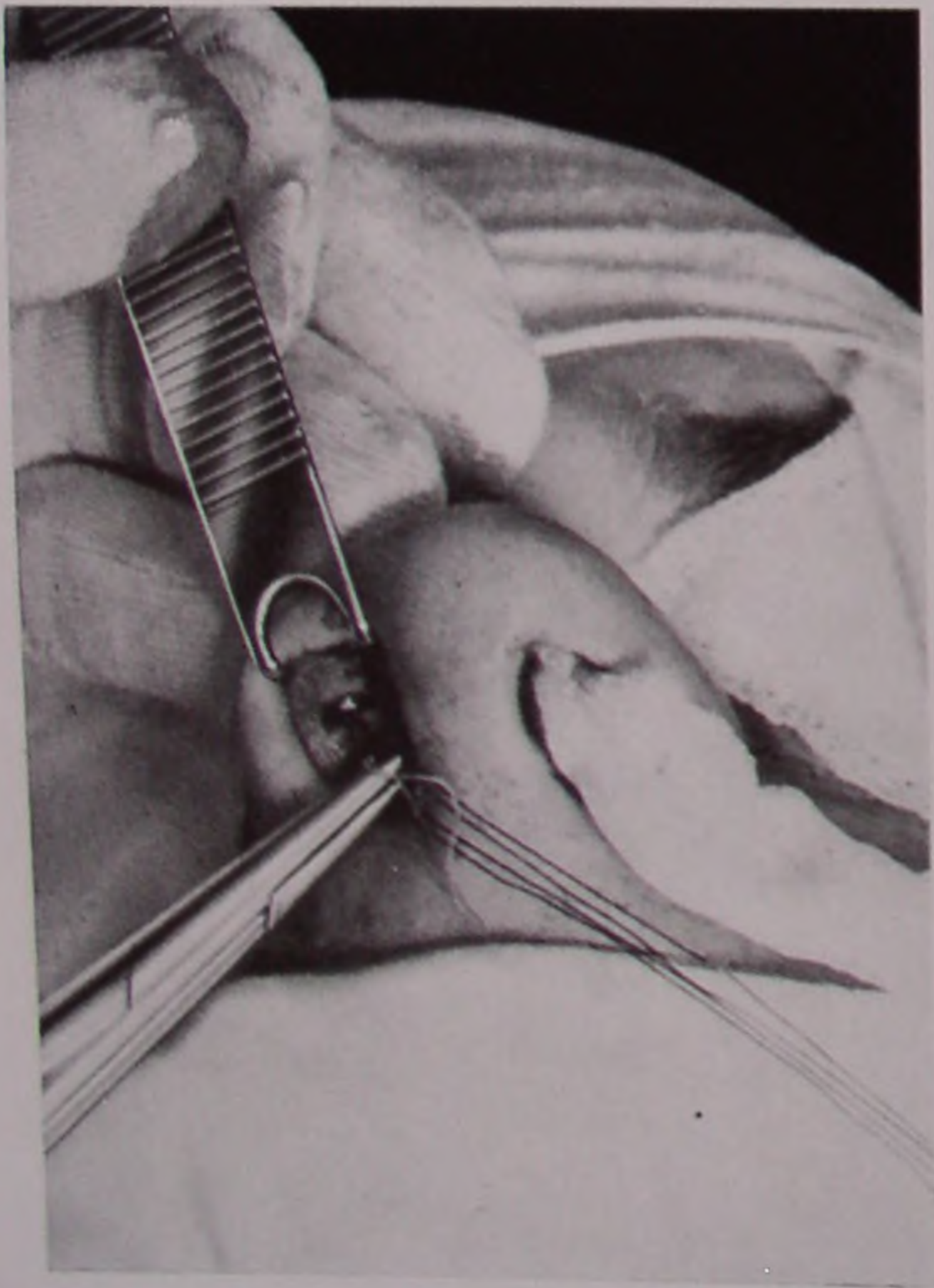
24. Вслед за этим приступают к закрытию операционных ран. Нить, введенная в целях ориентировки в носовую перегородку, протягивают еще раз через ее кожную часть, ближе к переднему краю. Делают это для того, чтобы носовая перегородка и кончик носа выступали кпереди, так как в противном случае сморщивающийся рубец оттягивал бы кончик носа кзади. Затянув узел этого шва, мы достигаем фиксации кончика носа. — 25, 26. На



(25)

рану, расположенную на внутренней стороне правого крыла носа, накладывают кетгутные швы. Швы накладывают и на рану с обеих сторон кожной части носовой перегородки. — 27. Производят тампонаду носа марлей, пропитанной мазью, после чего на нос накладывают повязку из целонового гипсового бинта. — 28. Указанную гипсовую повязку, целью которой является сохранение созданной формы носа, фиксируют лентами пластыря.

(26)



(27)



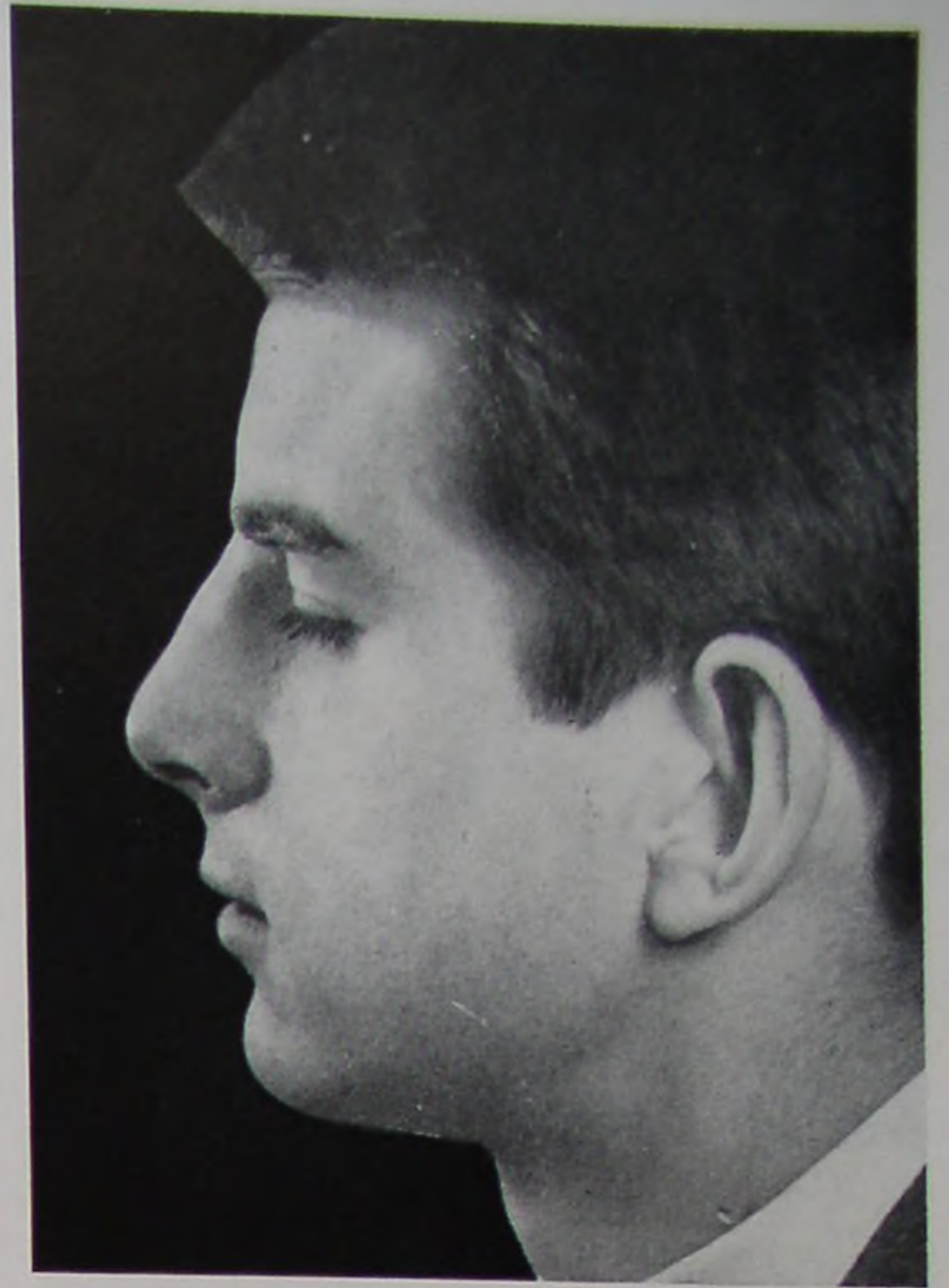
(28)



29, 30. Больной после операции. Тампоны оставляют в носу в течение суток, после чего их осторожно удаляют. Сквозной шов снимают на 10-ый день; к этому времени изготавливают новую фиксирующую повязку, которую больной носит в течение следующих 10 дней. Затем на протяжении 2 недель больной пользуется ею ночью.



(29)



(30)

Р И С. 268.

Большой горбатый нос. Больная Э. И., 22 лет, история болезни № 4981. 1. Верхушка горба располагается в месте перехода костного скелета носа в хрящевой. — 2. После резекции спинки носа

удаётся добиться его нормальной величины. Несмотря на резекцию нижней части четырехугольного хряща носовой перегородки, удаления передней носовой ости и фиксации на протяжении 10 дней места перехода носовой перегородки в верхнюю губу матрацным швом, добиться правильного септолабиального угла не удалось.



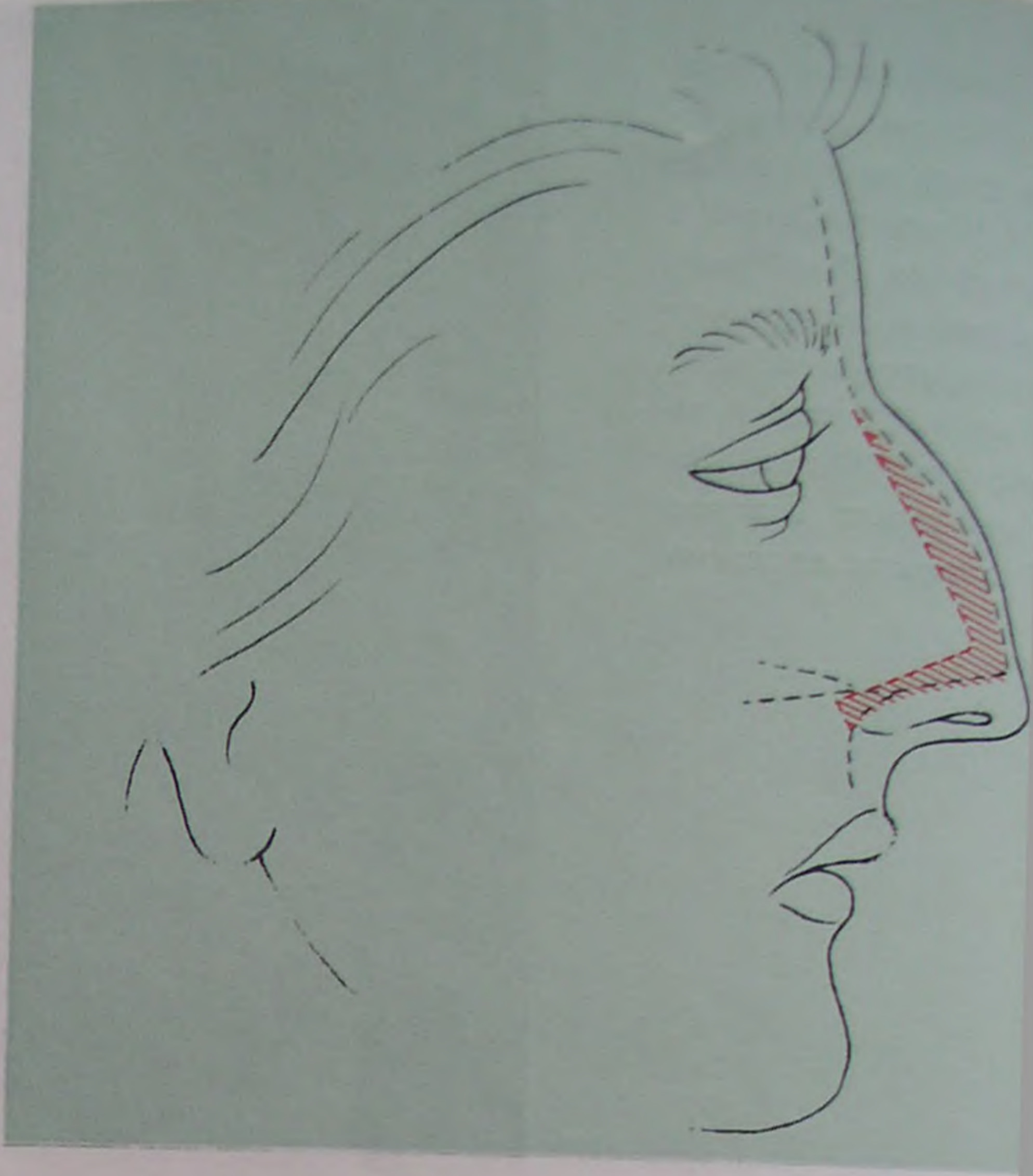
(1)



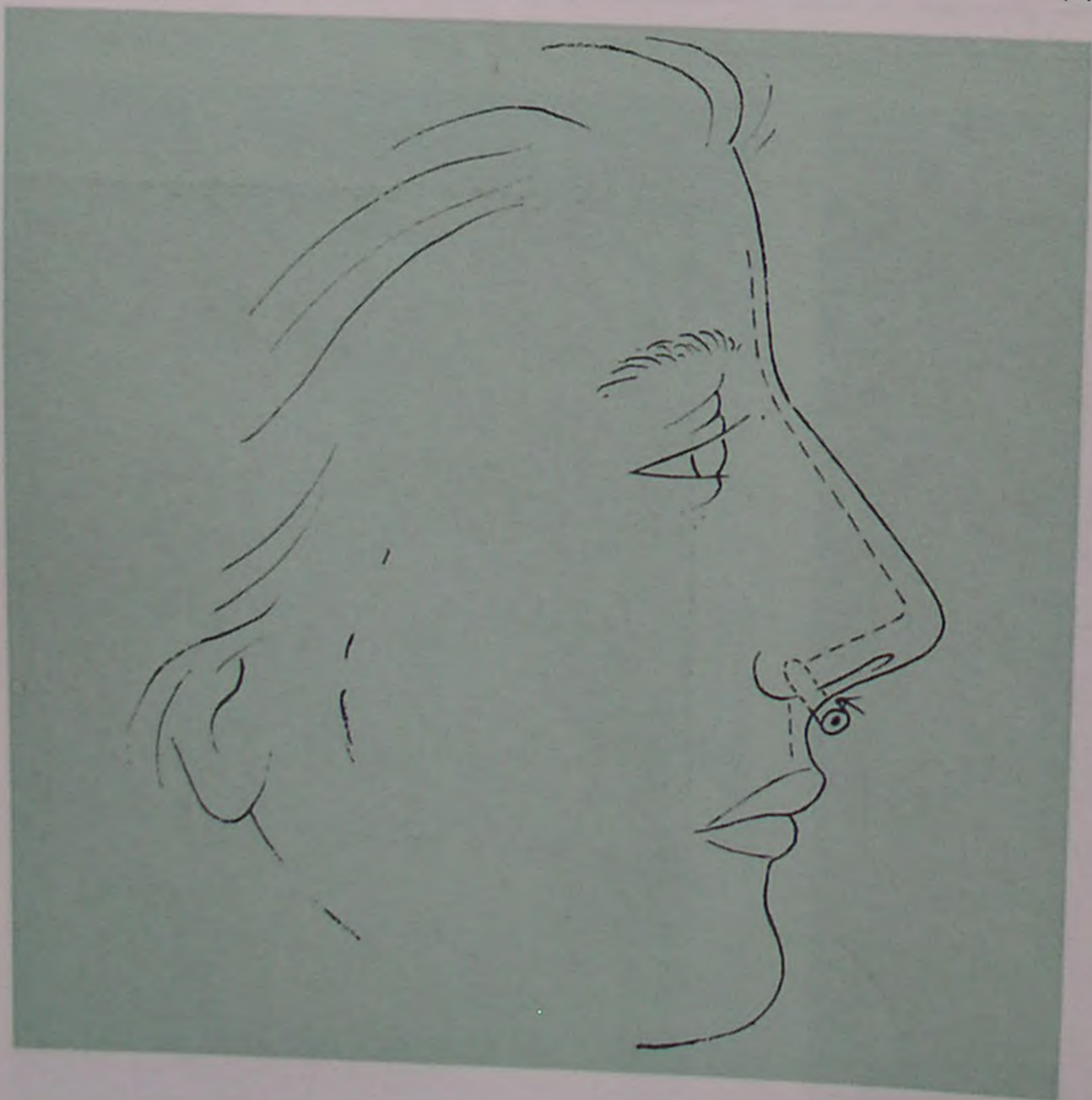
(2)



(1)



(2)



(3)

Р И С. 269.

Удлиненный нос со слегка изогнутой в форме буквы «S» профильной осью. Больная А. Ф., 23 лет, история болезни № 131. Узкий, но очень высокий нос, с дугообразно изогнутой спинкой. Выявляется тупой, дугообразный септолабиальный угол и очень низкая верхняя губа. Операция произведена типичным способом. Передняя носовая ось резецирована. — 2. Схема разрезов, произведенных на спинке носа, носовой перегородке и передней носовой ости. — 3. Схематическое изображение ситуации после окончания операции. В септолабиальном углу расположен отрезок дренажа, вокруг которого завязаны концы матрацного шва, захватывающего в глубине основание носовой перегородки.

4. Некоторое удлинение губы наступило в результате того, кончик носа очутился в новом положении. Септолабиальный остался в сущности таким же, каким и был, скорее даже ичился в результате понижения губы, обусловленного уда- ем передней носовой ости. Для заполнения возникшего таким зом углубления имеется мало кожи. Кожа носовой перегород- а средней части губы образует приподнимающийся вал, ко- й можно было удалить путем перестановки встречных тре- ьных кожных лоскутов. (За внешний вид возникших в резуль- таких вмешательств рубцов нельзя поручиться.)



(4)

С. 270.

ной горбчатый нос. Больная Р. Г., 45 лет, история болезни 528. 1. Дугообразное выстояние всего профиля носа. — 2. зведено удаление выстоящих отделов, сужение и укорочение При операции, в результате достаточного количества кожи, сь добиться удовлетворительной формы септолабиального высота губы тоже удовлетворительна. Операцию произвел ав Карфик.



(1)



(2)



(1)



(2)

Клювовидный нос. Больная М. Д., 20 лет, история болезни № 2310. 1. Длинный остроконечный нос. При операции была произведена резекция крыльев носа у их основания, выравнивание спинки носа, укорочение четырехугольного хряща носовой

перегородки и внутренней оболочки крыльев носа. Через месяц после операции. Удалось добиться требуемого — уменьшения и укорочения носа, устранения ватости.

Западание хрящевого отдела спинки носа. Больной Л. А., 29 лет, история болезни № 358. 1. В данном случае имеет место не настоящий горб, а выстояние носовых костей, обусловленное вдавлением хрящевого отдела. В результате этой деформации наступило значительное удлинение носа. Неблагоприятный внешний вид носа усугубляется гипертрофией подбородка и прогенией. —

2. В результате приподнятия и перемещения кончика реди, а также пересадки треугольных хрящевых трансплантатов выкроенных из боковых ножек хрящей кончика носового нижнего отдела спинки носа, удалось добиться его нормальной формы.



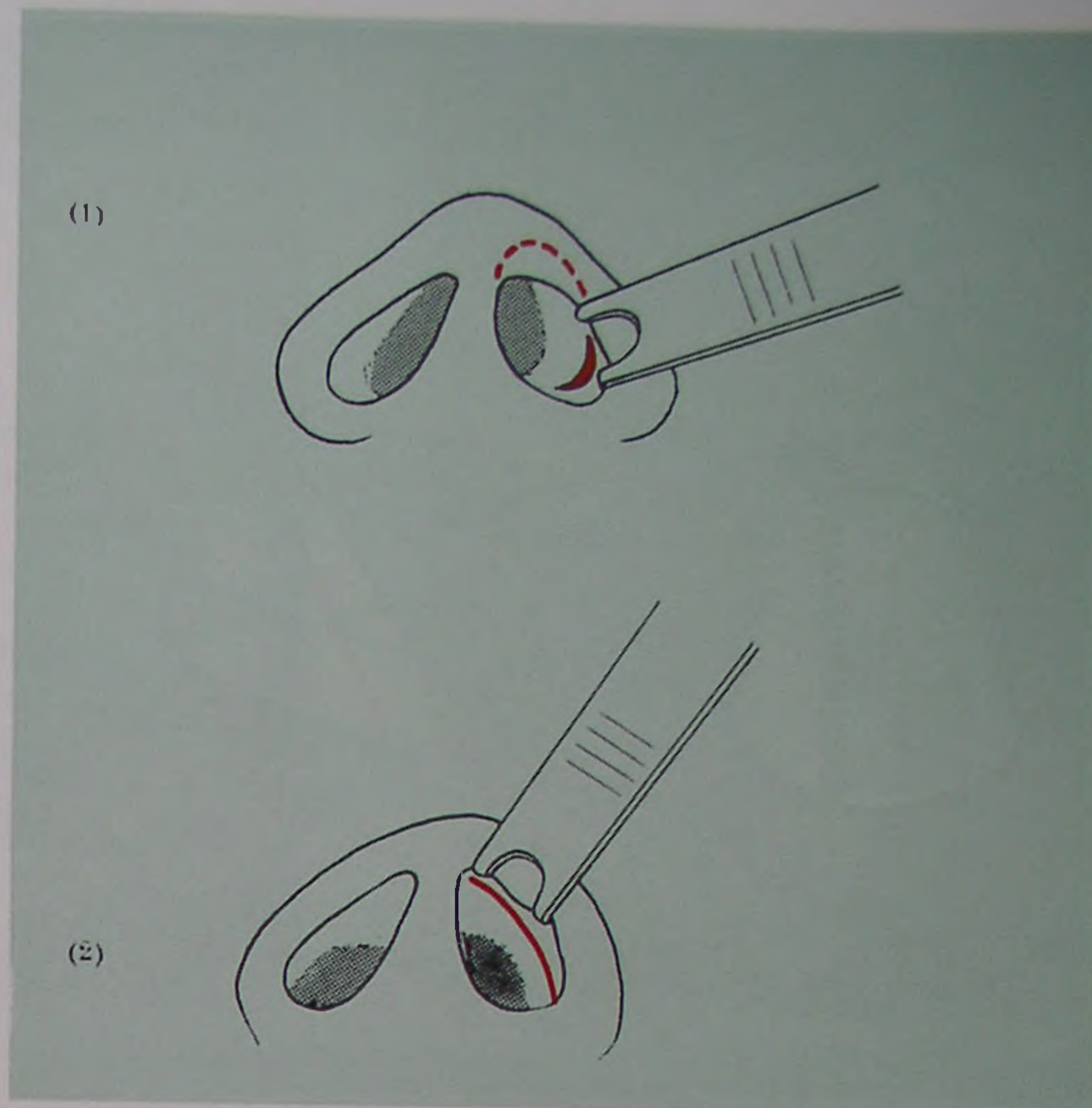
(1)



(2)

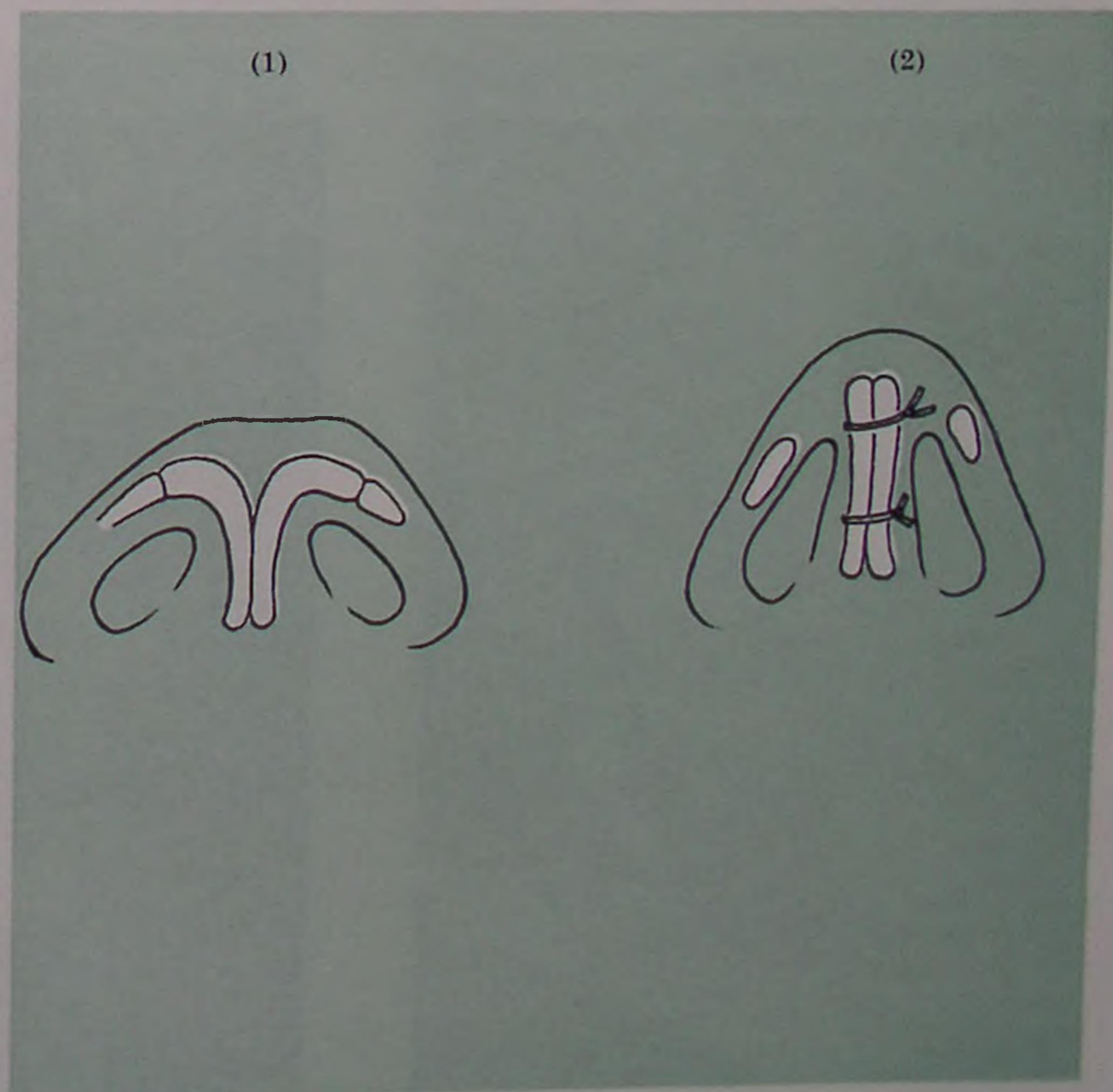
Р И С. 273.

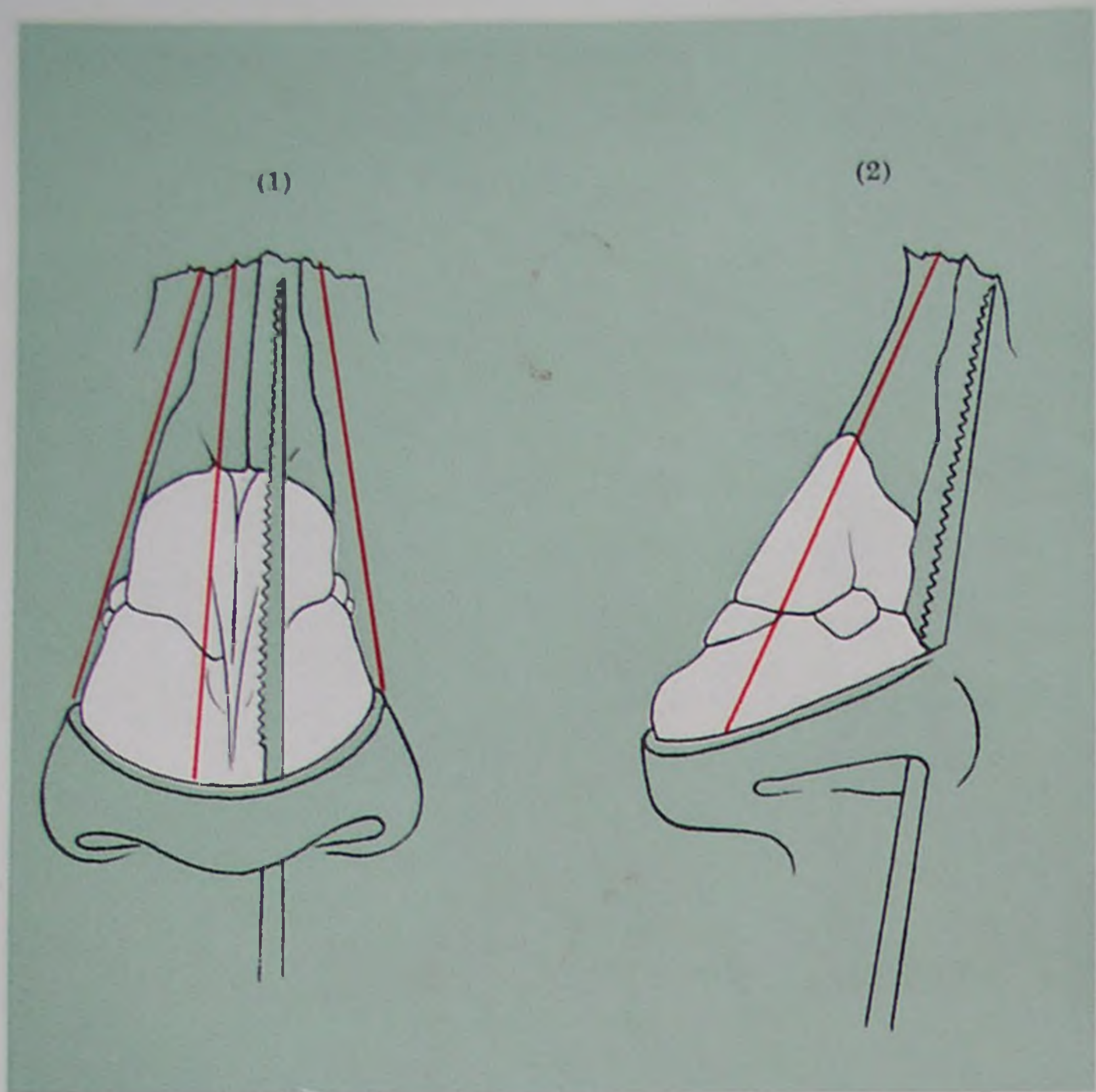
Типы разрезов в преддверии носа. 1. Разрез в переднем углублении преддверия носа (пунктир) над дугой хряща и в заднем углублении под грушевидным отверстием. — 2. Разрез вдоль всей внутренней поверхности крыла носа, идущий от переднего углубления до основания носовой перегородки.



Р И С. 274.

Пластическая операция по поводу слишком широкого кончика носа. 1. Хрящи кончика носа могут соприкасаться в области своих внутренних ножек у основания носовой перегородки, в то время как в области кончика носа может наблюдаться различно выраженное их расхождение, так что образуемый ими в переднем углублении преддверья носа угол бывает относительно велик. — 2. Один из способов коррекции этой деформации (по Казаняну) заключается в соединении, а одновременно и удлинении обеих внутренних ножек хряща. Наиболее удобным способом доступа к хрящам является отсепаровка кожи носовой перегородки. Для этого кожную часть носовой перегородки отделяют поперечным разрезом от верхнего края губы, после чего производят боковые разрезы и кожную часть перегородки отсепаровывают от хряща перегородки до переднего углубления преддверия носа. После отслойки кожи становятся видны внутренние ножки хрящей в их передний изгиб. Удаляют ткань между передними отделами хрящей, после чего кнаружи от переднего изгиба хрящи рассекают в поперечном направлении на таком расстоянии, чтобы можно было переместить кпереди кончик носа. Затем обе хрящевые пластинки сшивают у своего основания и в области кончика носа, после чего пришивают на прежнее место отсепарованную кожную часть носовой перегородки.





Р И С.

Четырехкратная остеотомия. 1. Производят надпиливание носа, во-первых, с каждой стороны вдоль носовой перегородки, во-вторых, у основания обоих отростков верхней челюсти. К костям осуществляют через небольшие разрезы в перегородке углублении, как было указано на рис. 267. Пилку вводят по средней линии, чтобы ею можно было спилить передний край носовых костей. Спиливание иногда протекает очень медленно, особенно в наиболее высоко расположенной части, где кость бывает толстой. Обычно первый этап операции осуществляют с помощью пилы. Надпиливают нижний край кости и прилегающий хрящ; затем в сделанный разрез вводят долото, при помощи которого завершают остеотомию. — 2. Аналогична техника второй остеотомии. Пилку вводят через разрез на краю крыла видимого отверстия и производят надпиливание нижнего края лобного отростка верхней челюсти. Дальнейший этап операции производят с помощью долота. Надпиленные части отделяют с нажимом пальцев. Если этого не удастся сделать, то их вынимают при помощи щипцов или долота. Отломкам придают правильное положение, на раны накладывают швы и производят тампонаду носовых проходов. Затем на нос накладывают давящую повязку.

Пластическая операция по поводу шаровидного носа. Больной И. Ш., 27 лет, история болезни № 35 965. 1. Резко выраженное шаровидное выпячивание носа требует, во-первых, укорочения, во-вторых, сужения кончика носа. Для этого производят сквозной

разрез, переходящий после рассечения хрящей кончика носа на крыло носа. Верхнюю часть хрящей изолируют и иссекают, достигнута необходимая длина носа. — 2. Больной после операции.



(1)

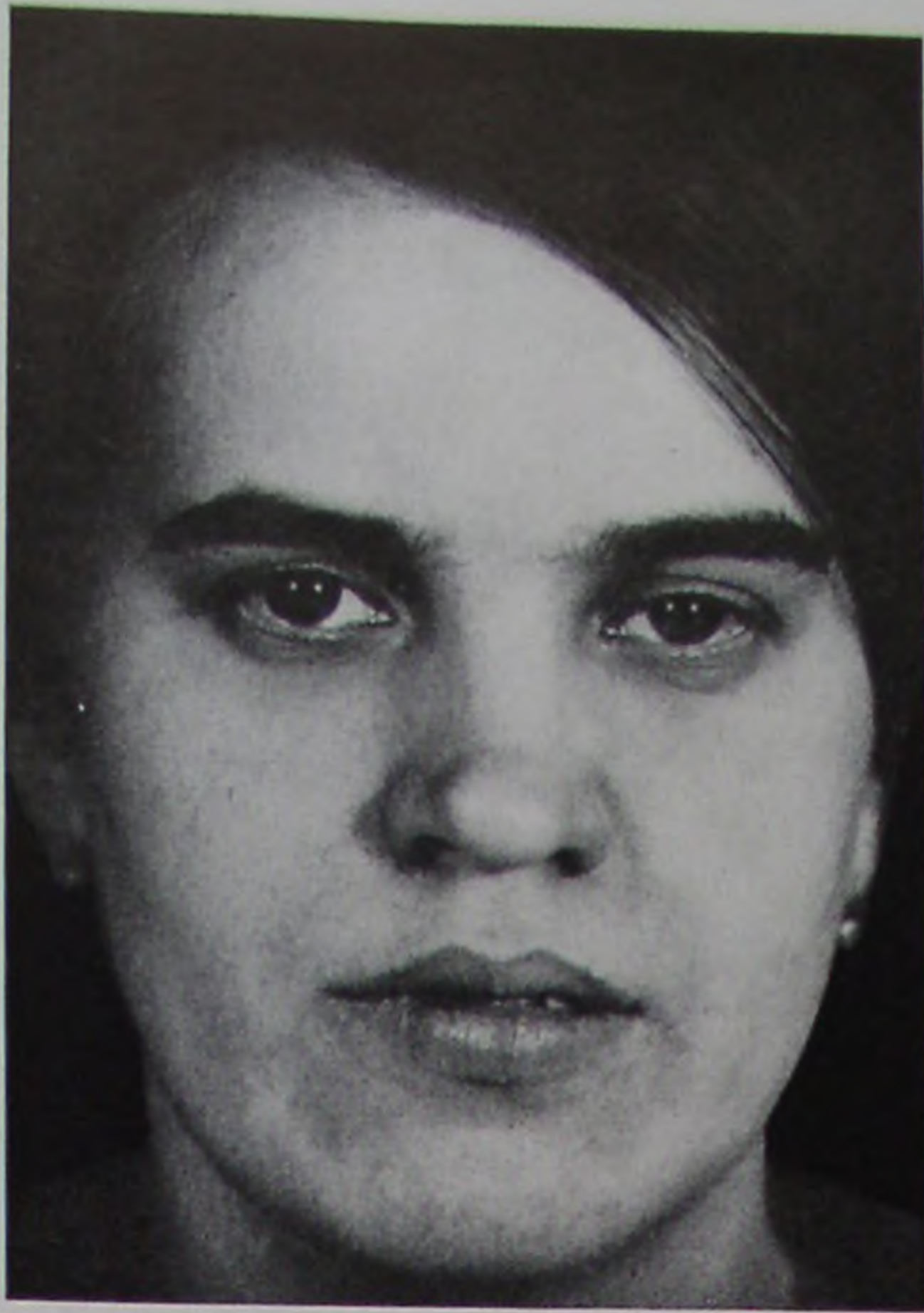


(2)

Р И С.

И С. 277.

(1)



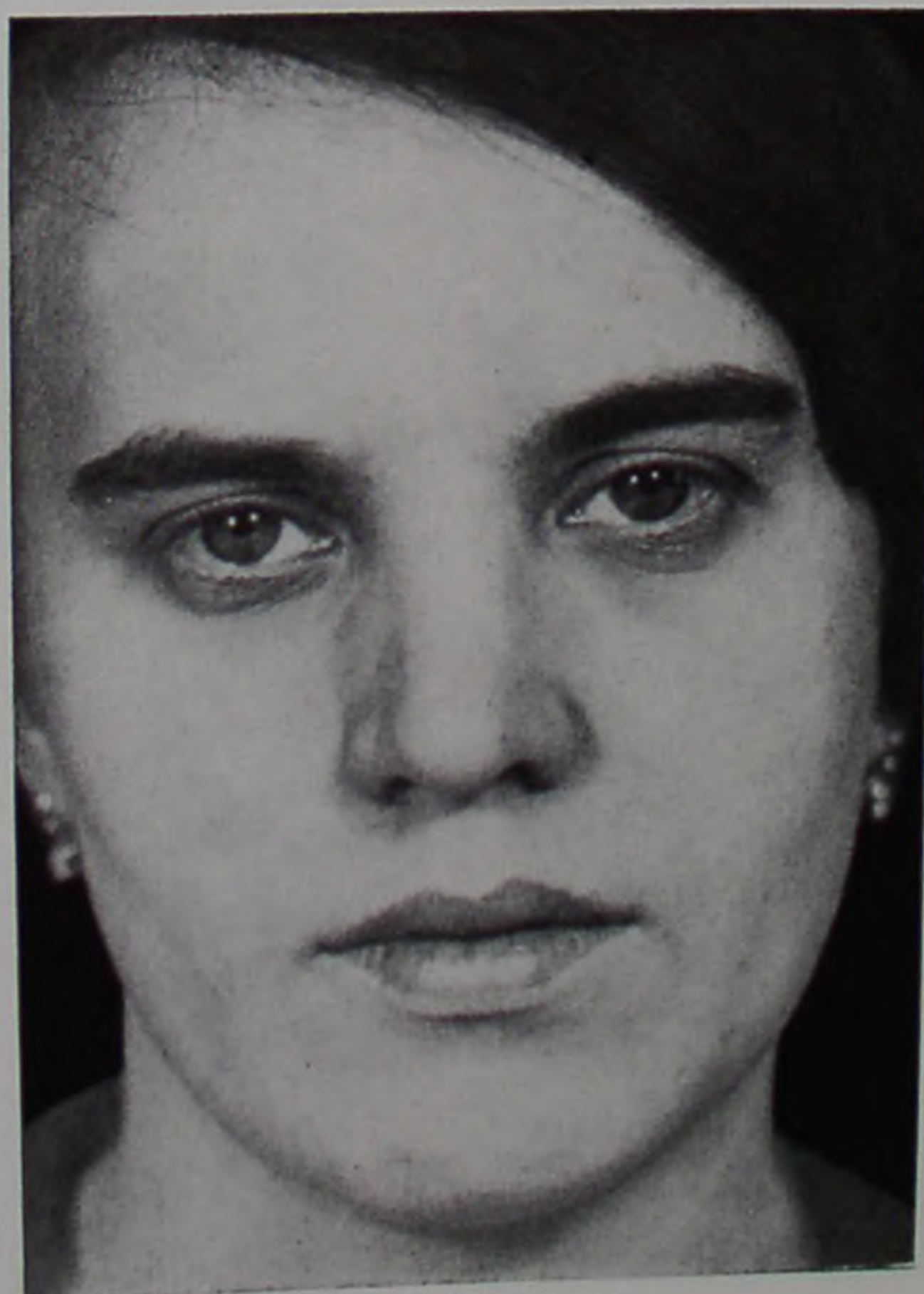
(2)



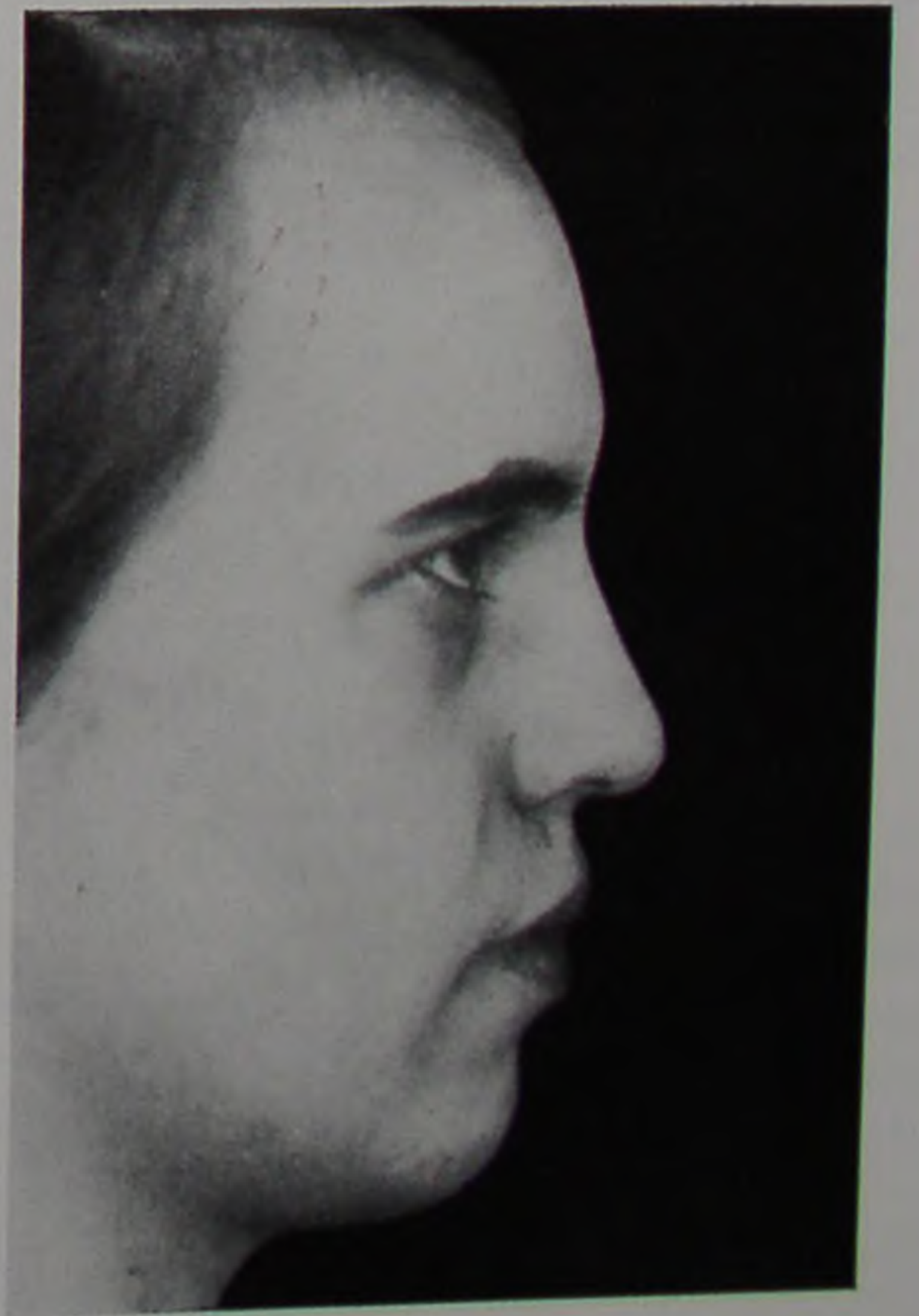
аровидный, несимметричный кончик носа. Больная М. Г., 25 лет, горя болезни № 1623. 1. Вдавление над кончиком носа. — Произведена резекция гипертрофированных частей хряща кон-

чика носа. Пластинка, вырезанная из удаленного хряща, введена в область спинки носа для заполнения имеющегося там вдавления. — 3, 4. Больная после произведенной коррекции.

(3)



(4)



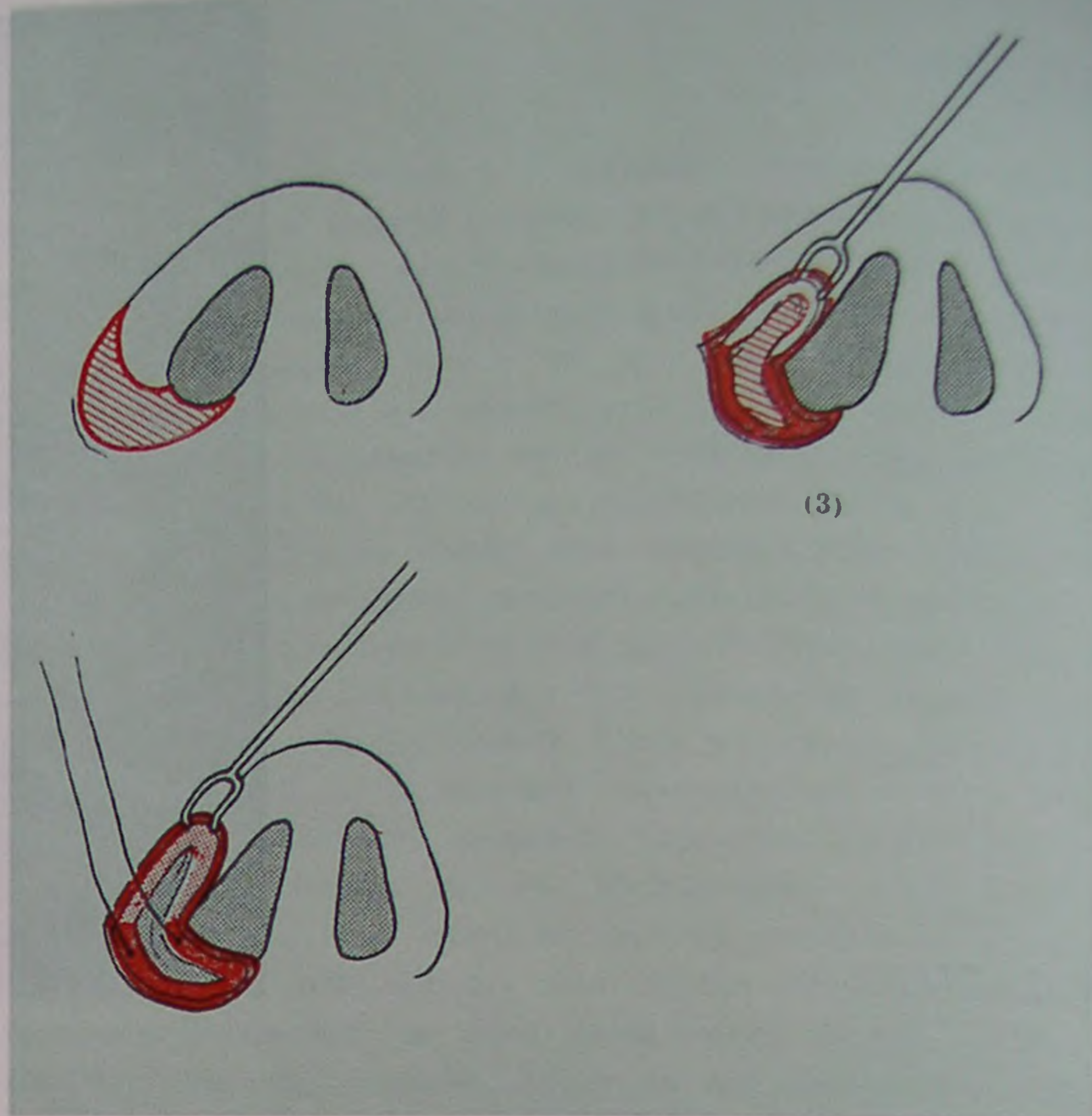


(1)

Р И С. 278.

Чрезмерно толстый и широкий нос. Больная Г. И., 28 лет, история болезни № 765. 1. Гипертрофия хрящевой отдела, широкие ноздри и толстые крылья носа. Над кончиком носа имеется вдавление спинки. — 2. Прежде всего из крыльев носа во всю толщ

(5)



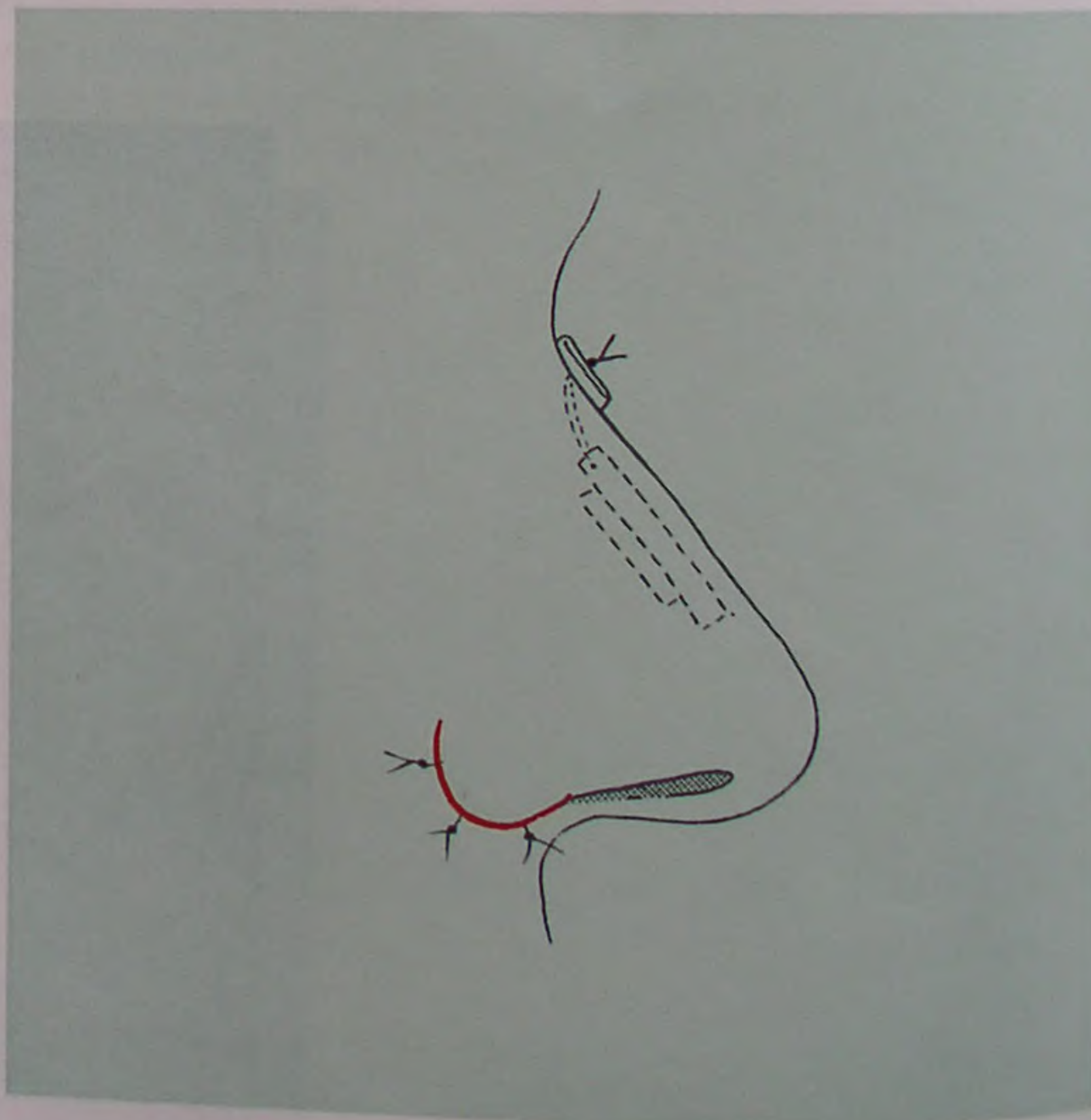
(2)

(3)

(4)

иссекают серповидную полоску, ширина которой не превышает 4 мм. — 3. Иссекают промежуточный слой в области крыла носа и их основания. — 4. Подкожные слои основания крыла носа захватывают кетгутowymi швами: в результате наступает

(6)





(7)



(8)

жение основания крыльев носа, одновременно приостанавливается кровотечение из веточек угловой артерии. После отсечения крыльев носа создается широкий доступ к операционному полю, так что без труда может быть осуществлена резекция больших отделов крыльных хрящей и создан карман в области спинки носа для пересадки вкладыша в седловидное западение. — 5. Вкладыш из сшитых крыльных хрящей втягивают в подготовленный карман при помощи иглы Ревердена. — 6. Концы нитей выведены на-

ружу и завязаны на пуговице. Этим швом фиксируют вкладыш; по прошествии 48 часов шов можно удалить. — 7. На крылья накладывают два слоя швов: внутренний — кетгутовый и наружный — нейлоновый. Один или два нейлоновых шва глубоко захватывают подкожные ткани; делают это в целях создания окологрыльной борозды. — 8. Больной после окончания лечения (еще персистирует послеоперационный отек).

СЕДЛОВИДНЫЙ НОС

Седловидные носы врожденного характера или возникшие после переломов, перенесенных в первые месяцы или годы жизни, отличаются типичным видом; спинка носа бывает низкой и широкой, ноздри расширенными, крылья носа утолщенными, а кончик носа приподнятым.

Носовая перегородка изогнута и выступает в виде выпуклости в один носовой ход, который может оказаться полностью закупоренным. В других случаях верхняя ее часть изогнута в одну сторону, а нижняя в другую. При таких изменениях перегородки дыхание резко затруднено.

Устранить седловидную форму носа легкой степени можно путем имплантации хрящевых пластинок, образованных из наружных крыльев хрящей кончика носа или из частей четырехугольного хряща носовой перегородки, удаленных при операции по поводу ее искривления.

При резко выраженной седловидной форме носа в первую очередь следует произвести резекцию хряща носовой перегородки. Если перегородка изогнута в одну сторону, то такое оперативное вмешательство не представляет трудностей. При тяжелых формах седловидного носа резекция перегородки нередко является весьма сложным вмешательством из-за плотных рубцевых спаек между отдельными отломками. Отсепаровку облегчает введение анестетика или физиологического раствора с прибавлением адреналина, который следует попытаться ввести в пространство между надхрящницей и хрящом носовой перегородки. Вводить раствор следует очень осторожно, чтобы не разорвать надхрящницы. Удаление и отслойку различных участков хряща производят в зависимости от конкретной ситуации. Не следует в этих случаях стремиться отсепаровать и удалить сразу весь хрящ, а надо удалять отдельные его отломки немедленно после их отслойки. При этом все время следует заботиться о том, чтобы у переднего края хряща оставалась полоска шириной не менее 8 мм, которая должна служить опорой спинке носа.

Если резекция носовой перегородки не сопряжена с трудностями, то сразу же после нее можно произвести и операцию на скелете носа, которая заключается в надпиливание и отсечении долотом лобных отростков верхней челюсти у их основания и в тех местах, где носовые кости были сломаны при травме. Иногда в этих местах имеется только рубцовое соединение отломков, которое удастся рассечь скальпелем, в большинстве случаев, однако, отломки соединены костными мозолями, которые приходится разъединять долотом. Отсеченные долотом части следует полностью отсепаровать с помощью щипцов. Таким образом, все сводится к отсепаровке этих частей от лобных костей и к их редрессации.

Носовую полость после резекции носовой перегородки очень тщательно тампонируют; это обеспечивает плотное соприкосновение слизисто-надкостничных лоскутов и не позволяет возникнуть между ними гематоме, которая грозит развитием весьма опасной инфекции.

После остеотомии и редрессации скелета на нос на три недели накладывают форму из целлоны (рис. 267, 28).

ТЕХНИКА ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ СЕДЛОВИДНОЙ ФОРМЕ НОСА

Создание ложа для вкладыша можно произвести в области одного из передних углублений кончика носа, где делают небольшой поперечный разрез над изгибом хрящей. Через этот разрез производят отслойку мягких частей от хрящей и костного скелета в необходимых пределах. В случае надобности производят отслойку мягких частей на всем протяжении от надпереносья до пространства между обоими хрящами кончика носа.

При такой технике возникает опасность, что нижняя часть формируемого кармана окажется смещенной в сторону ноздри, через которую производят отслойку тканей. Это обстоятельство нередко ведет к смещению нижнего конца имплантируемого хряща.

Более надежным в этом отношении является разрез, производимый по средней линии кожной части носовой перегородки. Через разрез отслаивают мягкие части в месте изгиба хрящей кончика носа, после чего без всякого труда по средней линии производят отсепаровку мягких тканей до переносицы. Отсепаровка в области хрящей кончика носа должна быть достаточно просторной, чтобы в карман легко мог быть введен вкладыш.

В случае незначительных вдавлений хрящевой части спинки носа нет необходимости производить специальную фиксацию пересаженного хряща, поскольку карман был сформирован правильно. Однако, если карман слишком просторен и вкладыш в нем может свободно передвигаться, хрящ следует надежно фиксировать. Достигают этого путем наложения матрацных швов, при помощи которых конец хрящевого трансплантата втягивают в созданный карман. Выкол и завязывание узлов производят на спинке носа. Через двое суток швы снимают, а для носа изготавливают гипсовую форму.

У лиц с врожденными и застарелыми посттравматическими седловидными деформациями носа кожный покров часто бывает недостаточным и не позволяет произвести пересадку крупного трансплантата. В таком случае мягкие части следует подготовить, для чего в карман вводят вкладыши из пластмасс, величину которых все время увеличивают, пока в конце концов не возникнет достаточно просторное ложе для пересадки ауотрансплантата. Нередко приходится наблюдать, что вкладыш из пластмассы на протяжении длительного времени с успехом выполняет свое назначение.

Если трансплантат не фиксировать, или если он укреплен к скелету недостаточно надежно, то возникает опасность его смещения в сторону или, с чем приходится сталкиваться чаще, кверху. В таком случае конец трансплантата располагается в области надпереносья, выступая здесь в виде некрасивого бугорка (рис. 279—282).



(1)



(2)

Р И С. 279.

Седловидный нос. Больной Б. Ч., история болезни № 6488.
1, 2. Лобные отростки верхней челюсти сильно раздвинуты. Широ-
рое углубление в среднем отделе спинки носа, возникшее после
травмы, полученной в возрасте 11 лет. — 3, 4. Произведена
четырёхкратная остеотомия, после которой, однако, не удалось

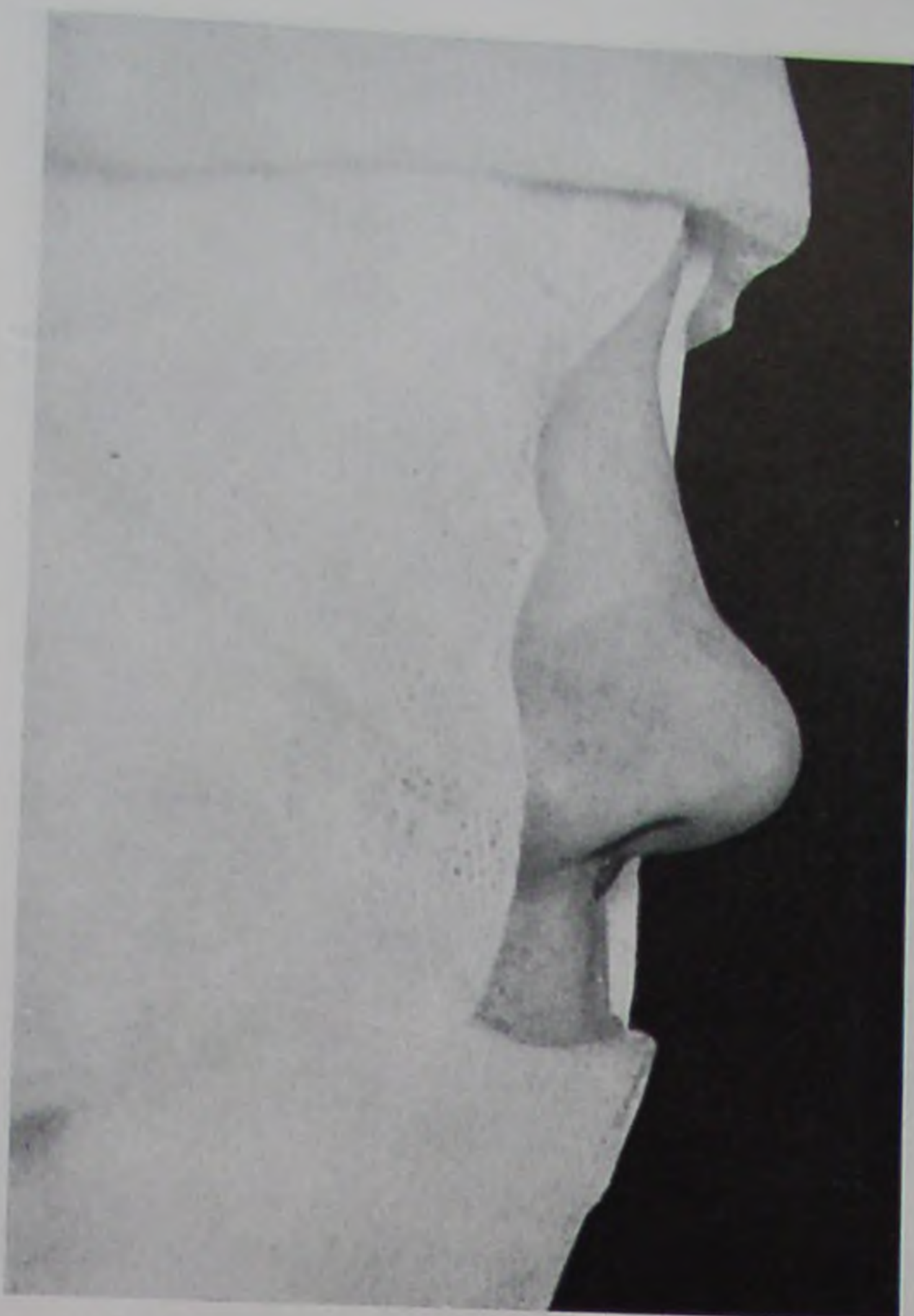
полностью восстановить правильную форму носа. Поэтому
глубокая запавшая спинка носа была пересажена через ра-
совую перегородку хрящевая пластинка, вырезанная из V
Латеральные части крыльчатых хрящей резецируют.



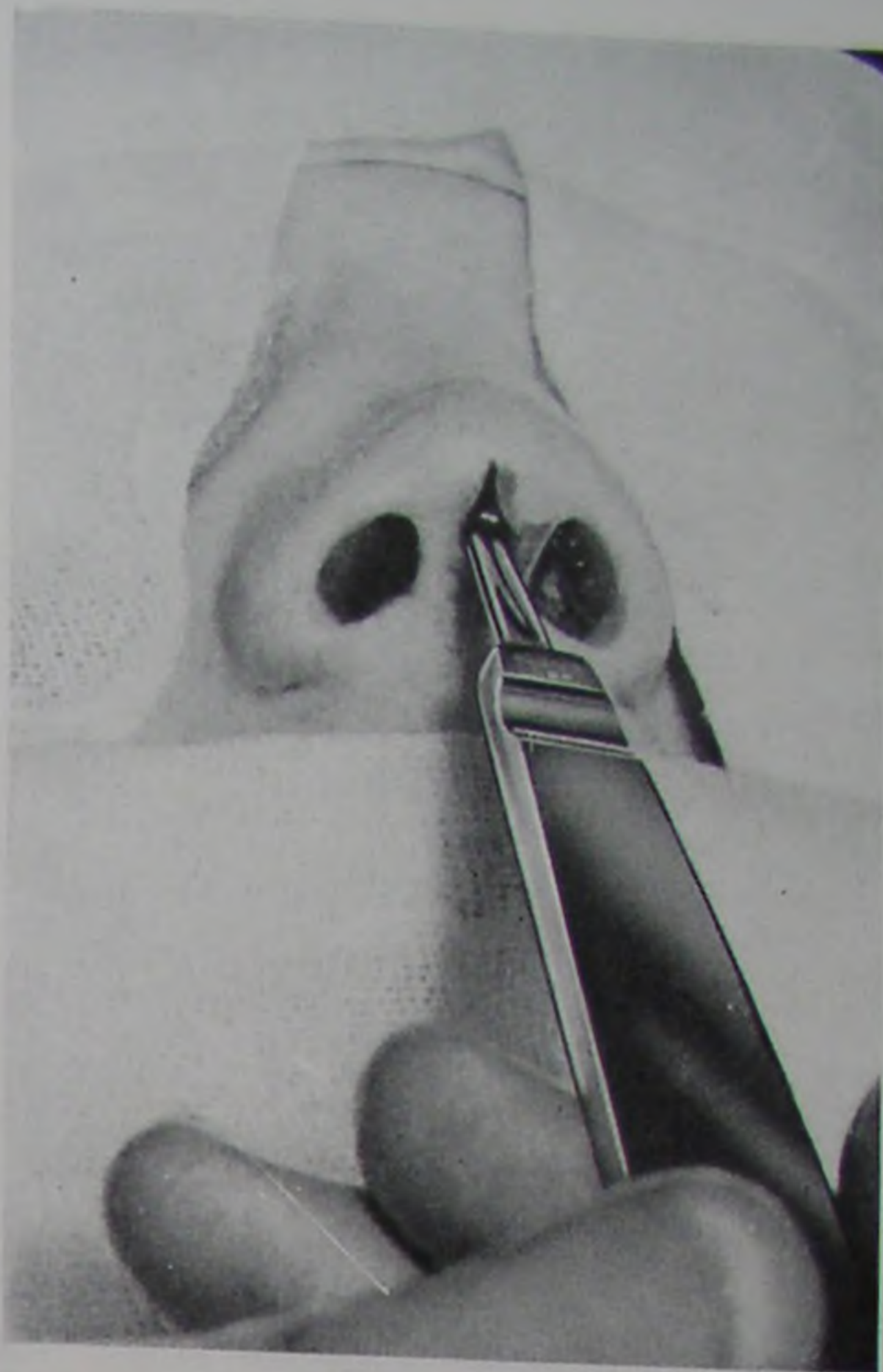
(3)



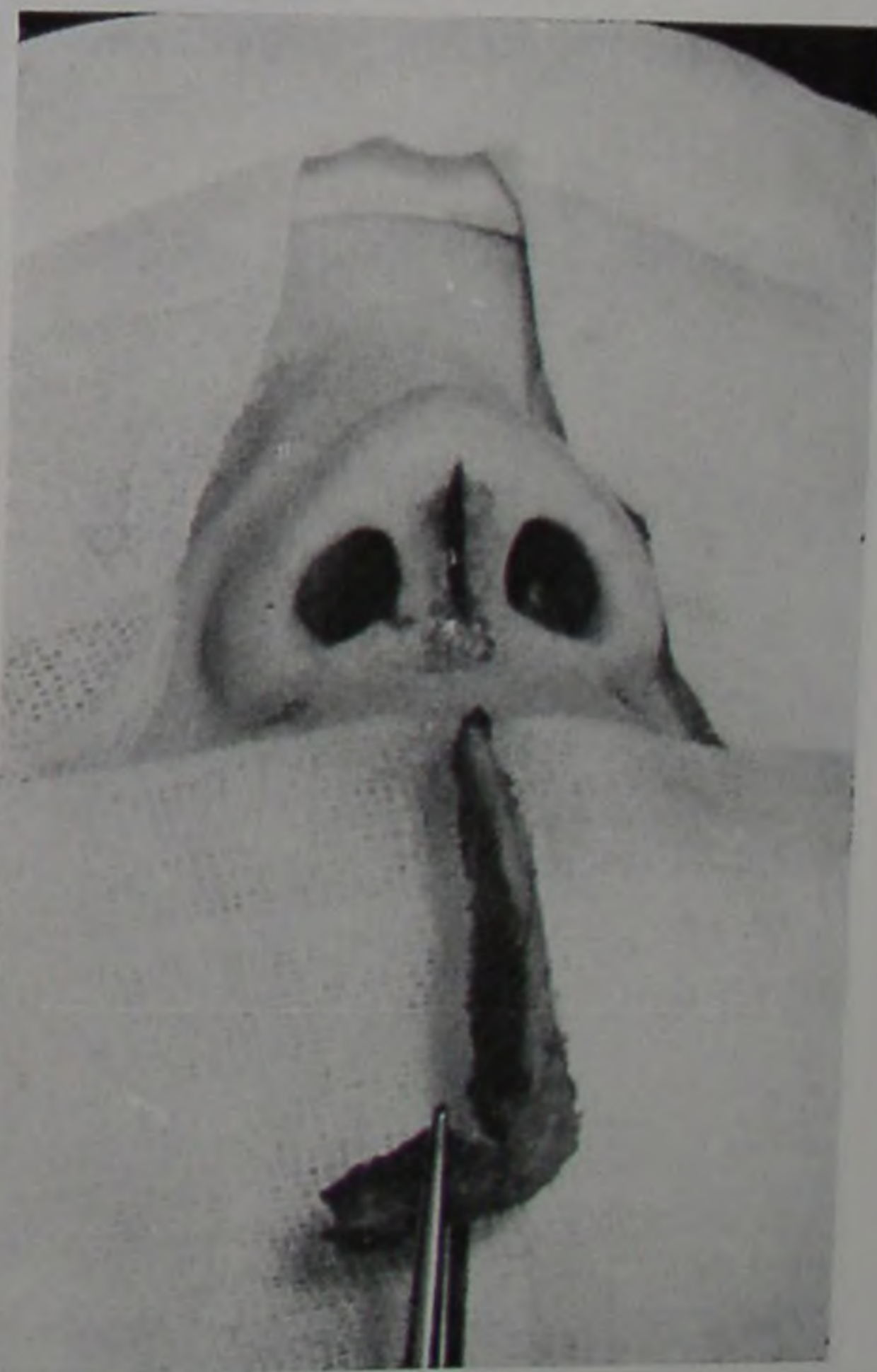
(4)



(1)



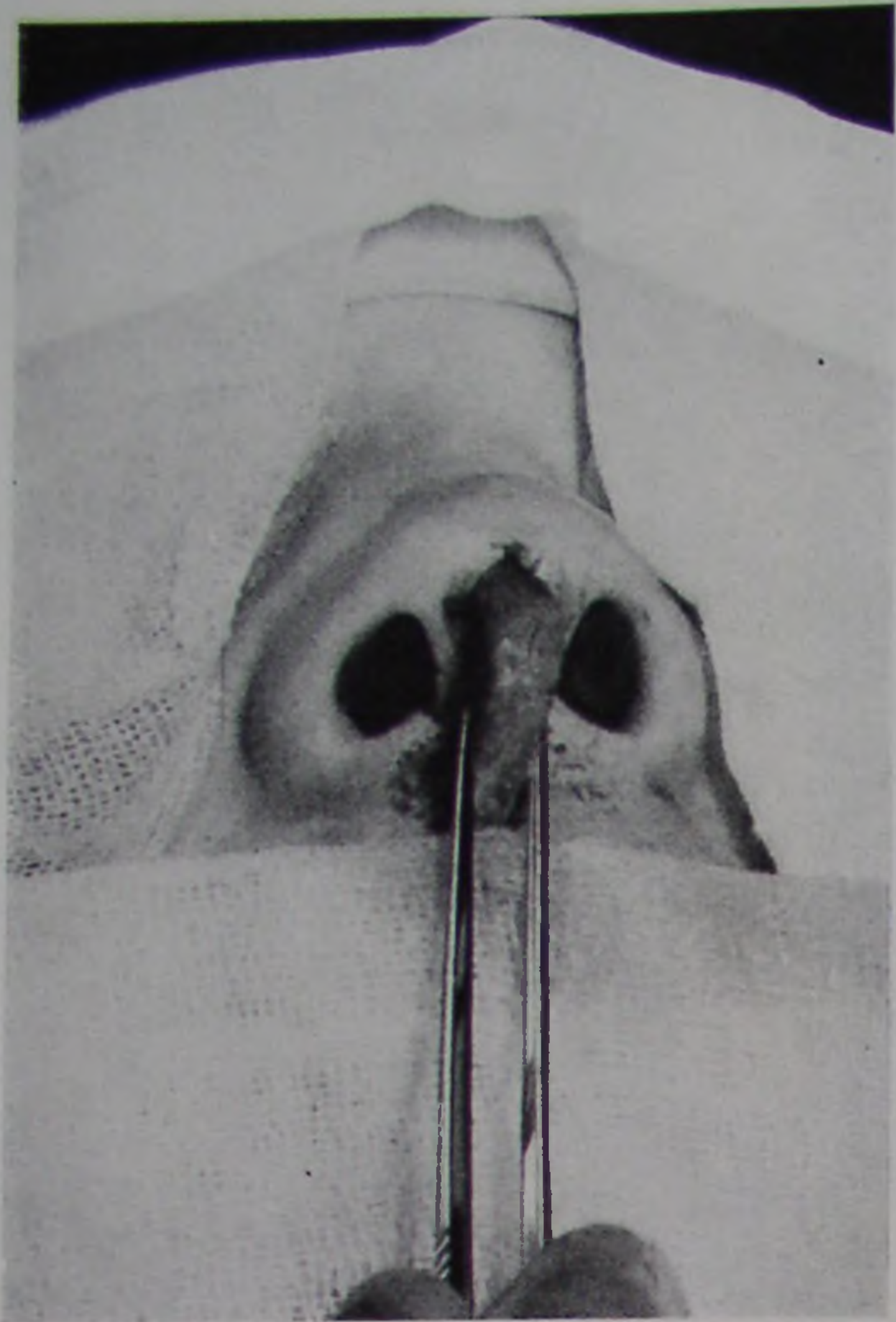
(2)



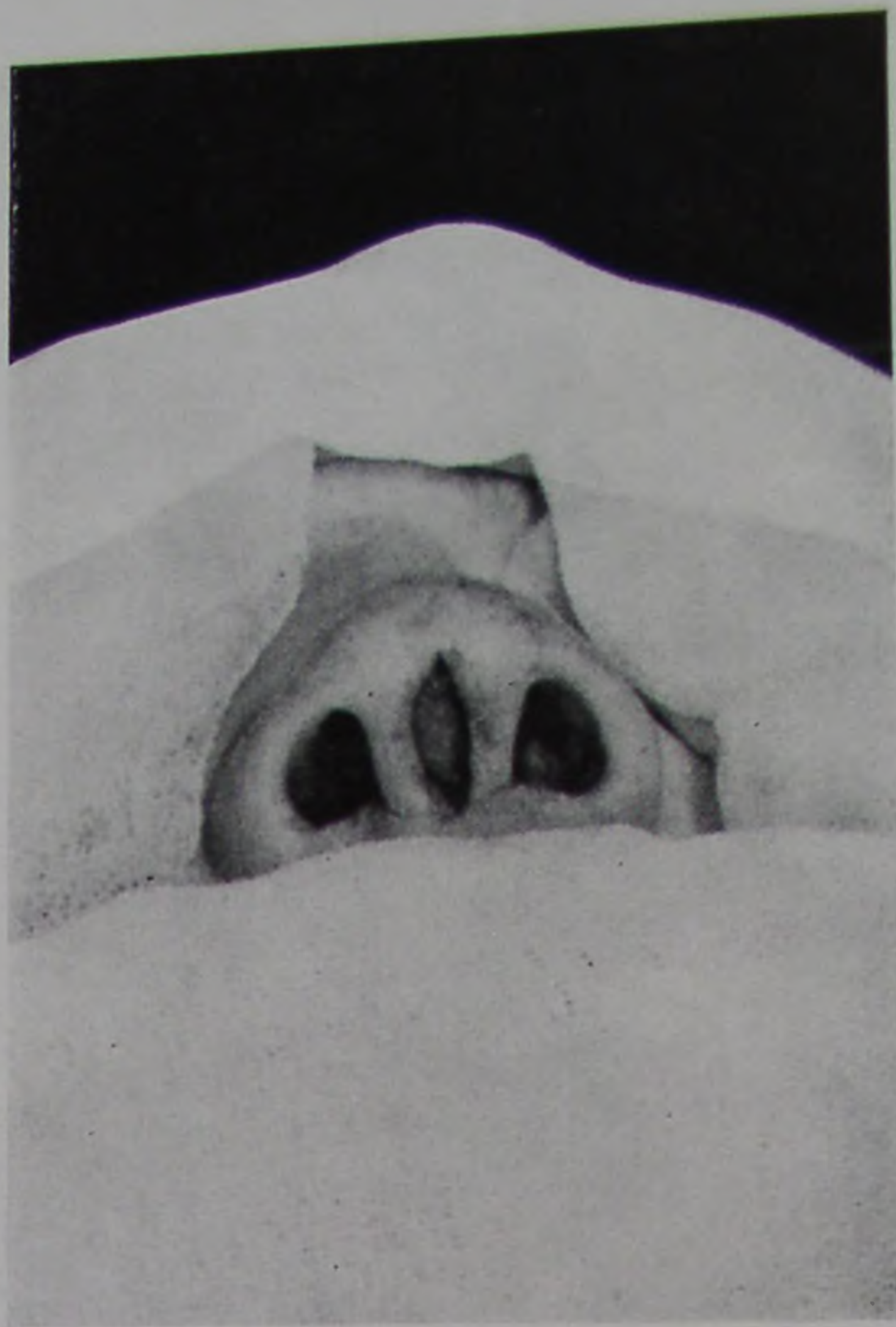
(3)

Р И С. 280.

Пересадка хряща в область спинки седловидного носа. Больной М. Л., 17 лет, история болезни № 37 994. 1. У больного имел место резко выраженный седловидный нос. После четырехкратной остеотомии нос был сужен, но прогнутая спинка носа была приподнята в весьма незначительной степени, так что после операции осталось значительное седловидное западение. — 2. Через небольшой медиальный разрез в кожной части носовой перегородки с помощью распатора создают туннель, идущий вверх до переносицы и доходящий в самой носовой перегородке до передней носовой ости. — 3. В приготовленный таким путем карман производят пересадку вырезанной из ребра хрящевой пластинки, которой придают форму крючка. Часть, предназначенная для



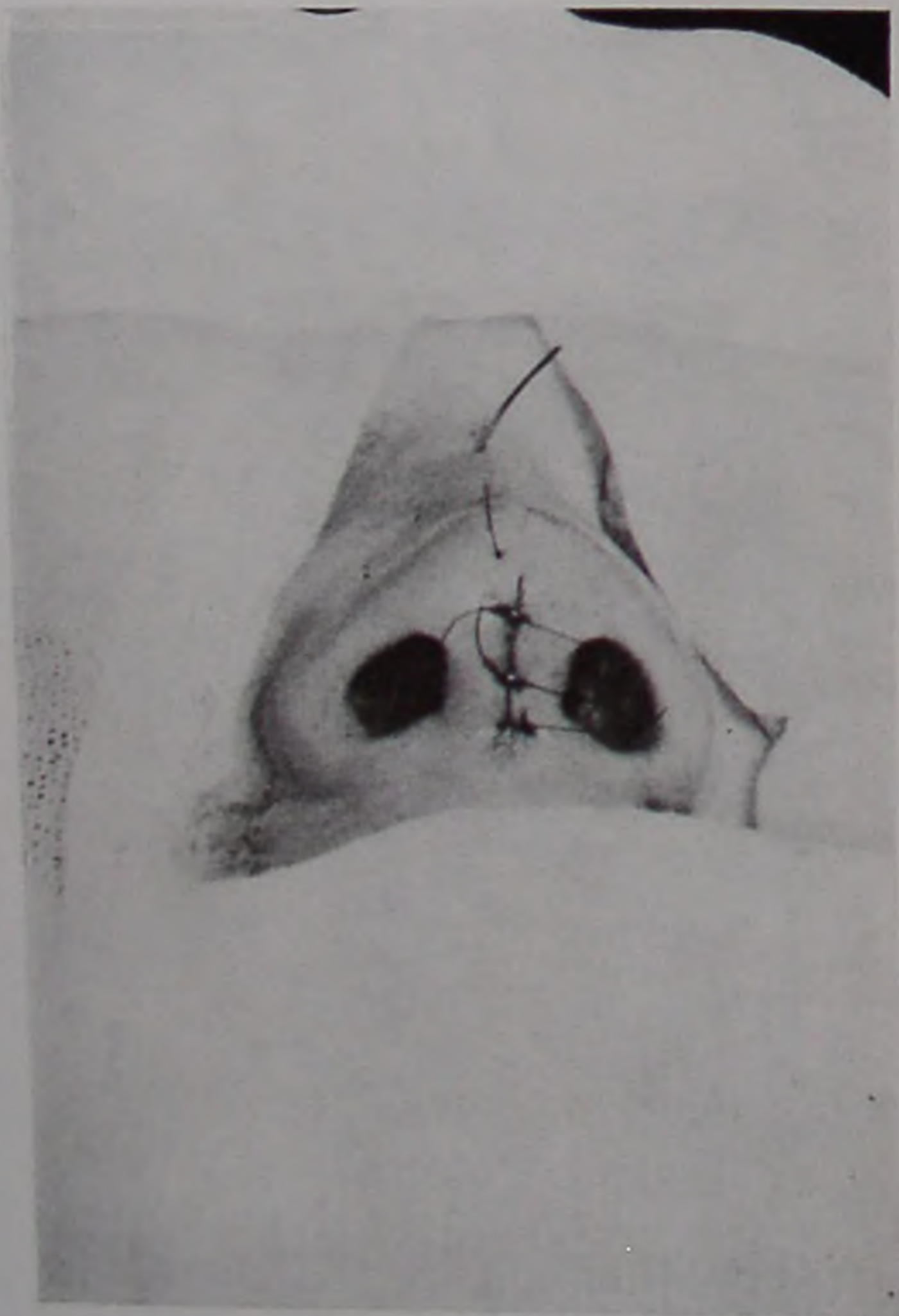
(4)



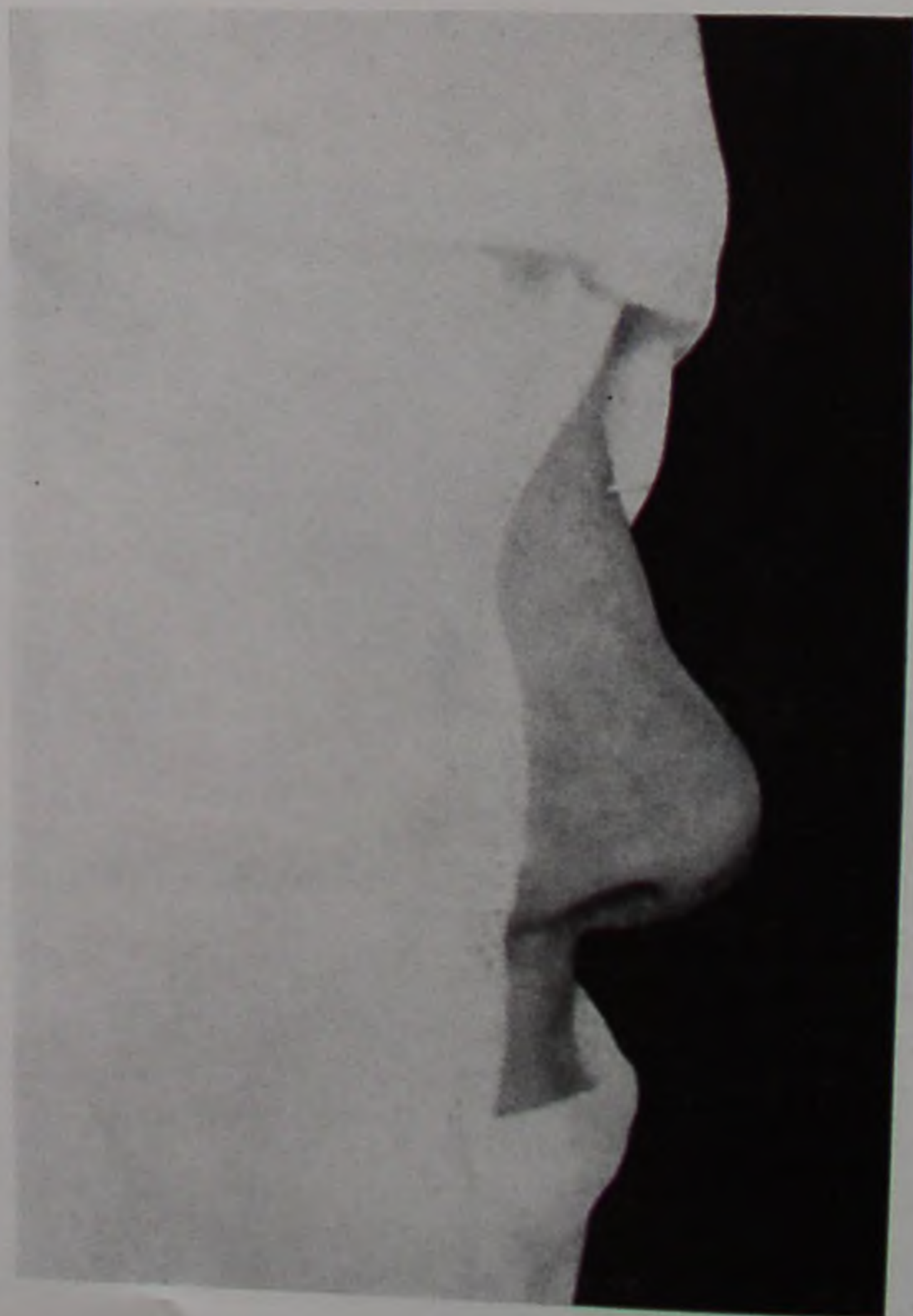
(5)

носовой перегородки, на конце углублена, чтобы хорошо прилегла к передней носовой ости. — 4, 5. Длинный конец имплантата вводят по ходу спинки носа, кожу кончика носа приподнимают, после чего выдолбленный конец короткого конца насаживают на

переднюю носовую ость. — 6. На рану в носовой перегородке закладывают внутрикожные и адаптационные швы, а верхний хрящик фиксируют в нужном положении при помощи иглы. — 7. Спинка носа удовлетворительно выравнена.



(6)



(7)

И С. 281.

(1)



(2)



седловидная деформация носа после перенесенной в детстве травмы. Больная М. М., 15 лет, история болезни № 6153. 1. Спинка носа уплощена. Кости массивны, раздвинуты. — 2. Через ме-

диальный разрез в носовой перегородке вводят хрящ, полностью лишенный надхрящницы. После операции профиль больной оказался вполне удовлетворительным.

И С. 282.

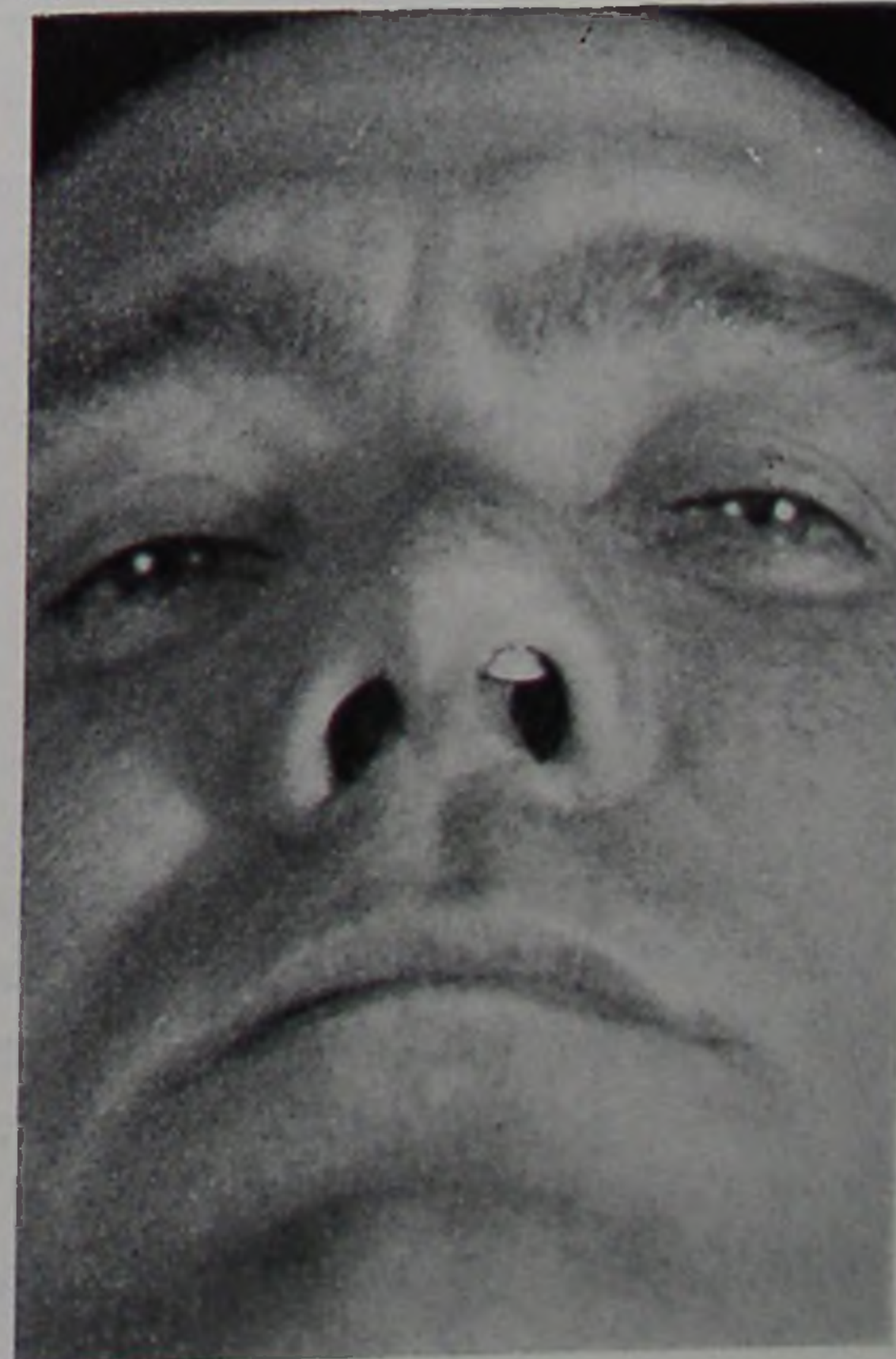
посттравматическая седловидная деформация носа. Больной М. В., 41 лет, история болезни № 2048. 1. Резко выраженная седловидная деформация носа, возникшая после перенесенной в детстве травмы. В область запавшей спинки носа произведена временная пересадка пластинки слоновой кости для отсепаровки кожи в

целях дальнейшей окончательной пересадки аутотрансплантата, вырезанного из реберного хряща. — 2. Пребывание вкладыша в области спинки носа протекало благоприятно. — 3. Однако через год после операции без видимой причины наступили выделения из левого носового хода, а вскоре после этого там появился конец имплантата из слоновой кости. Имплантат был удален. На операцию пересадки хряща больной не явился.

(2)



(3)



РИНОФИМА

К трем основным патогенетическим компонентам данного заболевания относятся: воспалительный процесс, гипертрофия сальных желез и васкулярная гиперплазия. Именно эти три момента и определяют оперативные методы, применяемые при данном заболевании. Опухоли следует срезать острым ножом или гальванокаустической петлей до основания, которым являются самые глубокие отделы сальных желез и кориума. Операцию производят под контролем пальца, введенного в ноздрю. Кровотечение можно уменьшить путем прибавления адреналина к анестетическому раствору, наложения кровоостанавливающих зажимов и коагуляции более крупных сосудов, давящими компрессами с горячим физиологическим раствором. Если в конце концов выяснится, что после операции не осталось достаточного количества эпителиальных элементов, то на раневую поверхность необходимо пересадить дермо-эпидермальный лоскут. В некоторых случаях наиболее простым способом операции является экстирпация всего новообразования до надхрящницы с последующей пересадкой на возникший дефект дермо-эпидермального трансплантата при соблюдении всех правил пластической хирургии (р и с. 283, 284).

ВОЛЧАНКА НОСА

Деформации носа, обусловленные волчанкой, встречаются очень часто и отличаются неблагоприятным характером. Рубцы после перенесенной волчанки отличаются большой плотностью, а возникающие изменения обычно распространяются далеко за пределы носа. Наблюдается тенденция к рецидивам волчаночного процесса. Вот почему многие авторы отказываются производить при волчанке пластические операции.

Ряд хороших результатов, достигаемых при хирургическом лечении волчанки, является, однако, достаточным обоснованием для того, чтобы у больного, по мере возможности, удалялись обезображивающие изменения даже в том случае, если можно предположить, что со временем наступит рецидив на пересаженной части, требующий дальнейшего пластического вмешательства. Перед тем как приступить к пластической операции, необходимо найти все очаги патологического процесса и удалить их (р и с. 285—293).

ЛЮЭТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ

При дефектах носа, возникающих на почве врожденного сифилиса, наблюдаются типичные изменения. Наступает гипоплазия скелета средней части лица, приводящая к развитию на лице углубления в виде блюдца (dish-face). В углублении располагается низкий широкий нос с седловидной спинкой, выступающим впереди кончиком, широкими приподнятыми ноздрями и толстыми крыльями. После остеопериостических процес-

сов возникают дефекты носовых костей и носовой перегородки, а иногда тяжелые рубцовые изменения и облитерация носовых ходов. Восстановительные операции при таких изменениях бывают весьма сложными и только в редких случаях удовлетворительными. Что касается внутриносовых протезов, предложенных Джиллисом, то в нашей практике они себя не оправдали (р и с. 294—296).

РАК НОСА

При раке носа в силе остается все то, что было сказано при рассмотрении рака лица. Особенно важным следует считать раннюю и радикальную экстирпацию раковых очагов. Как только опухоль перестанет быть подвижной, а это наступает быстро в связи с незначительной толщиной слоя подкожной клетчатки, недостаточной оказывается экстирпация опухоли даже с надкостницей; в таких случаях бывает необходимо произвести широкую резекцию кости во всю ее толщину вместе со слизистой носа. Кость следует удалять вокруг отверстия долотом в таком объеме, чтобы можно было сшить кожу со слизистой. В следующий период — выжидательный — мы рекомендуем производить контрольные пробные эксцизии из краев дефекта.

При опухолях малых размеров и небольшой давности, расположенных на стенке и боковых скатах носа, края дефекта после иссечения можно сдвигать. На кончике носа и на крыльях такое сдвигание краев раны осуществить невозможно, так как кожа здесь неподвижна. В таком случае следует пользоваться для замещения возникшего дефекта свободными трансплантатами или лоскутами из ткани, расположенной по соседству.

Дефекты, возникающие на почве волчанки, сифилиса, рака, а в наше время главным образом в результате ожогов, требуют полной пластики носа. Выбор оперативного метода должен быть строго индивидуальным, при планировании операции должны быть учтены все особенности дефекта.

Мы всегда стремились производить операцию самым простым способом, меньше всего обременяющим больного; следует также заботиться о том, чтобы хирургическое вмешательство, по мере возможности, не оставляло после себя нежелательных следов. Применяемые нами способы будут наглядно рассмотрены при описании отдельных случаев (р и с. 297—302).



(1)



(2)

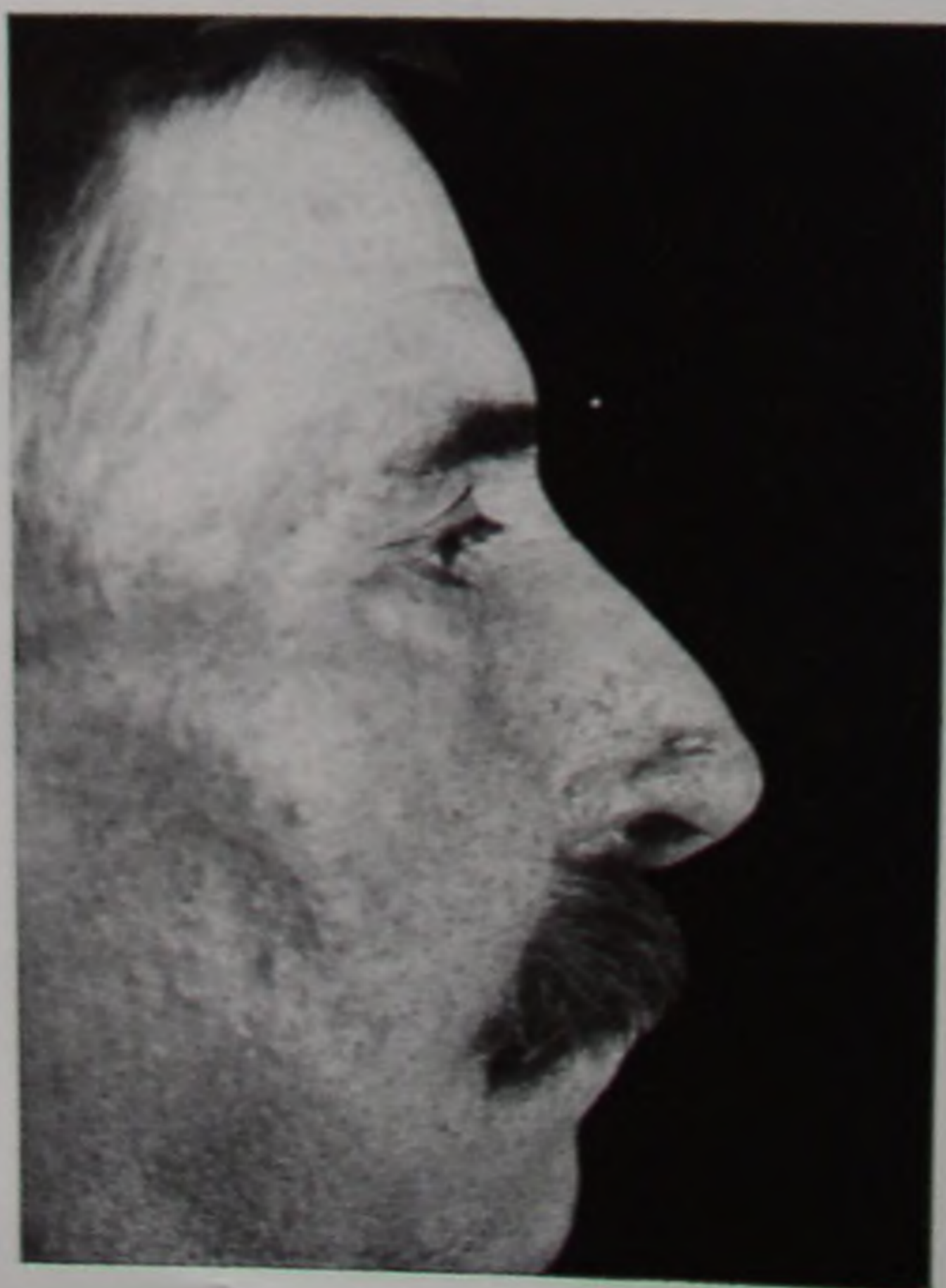
Р И С. 283.

Ринофима. Больной В. Г., 66 лет, история болезни № 6689. 1. Обычный тип дольчатой ринофимы, образованной за счет гипертрофии сальных желез и уплотненной в результате воспа-

лительного процесса стромы. — 2. Слои опухоли удалены электрокоагуляционной петлей. У больного были удалены почти все эпителиальные остатки сальных желез. Поэтому на нос был сразу же после операции пересажен дермо-эпидермальный трансплантат. Благодаря этому удалось значительно сократить срок лечения.



(1)



(2)

Р И С. 284.

Ринофима. Больной И. Т., 61 года, история болезни № 634. 1. Обширные узлы опухоли удалены электрокоагуляционной петлей. На поверхности носа остались лишь остатки наиболее глубоко расположенных сальных желез. — 2. Из этих остатков наступила эпителизация всей раны. Срезание пораженных частей на нужную глубину облегчается путем введения в соответствующее носовое отверстие пальца, под контролем которого производят операцию. Если на поверхности носа остаются неровности, то их иногда приходится выравнивать путем шлифовки.

Р И С. 285.

Цветущая форма быстро разрастающейся волчанки. Больная М. Д., 20 лет, история болезни No 61. 1. Полная деструкция хрящевого отдела носа. На оставшейся части носа имеются туберкулезные язвы, а на верхней губе и щеках — туберкулезные узелки. При помощи электроскальпеля удалена кожа со всего остатка носа, удалено скопление узелков на щеках и на верхней губе. На дефекты, возникшие на щеках и на верхней губе, пересажены свободные трансплантаты кожи во всю толщину. К носу с плеча подшит трубчатый лоскут. При следующей операции в область спинки носа пересажена пластинка реберного хряща, поддерживаемая второй тонкой хрящевой пластинкой, вживленной в носовую перегородку. — 2. Больная после окончания лечения перед следующей пластической операцией. — 3. Конечный результат. Больная через 4 года после начала лечения.



(1)



(2)



(3)



(1)



(2)



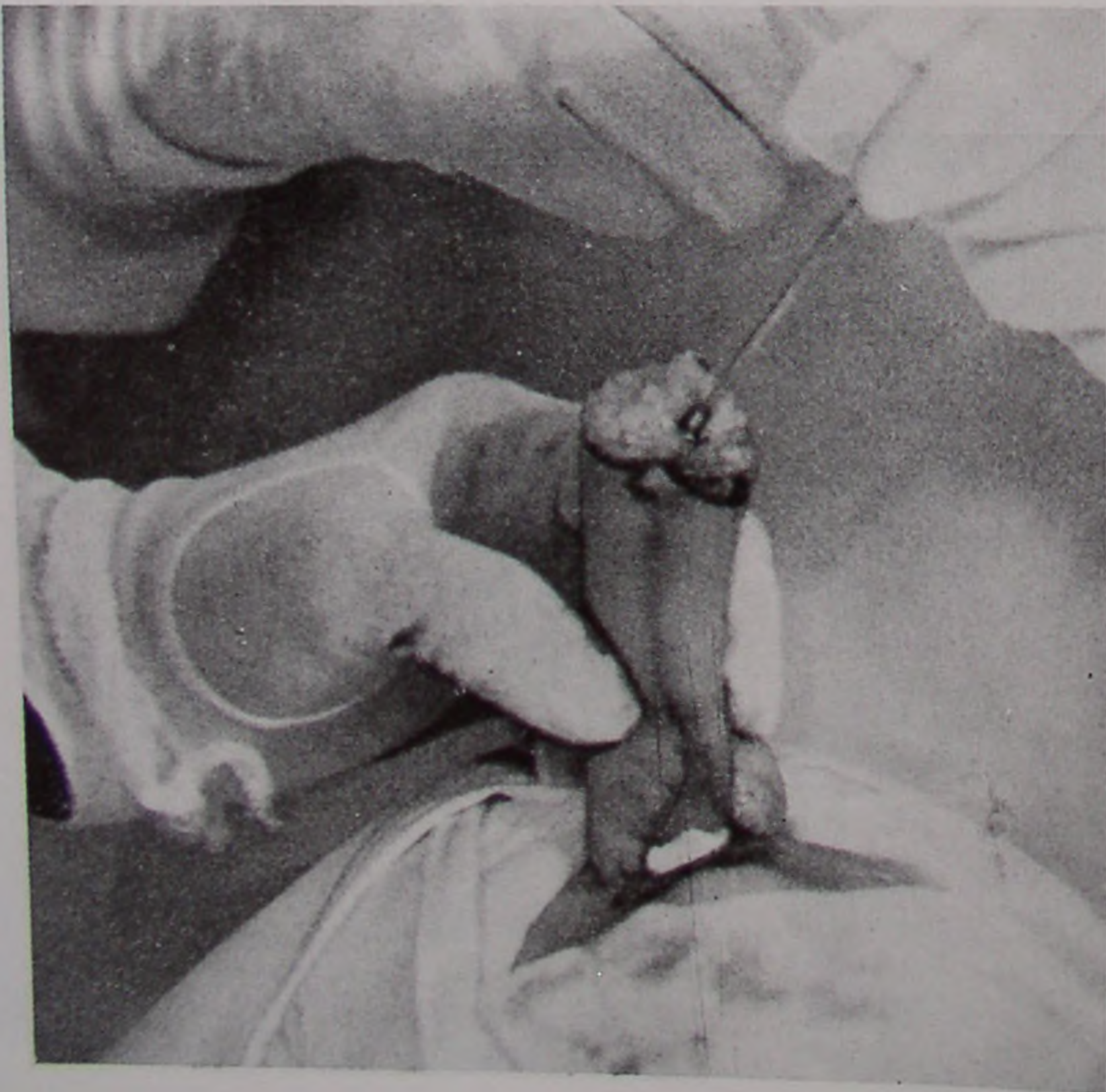
(3)

Р И С. 286.

Пластика носа после радикального удаления очагов цветущей волчанки. Больная В. Д., 16 лет, история болезни № 556. 1. Цветущая волчанка носа и прилежащих участков щеки и подбородка. — 2. Состояние после электроэксцизии цветущих очагов вол-

чанки. — 3. Пересадка трубчатого лоскута с плеча. — 4. Трубчатый лоскут отсечен от промежуточного реципиента. — Иссекают рубец на задней поверхности стебля и удаляют кожножировую клетчатку за исключением тонкого слоя

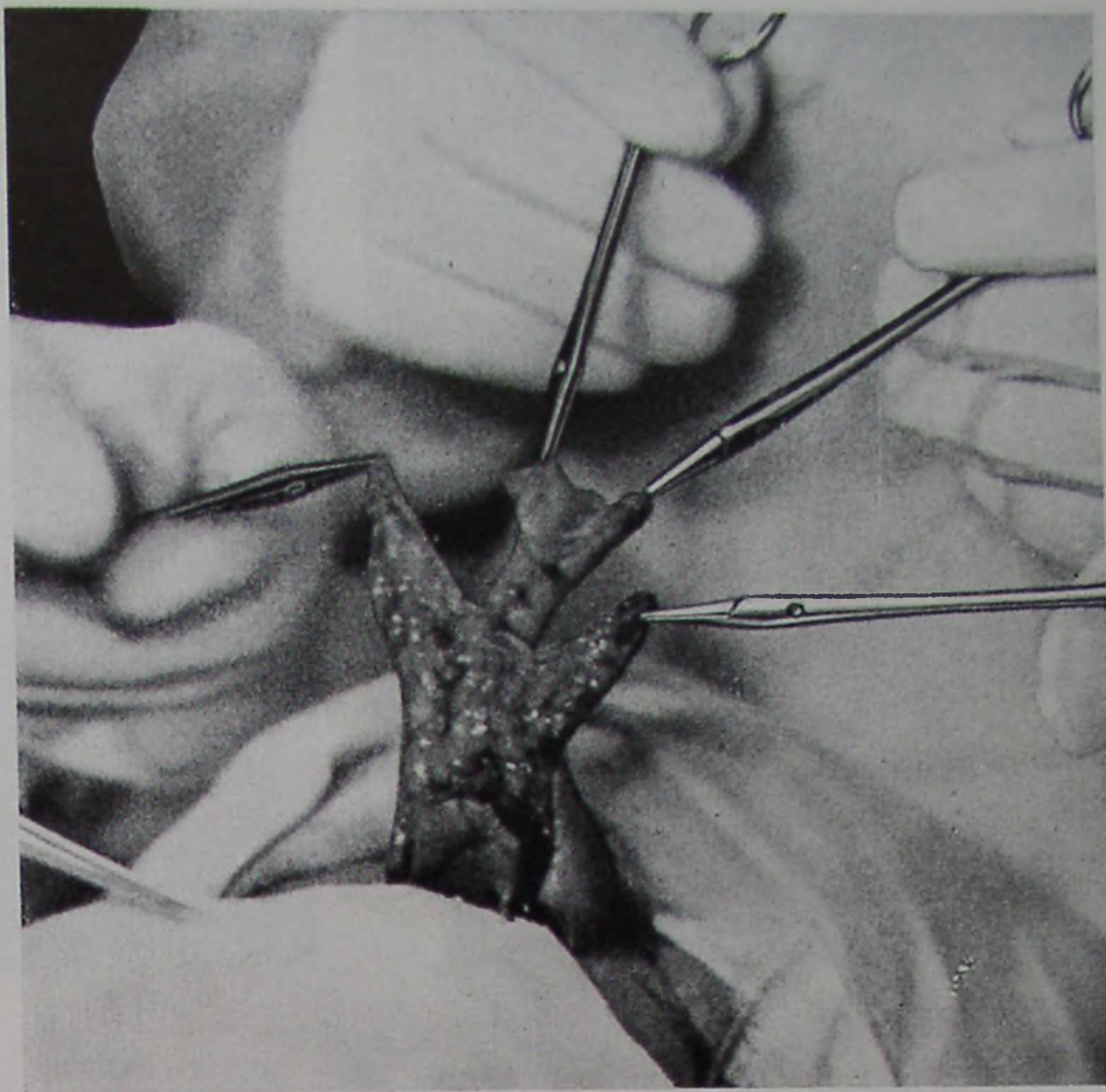
(4)



(5)

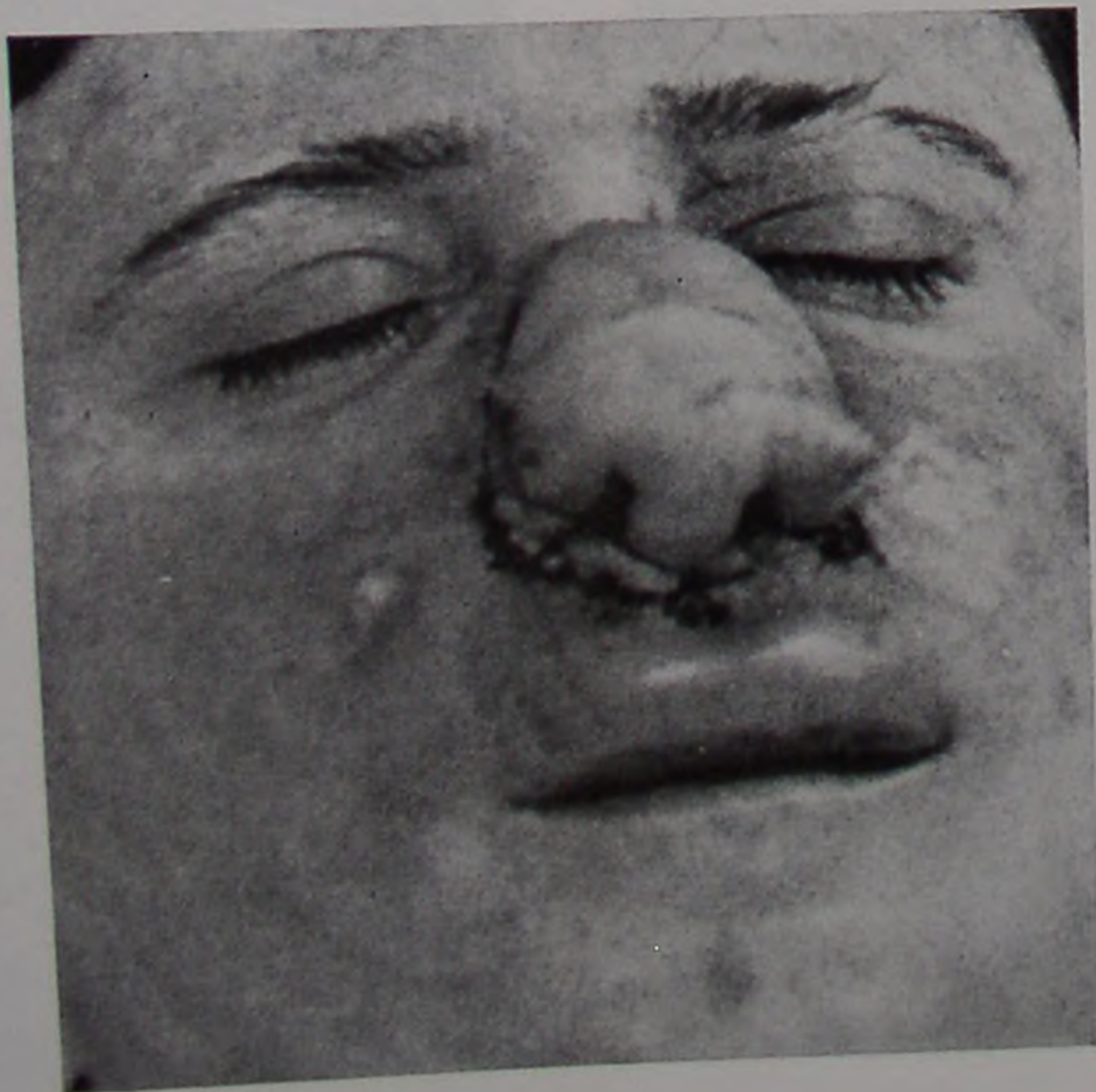


м, толщина которого не превышает 2—3 мм. — 6. Конец
рассекают на три части, примерно одинаковой ширины.
лента предназначена для носовой перегородки, боковые
— для внутреннего и нижнего крыльев носа. — 7. Для
вания крыльев носа и носовой перегородки на соответ-
ных местах создают ложа, в которые пересаживают отдель-
ные лоскуты. При этом их края пришивают к краям
внутренней оболочки носа, а края средней ленты — предназ-
на для носовой перегородки — взаимно сшивают и при-
шивают к нижней части носовой перегородки. — 8. Больная
3 лет после операции. Хрящ, пересаженный в область
носа, сместился в левую сторону. На коже носа образо-
многочисленные эктазии. Рецидива волчанки не наступило.

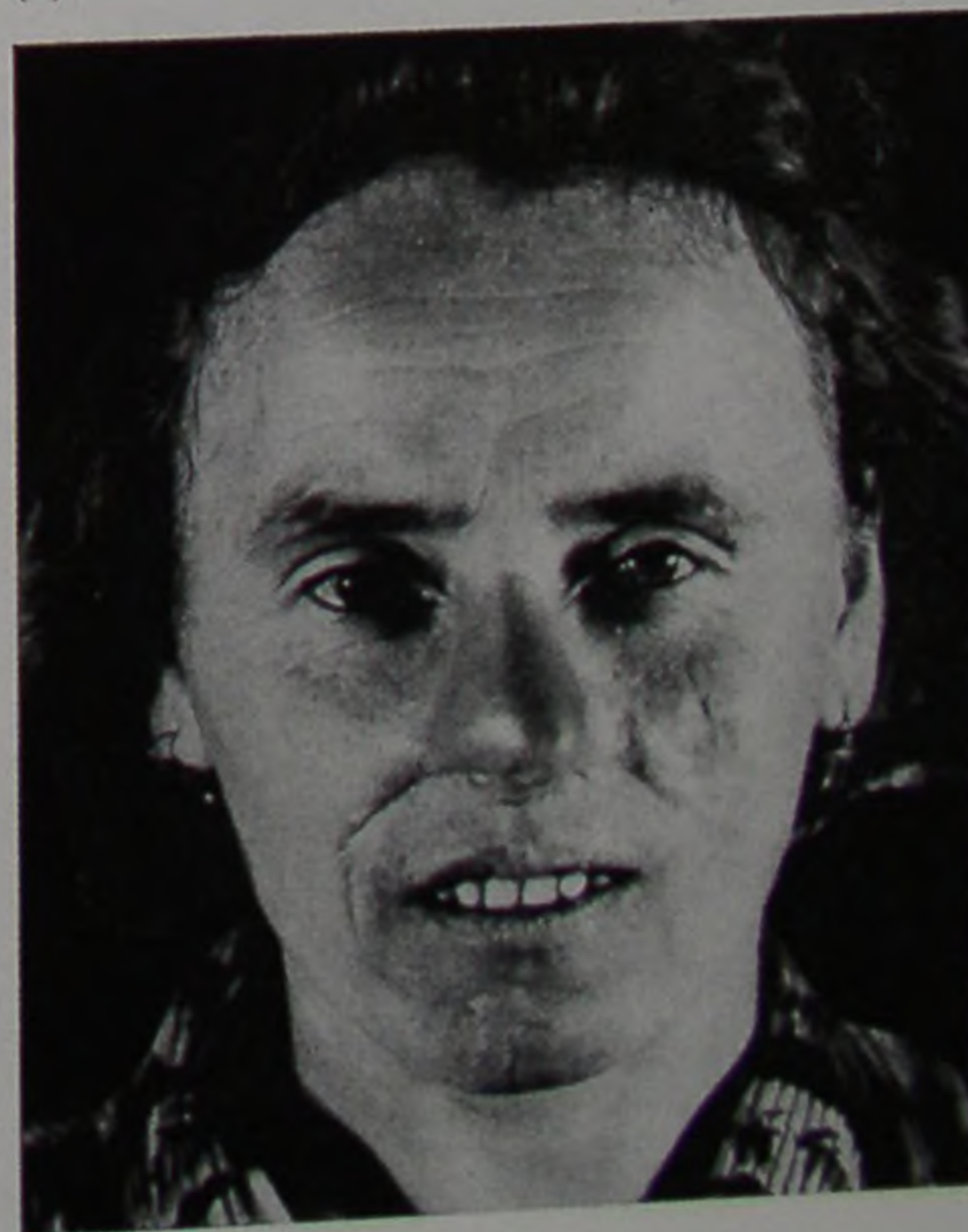


(6)

(7)



(8)





(1)



(2)



(3)

Р И С. 287.

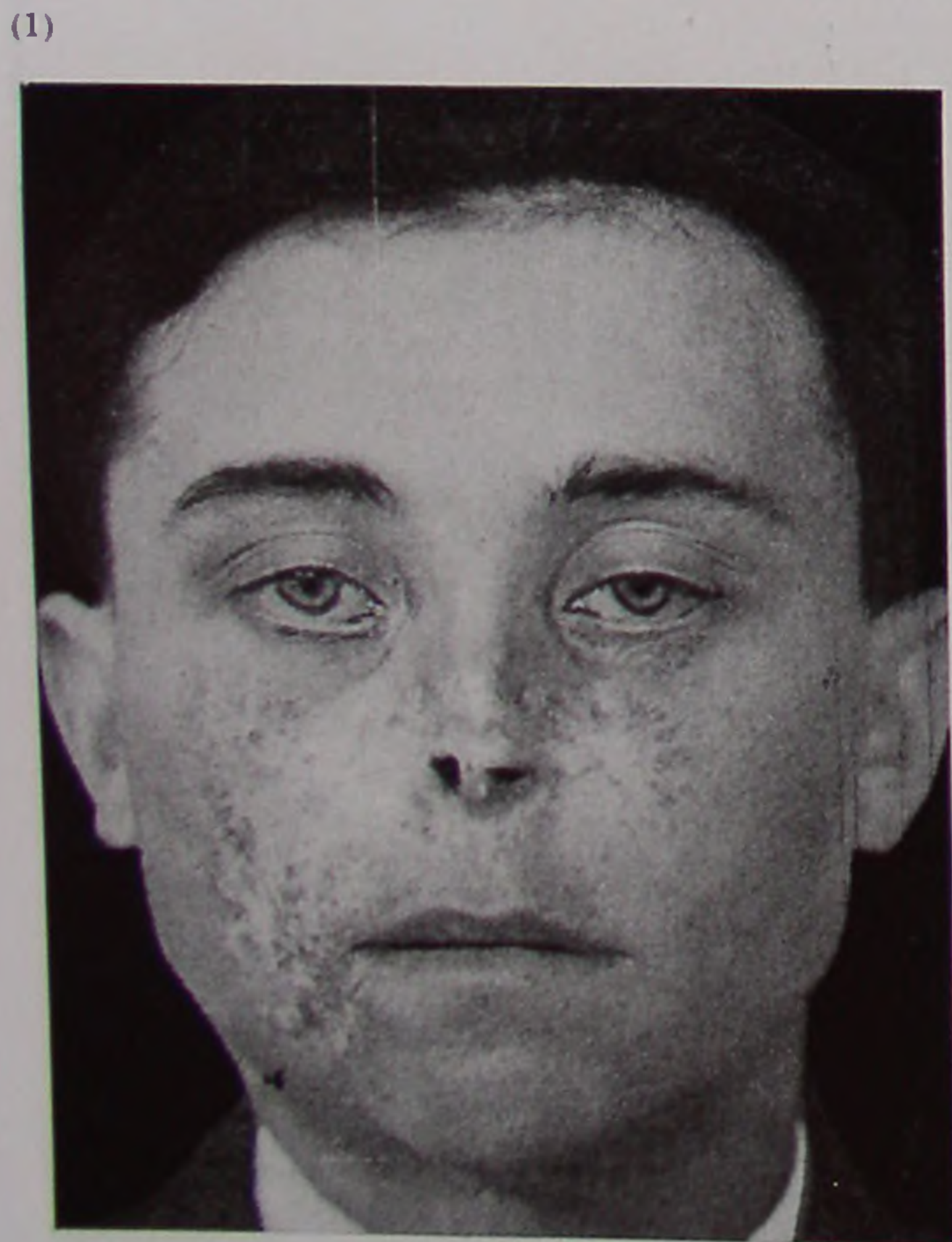
Цветущая волчанка носа с далеко зашедшей деструкцией и одновременным рубцеванием. Больная К. Л., 18 лет, история болезни № 927. 1. Обширное скопление узелков на щеках и в около-ротовой области. Методика лечения аналогична той, которая была

применена у больного на рис. 284. — 2. Вид после пересадки трубчатого лоскута и хрящевого трансплантата. На щеках свободные лоскуты. В дальнейшем был произведен ряд дополнительных пластических операций. — 3. Больная через 11 лет после окончания лечения. Рецидива не наступило. Лечение длилось с 1927 по 1943 год.)

Р И С. 288.

Пластика, производимая одновременно с удалением очагов цве-

тушей волчанки. Больной А. Ш., 19 лет, история болезни № 933. 1, 2. Хроническая рубцующаяся волчанка с повторяющимся воспалением узелков. — 3. Вид после пластики носа и



(1)



(2)



(3)

пересадки свободных кожных трансплантатов на правую щеку. — 4. Больной через 11 лет после операции. — 5. Больной через 15 лет после окончания лечения. Рецидива не наступило. (Лечение длилось с 1931 по 1948 год.)

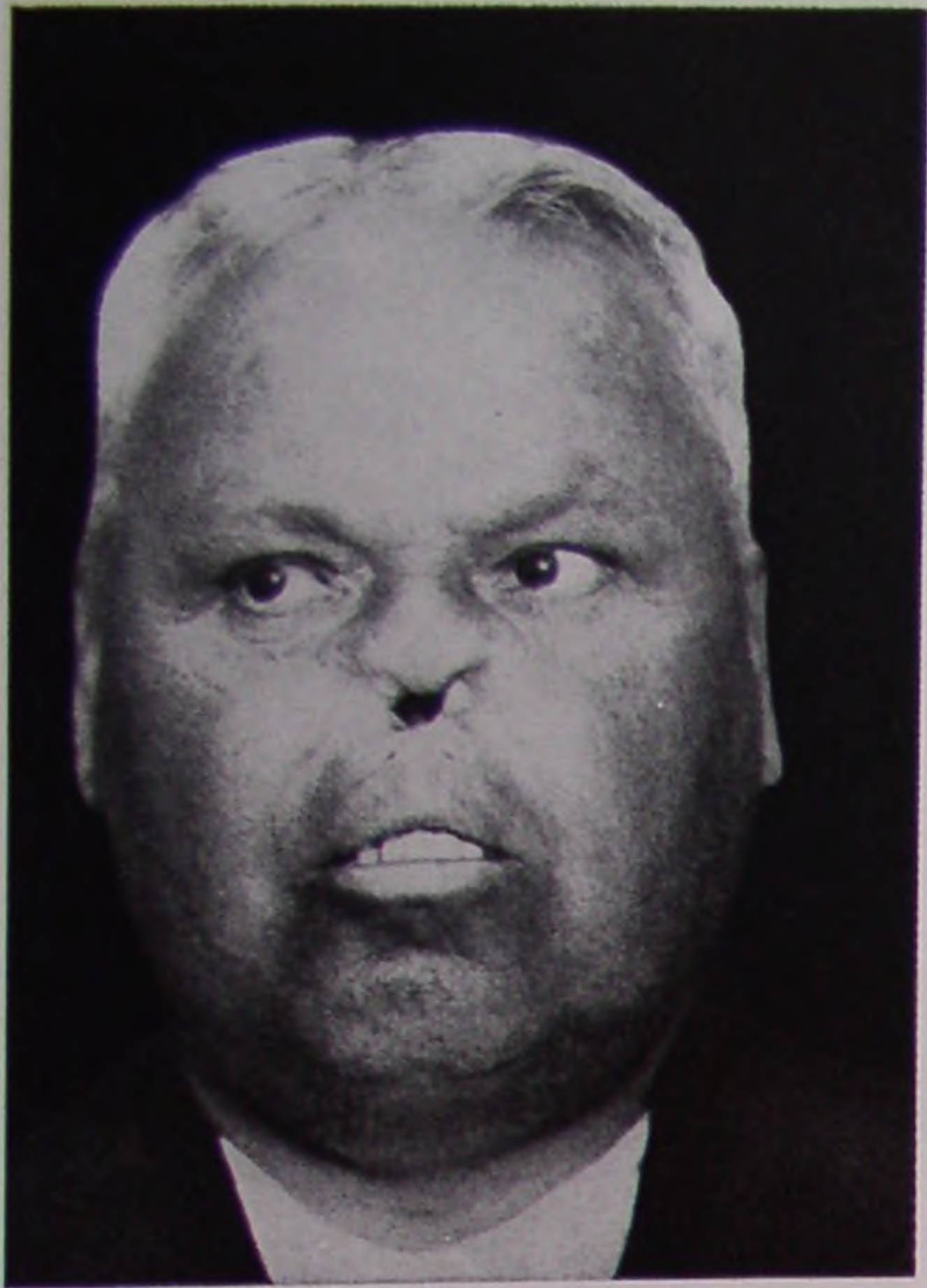


Р И С. 289.

Дефект носа после перенесенной волчанки. Больная Б. К., 20 лет, история болезни № 1276. 1. Дефект левого крыла носа, напоминающий своим внешним видом врожденную колобому передней половины носа. Большая часть наружной ножки крыльчатого хряща была уничтожена. — 2. Из кожи, окаймляющей дефект, была создана внутренняя оболочка. Эта кожа очень хорошо васкуляризована. После иссечения тканей вокруг раны возникла широ-

кая кайма здорового корнума. На эту рану произведена пересадка сложного трансплантата выкроенного с задней поверхности ушной раковины, в состав которого входит кожа и прилежащая часть хряща ушной раковины. Трансплантат хорошо прижился. Через 2 месяца после операции были произведены небольшие хирургические вмешательства с целью улучшения внешнего вида рубцов. Вид через 3 месяца после первой операции.

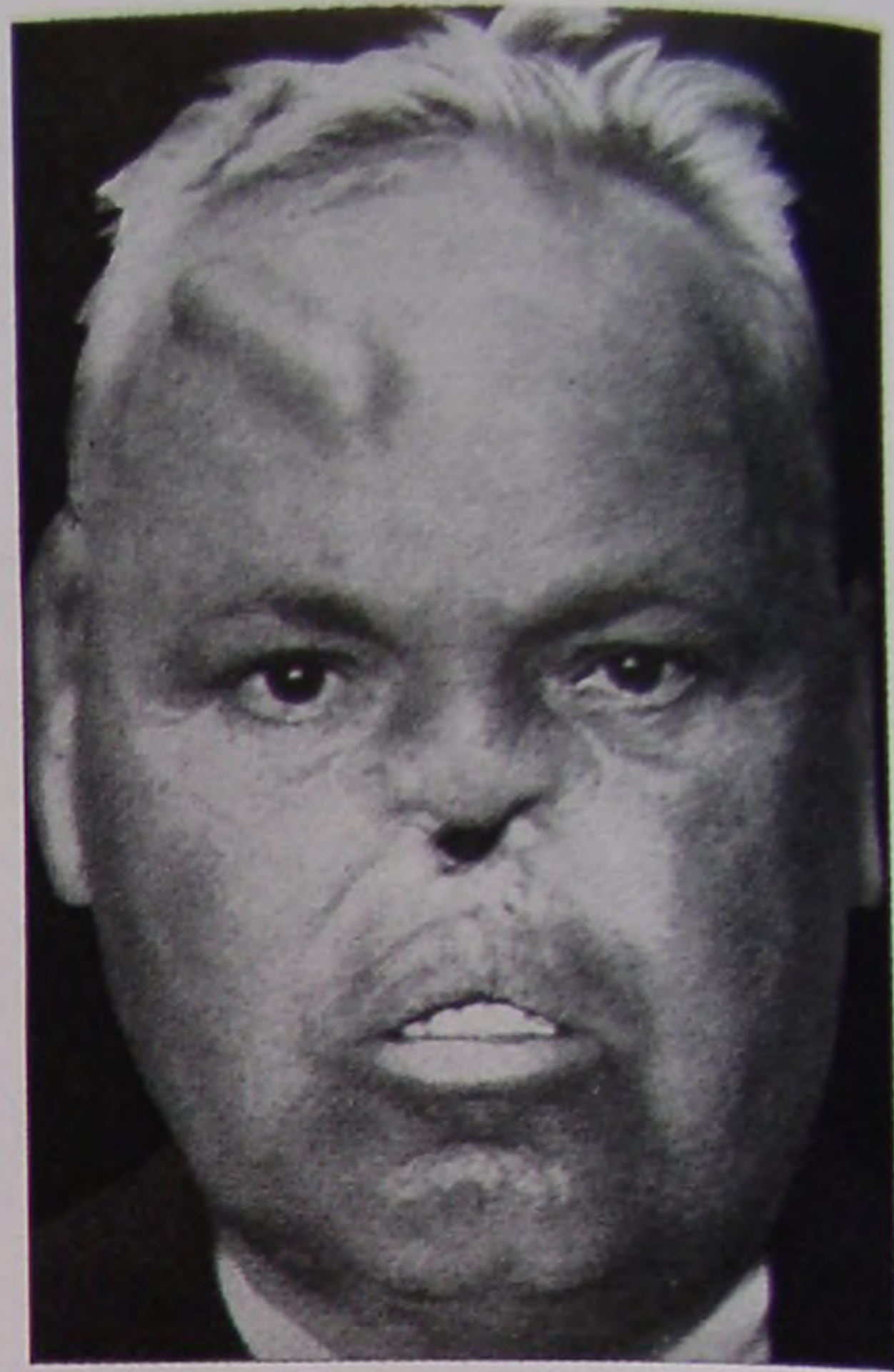




(1)



(2)



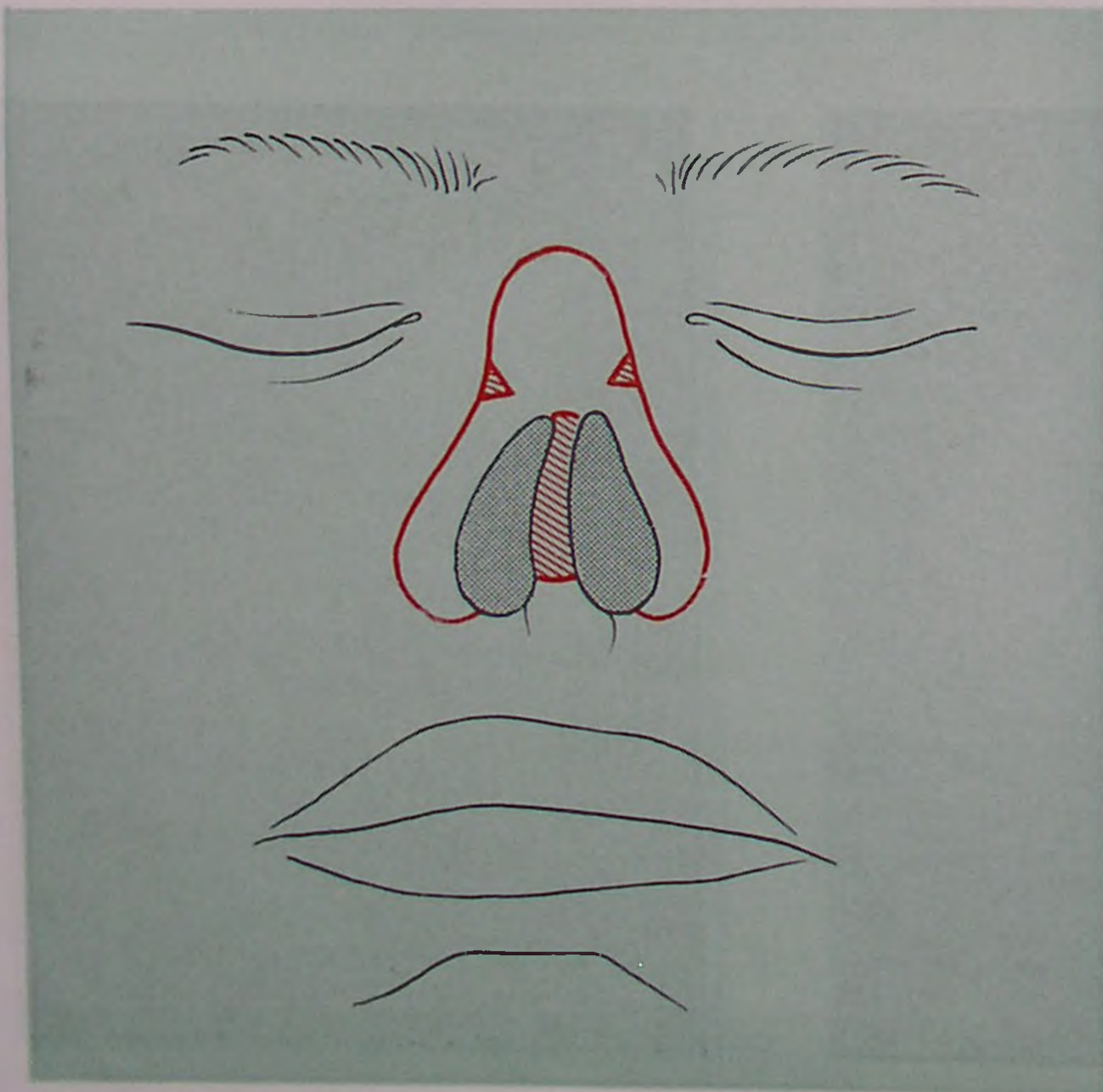
(3)

Р И С. 290.

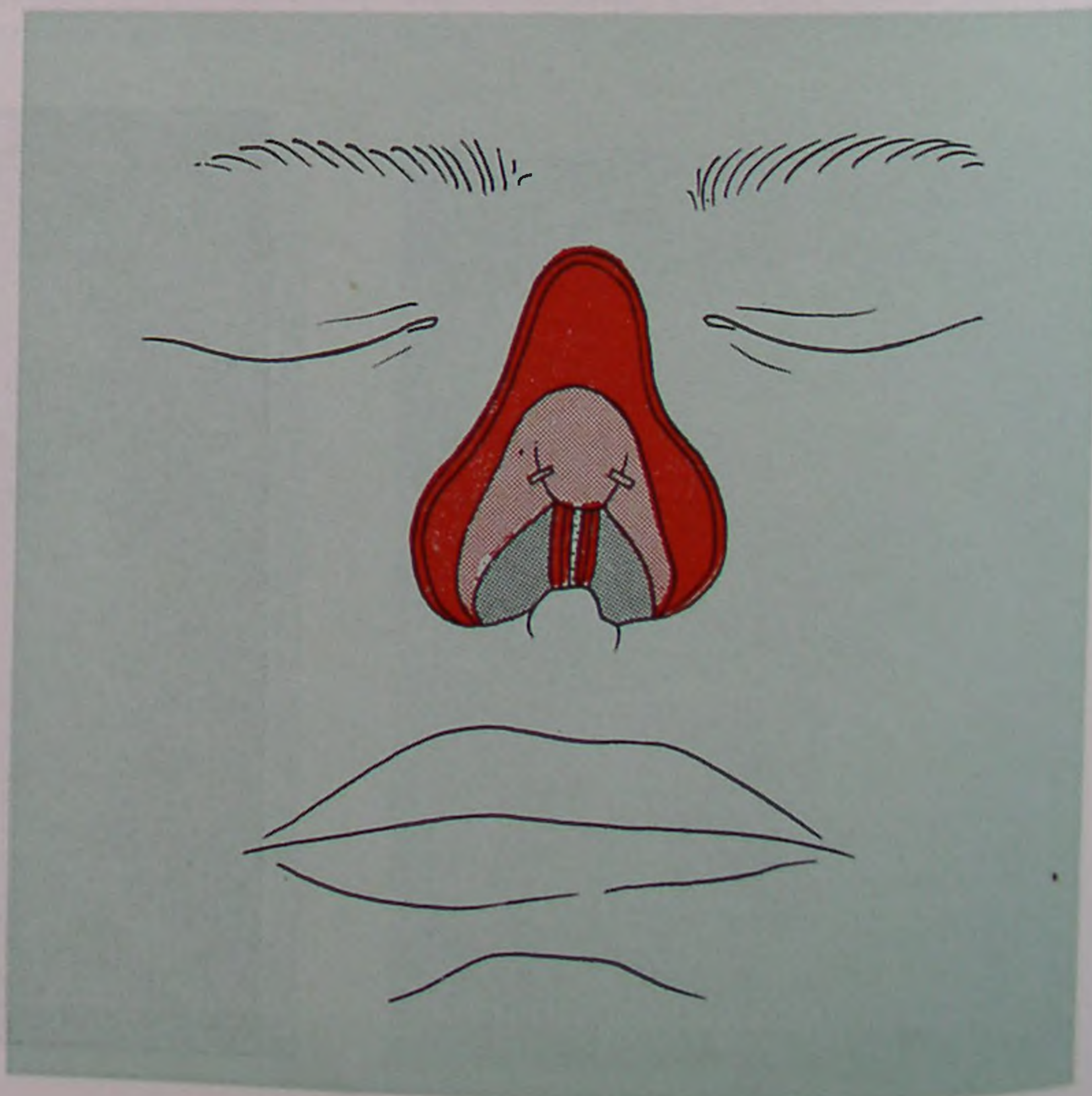
Полный дефект носа и частичный дефект верхней губы после перенесенной волчанки. Больной И. В., 62 лет, история болезни № 505. 1, 2. Губа приподнята тягой рубца, направляющегося

в носовой ход. Неполное закрытие рта. Остаток кожи образует складки в области переносицы. — 3. В область лба в направлении оси будущего стебля пересажен брусок реберного хряща. — 4. В целях освобождения носового отверстия вокруг него был иссечен рубец, намечены разрезы, произведенные с целью использования кожи культи носа при создании внутренней оболочки. — 5. Кожа смещена к носовому ходу. После нескольких

(4)



(5)





(6)

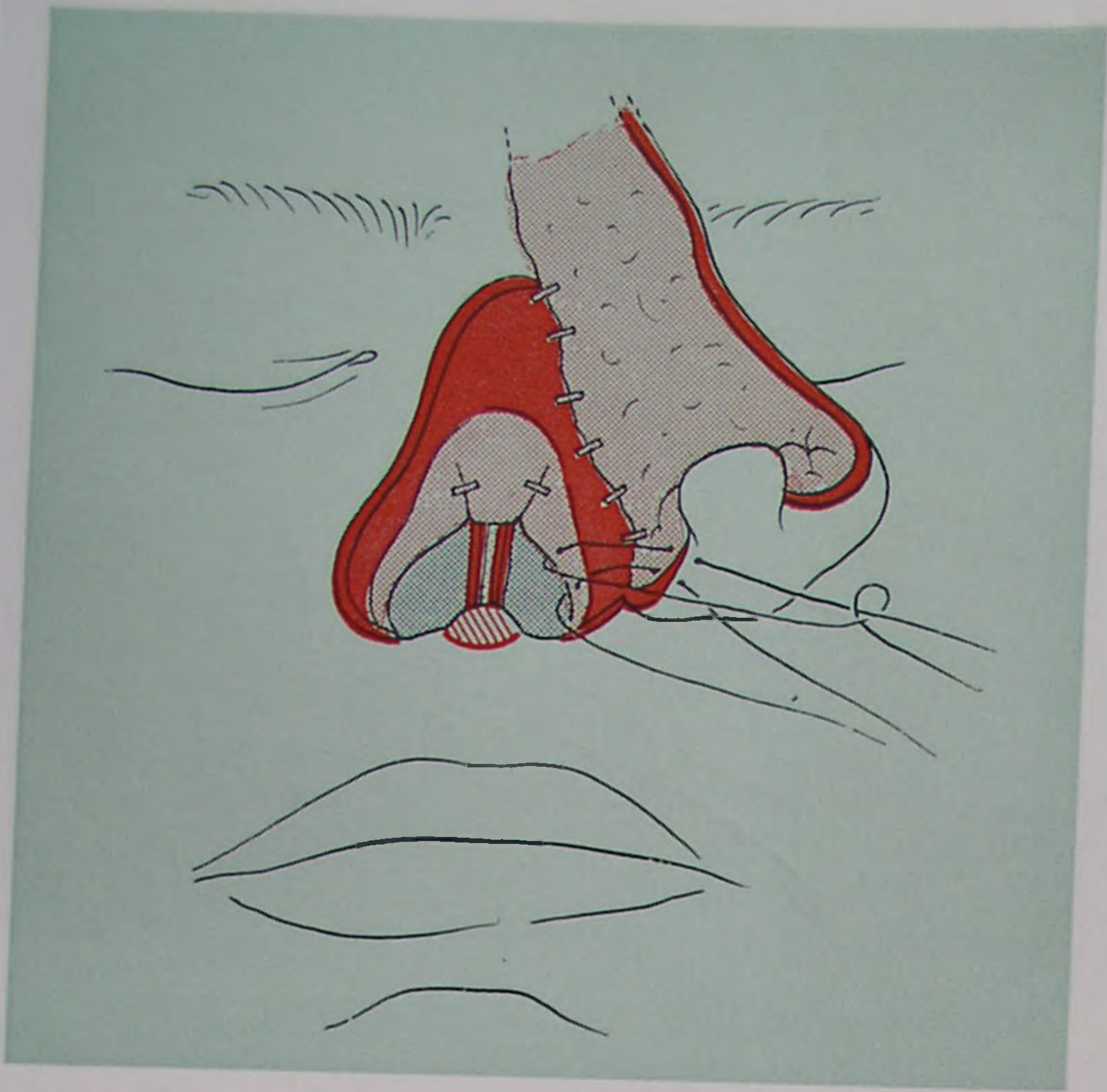


(7)

(8)



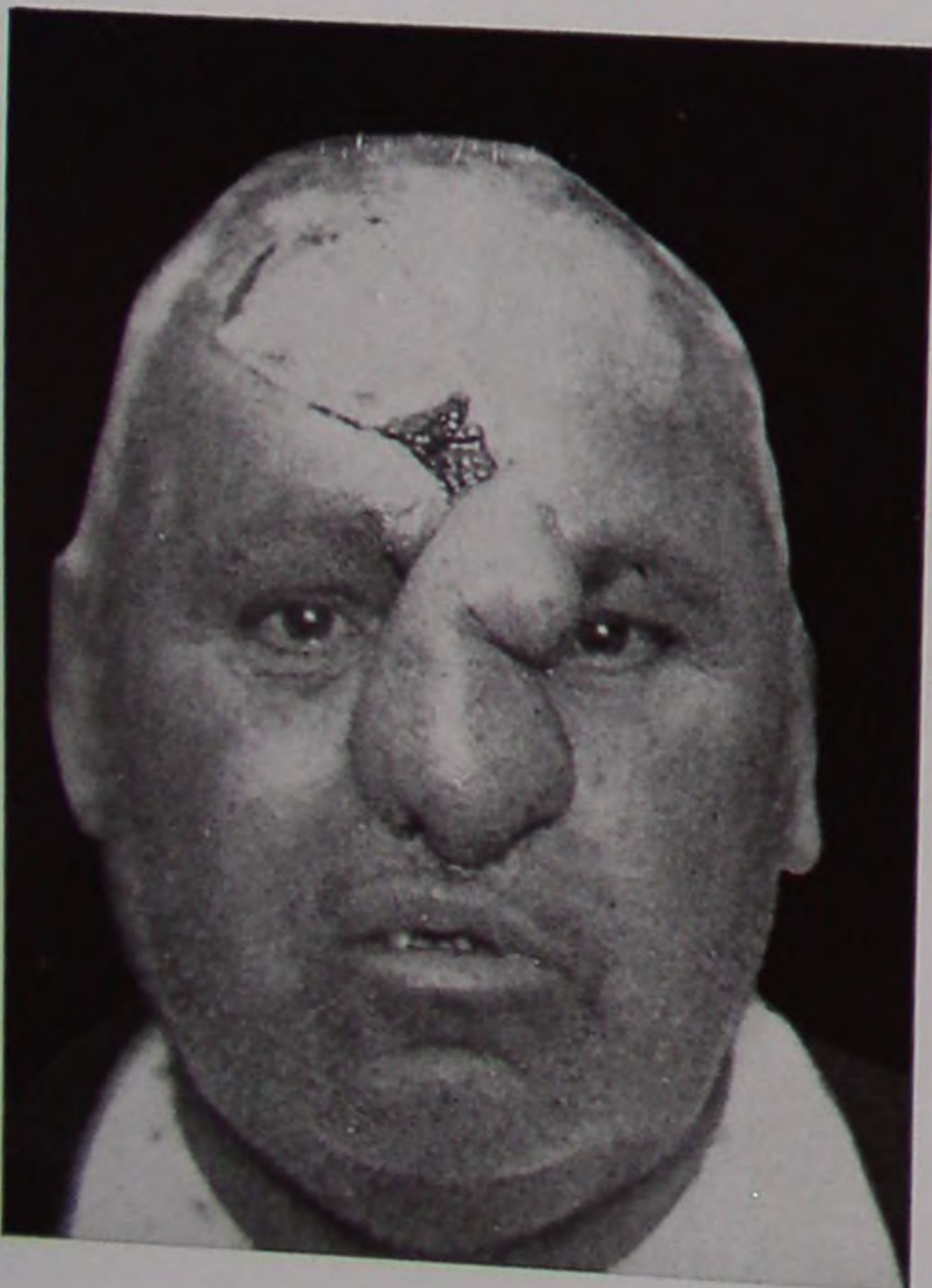
небольших иссечений сформирован свод. — 6. Лоскут (со лба, с плеча, или трубчатый) используется для формирования крыльев носа и носовой перегородки в общем одинаковым образом. Среднюю часть нижнего края сжимают пальцами. — 7. Края образованной таким путем складки — будущей носовой перегородки — сшивают и загибают внутрь. — 8. Задний край созданной описанным образом носовой перегородки пришивают к нижней поверхности лоскута в месте, соответствующем будущему кончику носа. —



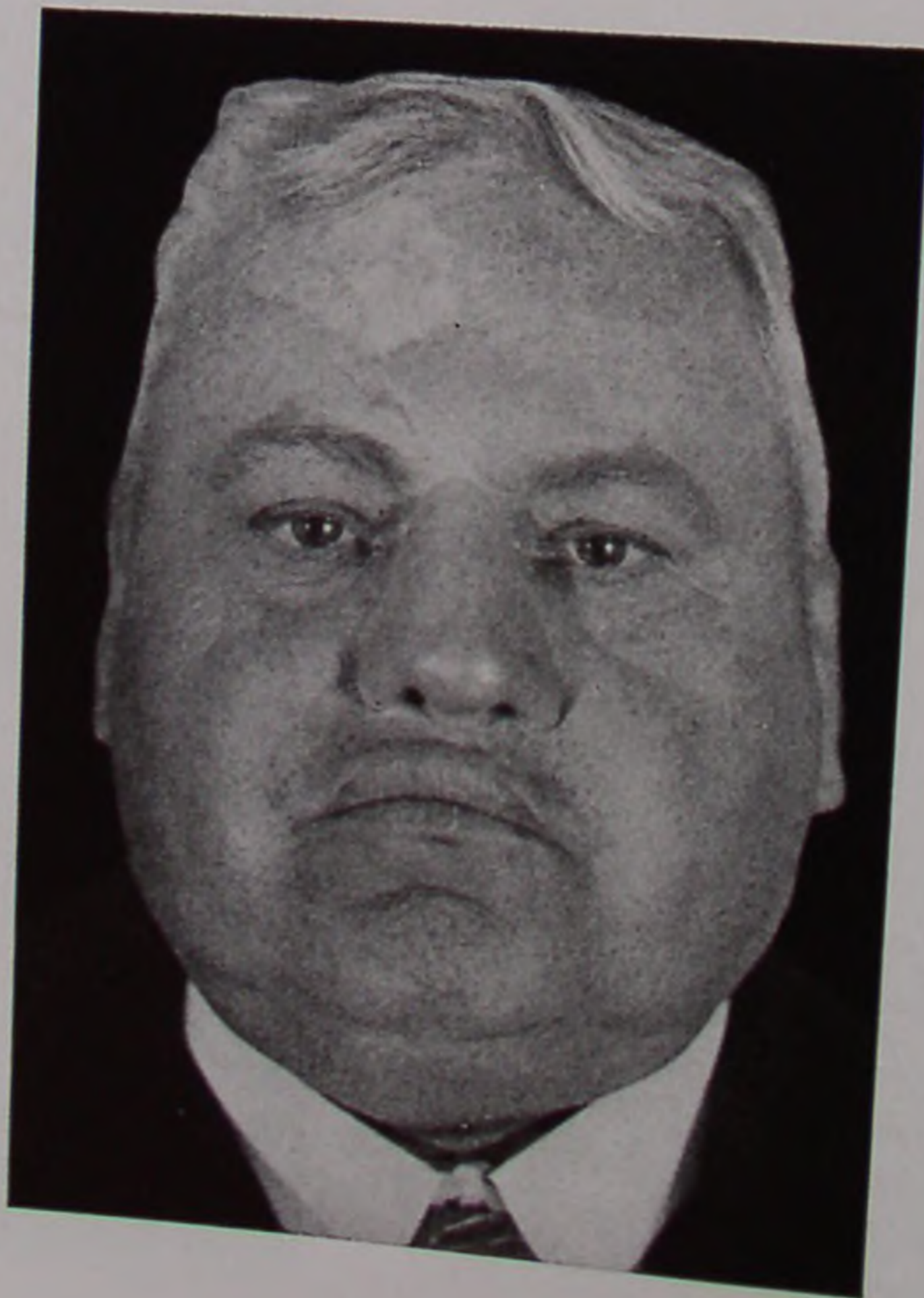
9. Одну из длинных сторон лоскута подшивают к краю дефекта, после чего загнутую крыльную часть лоскута пришивают к созданной внутренней оболочке носового хода. Носовую перегородку вшивают в разрез, сделанный у верхнего края пересечения. В результате этого весь лоскут оказывается повернутым к дефекту, так что может быть пришит его второй край. — 10. Лобный дефект вместе с пересаженным в него хрящом приживлен к дефекту. Вторично возникший дефект закрывают свободным дермо-эпидермальным лоскутом. Небольшой участок в области надпереносья гранулирует. На это место будет обратно пересажена ножка лоскута. Верхний конец хрящевой пластинки, пересаженной вместе с лоскутом, фиксируют после рассечения ножки стебля способом, описанным на стр. 80 тома 1. — 11, 12. Конечный результат, достигнутый после ряда дополнительных хирургических вмешательств. Губа полностью освобождена. Дефект в области лба сильно бросается в глаза, хотя трансплантат блестяще прижил. Наибольшей помехой является неподвижность рубца на фоне очень подвижного лба.

(9)

(10)



(11)

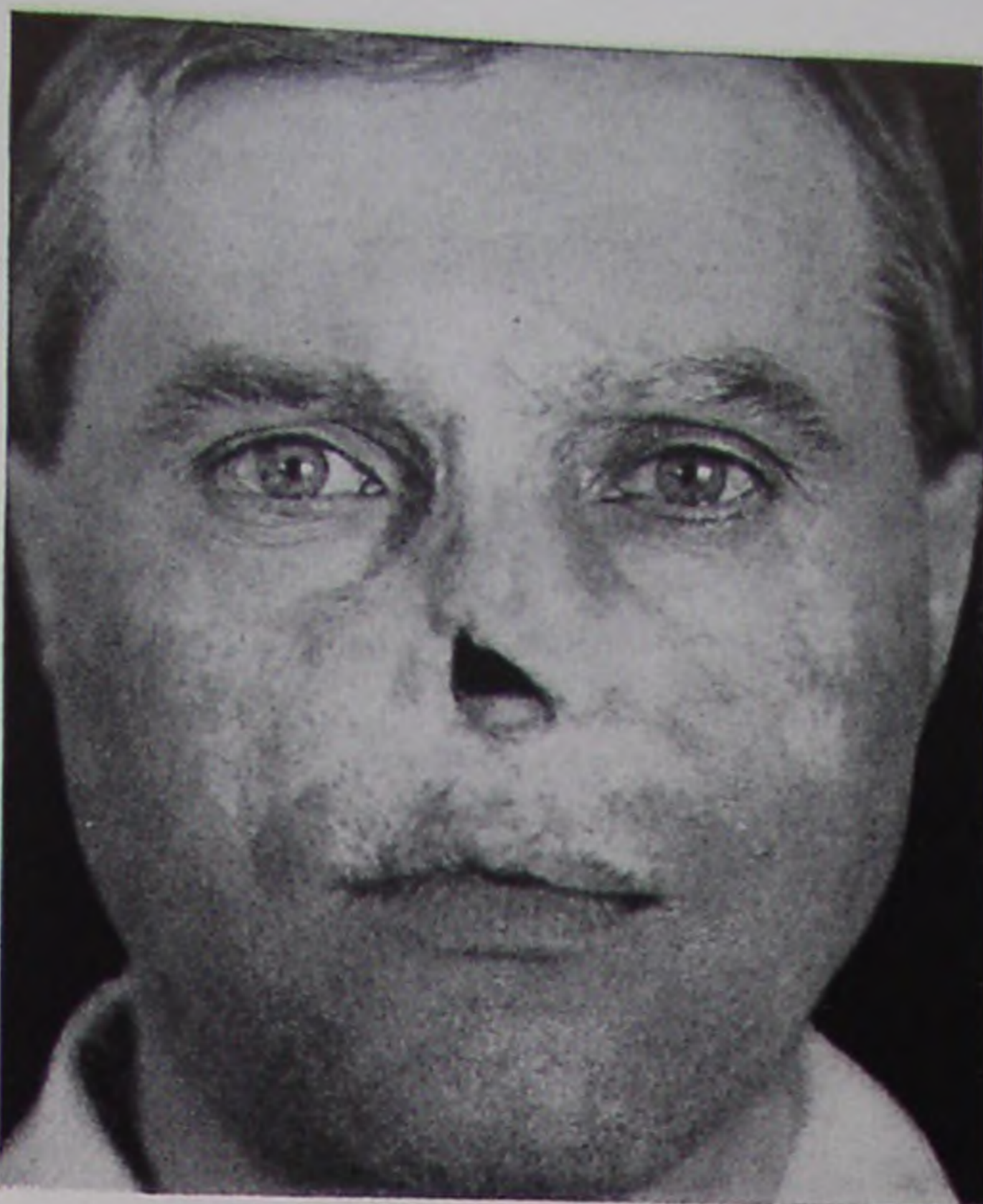


(12)

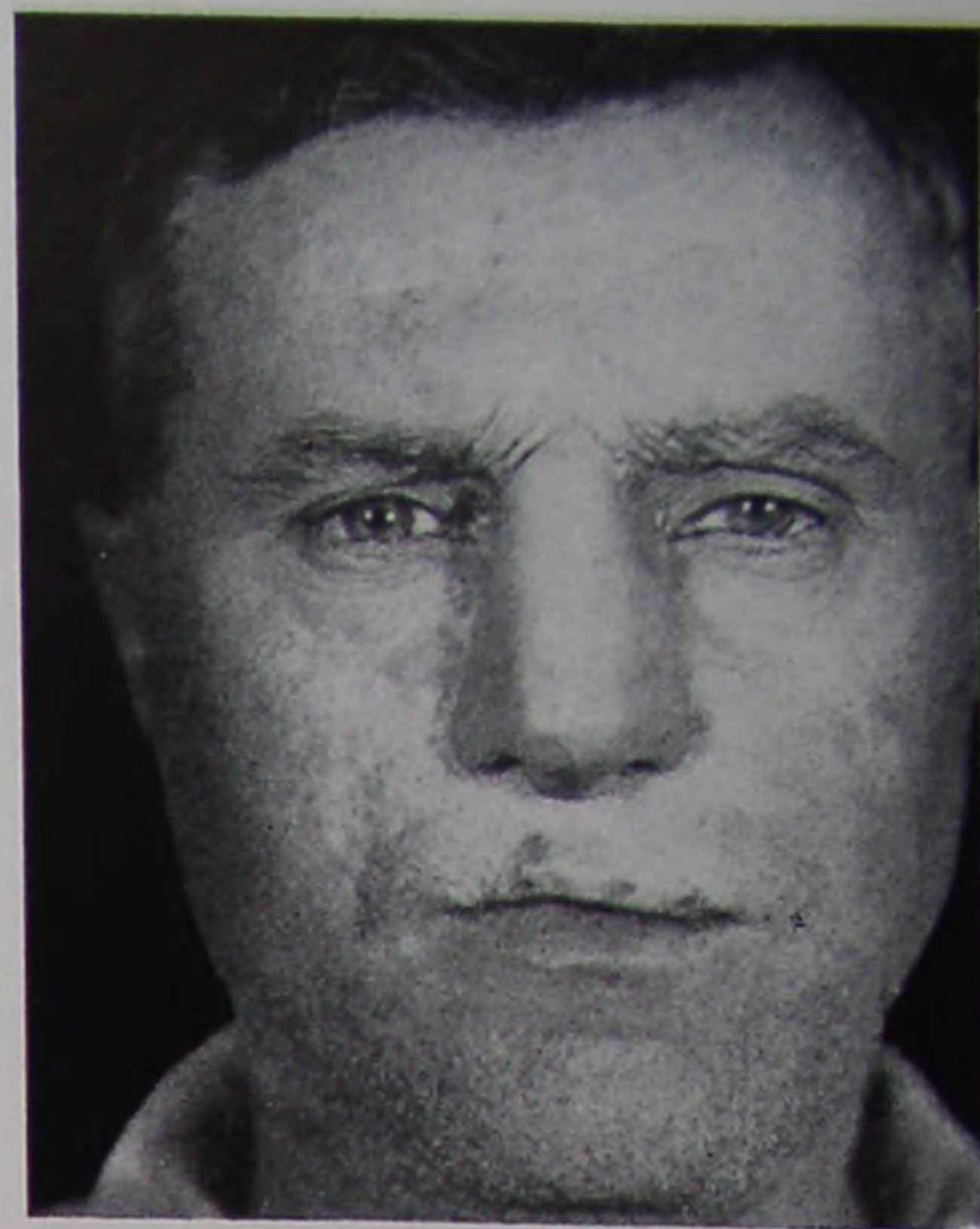


Р И С. 291.

(1)

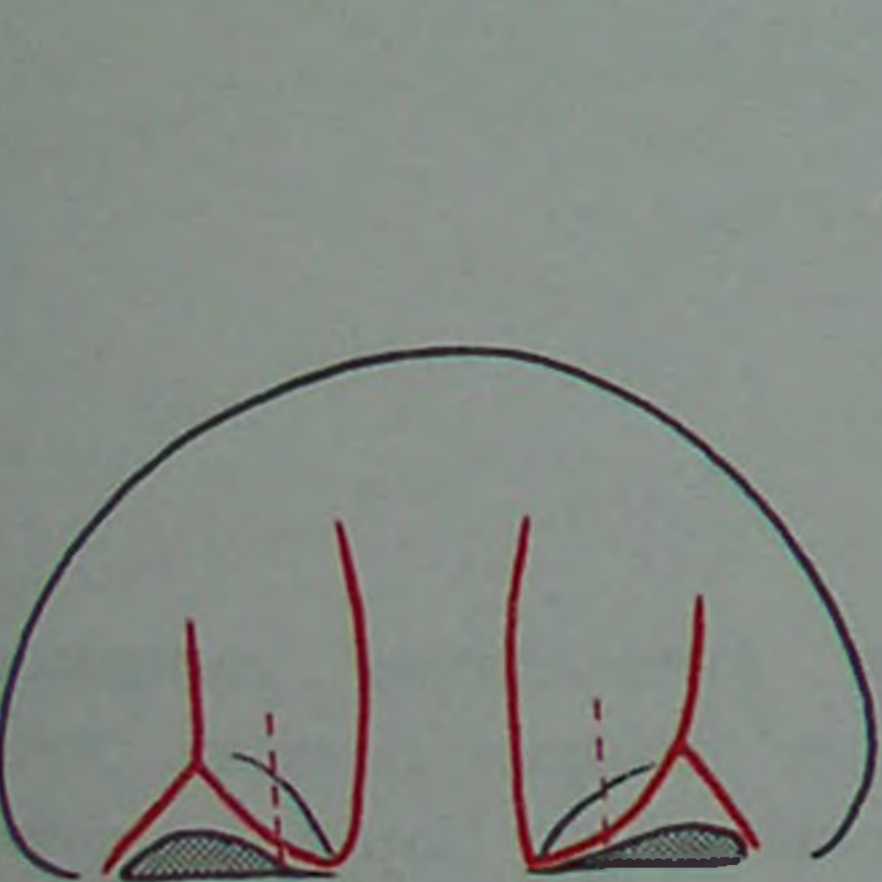


(2)

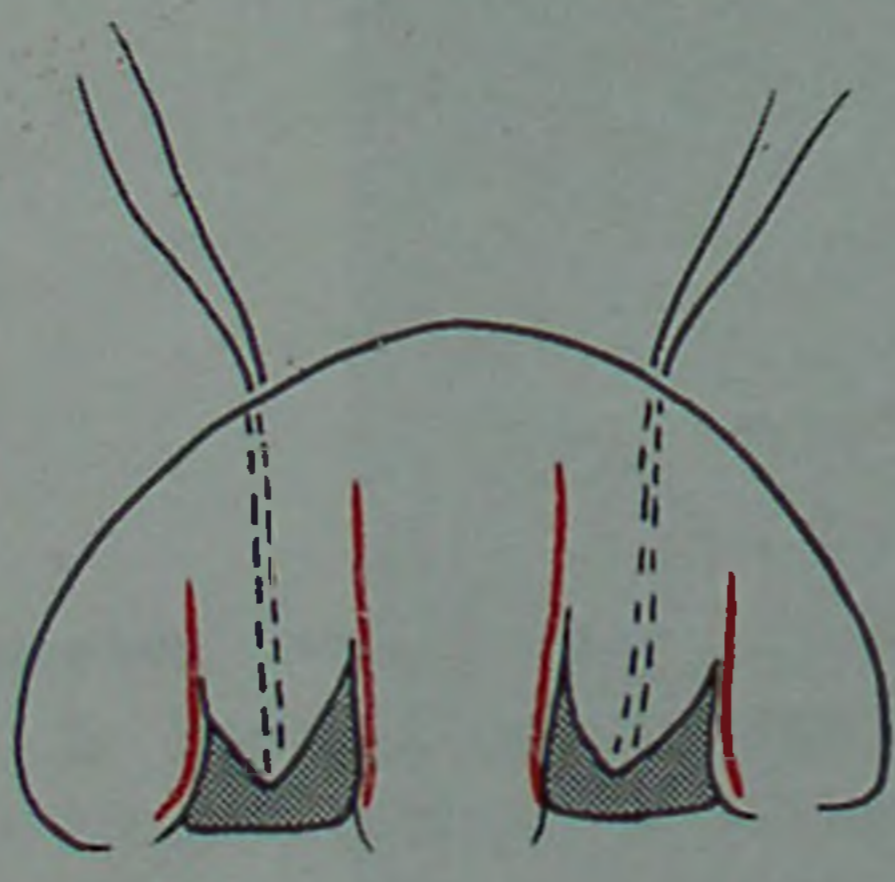


Дефект мягких тканей носа после волчанки. Больной И. Г., 38 лет, история болезни № 613. 1. Обширные атрофические рубцы на культе носа, далеко распространяющиеся на окружающие ткани. — 2. Пластика выкроенным из плеча стебельчатым лоскутом. Остов носа восстановлен путем имплантации пластинки реберного хряща, пересаженной на культю кости и фиксированной методом створчатых лоскутов периоста. — 3, 4, 5. У больного пришлось дополнительно произвести операцию на носовой перегородке и носовых крыльях, где наступило утолщение в столь большой степени, что носовые проходы оказались почти

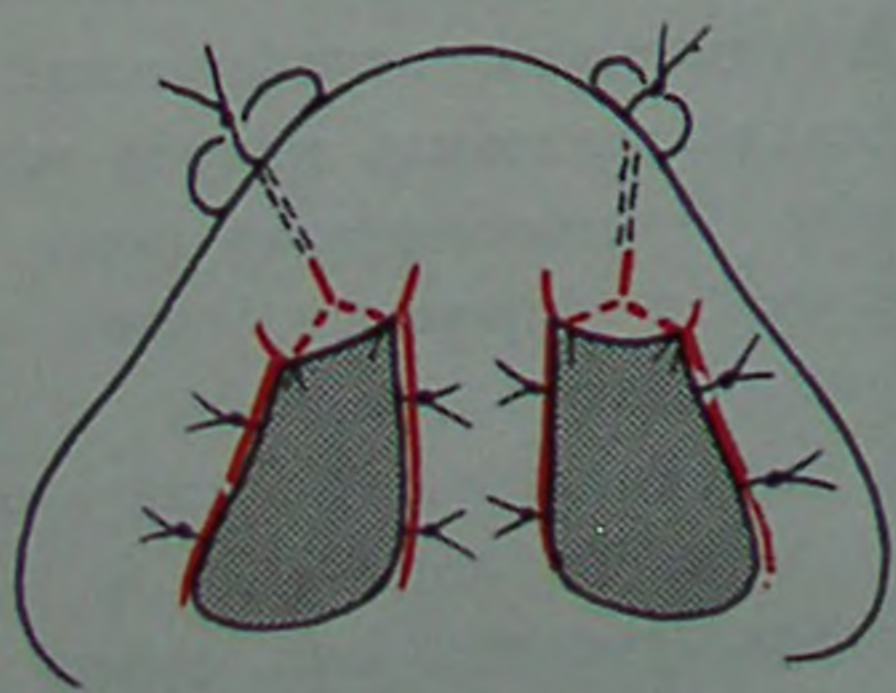
полностью закрытыми. С обеих сторон среднего сектора нижней поверхности носа выкраивают небольшие лоскуты с передними ножками. В области кончика и крыльев носа иссекают толстый слой подкожножировой клетчатки. Небольшие выкроенные лоскуты втягивают внутрь при помощи матрацных швов, концы которых завязывают с обеих сторон кончика носа на пуговицах. Лишний жир иссекают из кожной части носовой перегородки, и из крыльев носа, после чего на раны накладывают швы. — 6. Больной через 4 года после описанной операции.



(3)



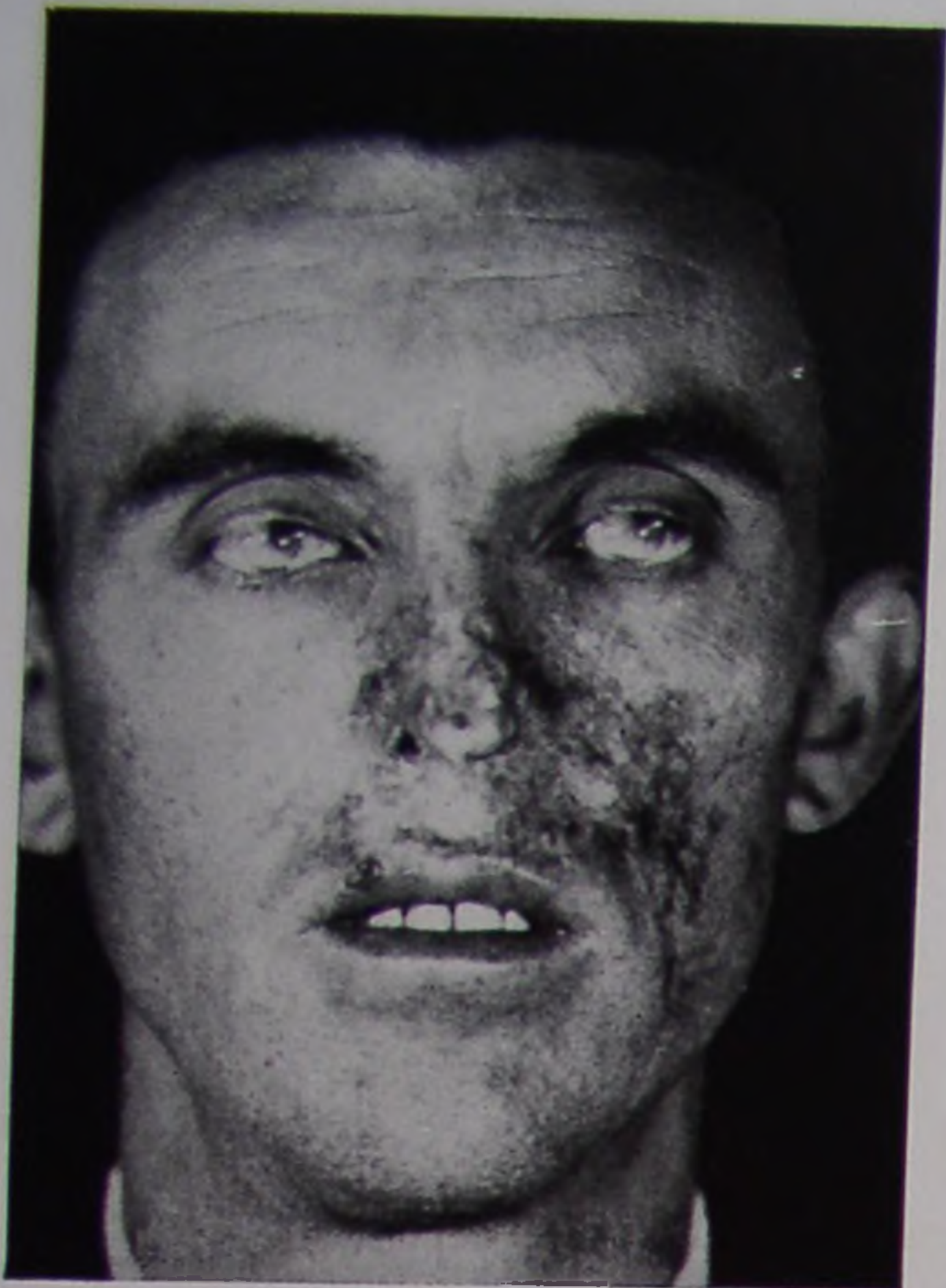
(4)



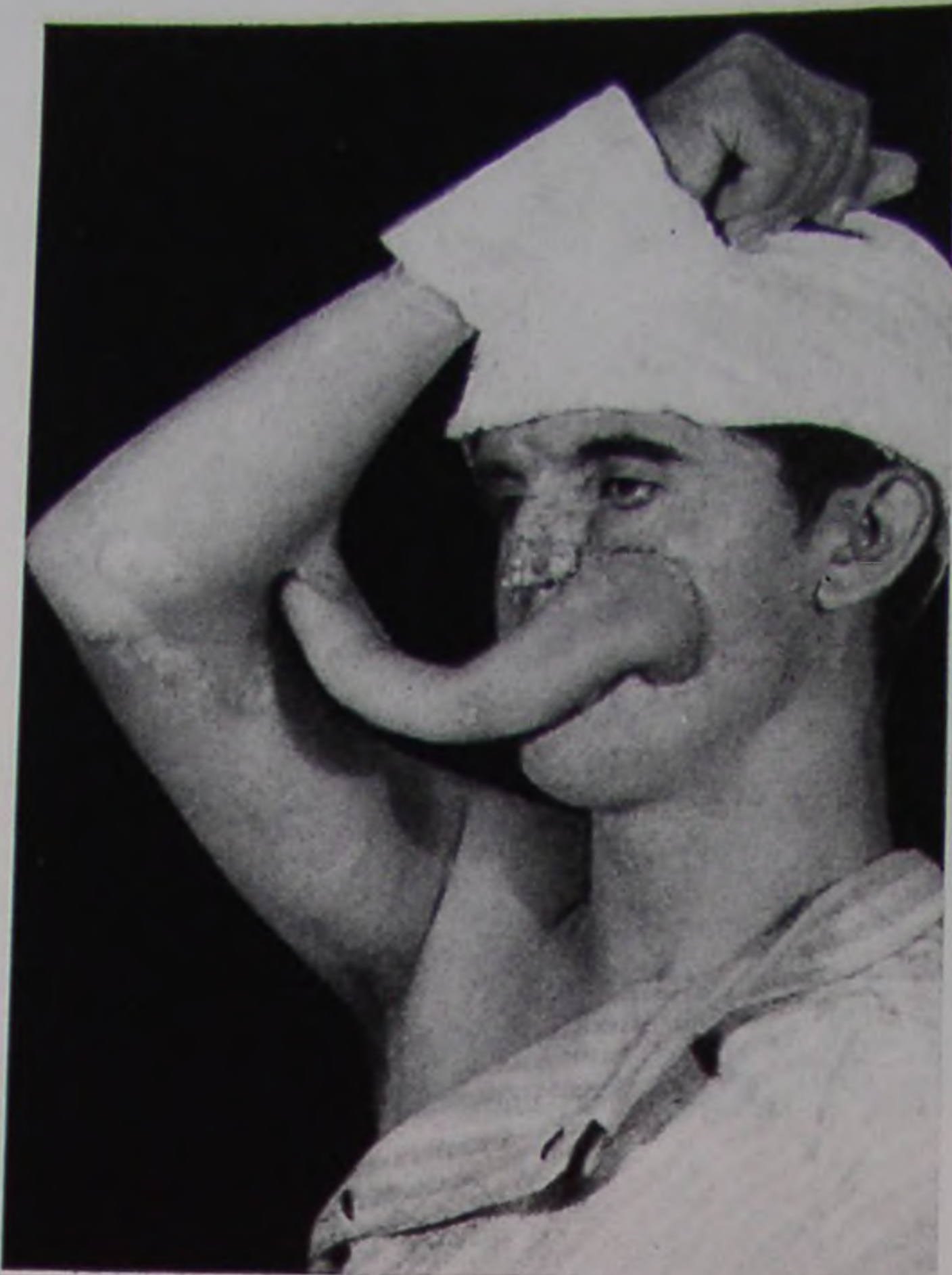
(5)

(6)

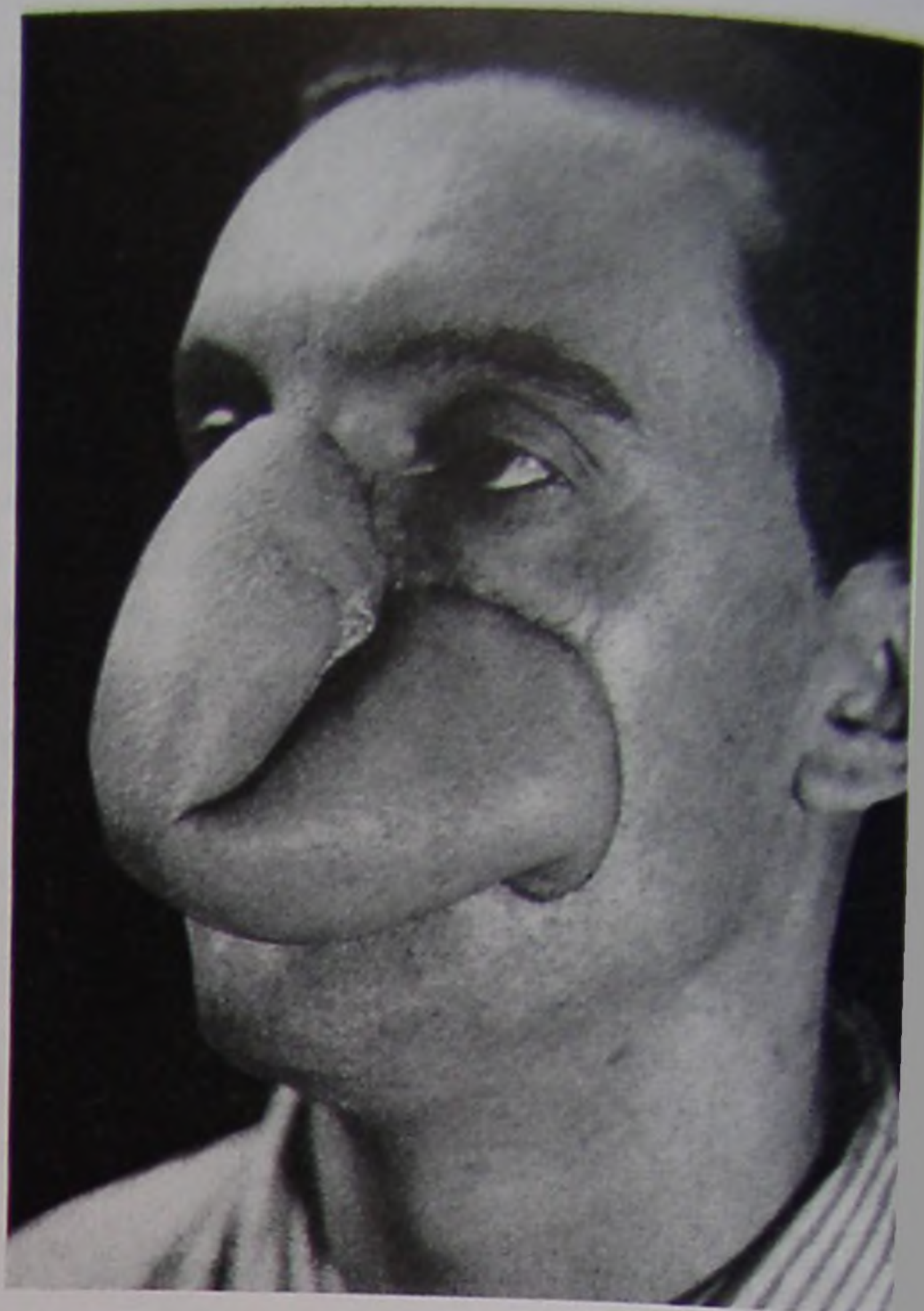




(1)

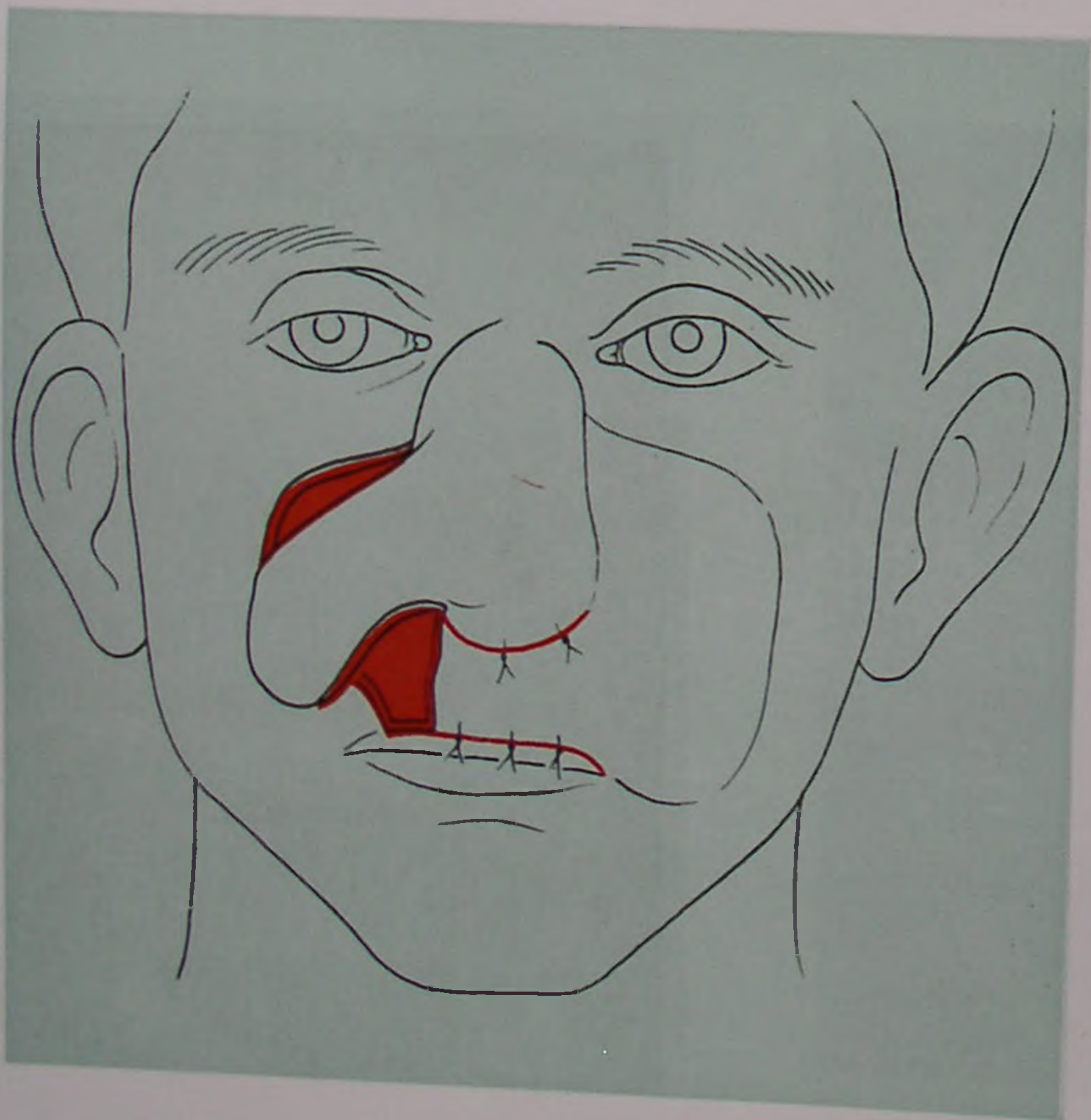


(2)



(3)

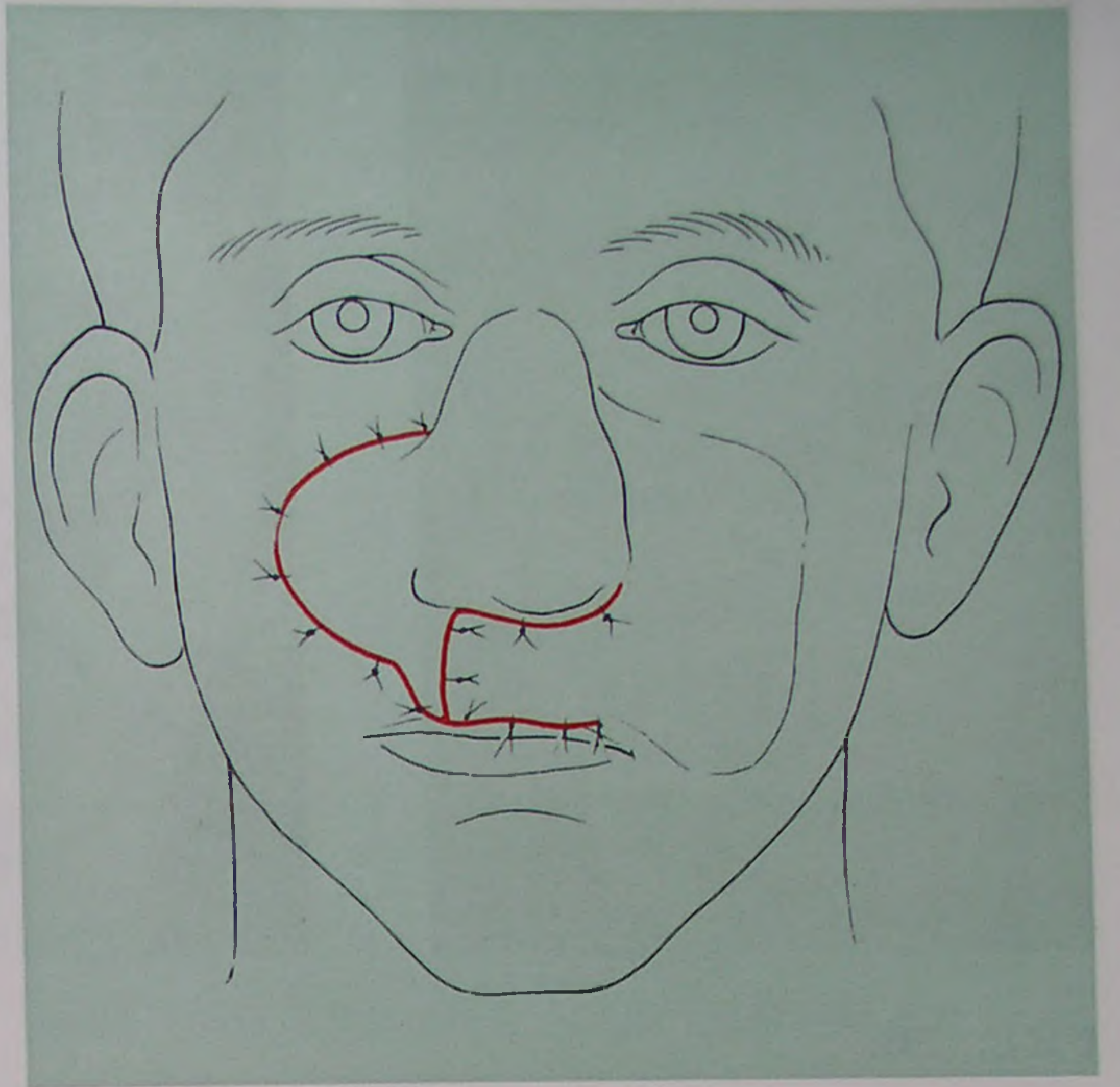
(4)



Р И С. 292.

Дефект носа после волчанки и неправильно дозированной актинотерапии. Больной Д., 23 лет, история болезни № 257. Больной с детства страдал волчанкой лица. Наряду с другими методами лечения на протяжении длительного времени подвергался рентгенотерапии. 1. Дефект кожи и хрящевого отдела носа с частичной облитерацией носового хода. Рубцовые изменения щеки, хронический атрофический рентгеновский дерматит. Потребовалось восстановить покров всего носа, кожу части щеки и верхней губы. Приготовлен крупный стебельчатый лоскут в подмышечной области и перенесен через предплечье к месту дефекта. — 2. Ножка стебля подшита к щеке. — 3. Вторая ножка распластана на поверхности носа после иссечения всей рубцовоизмененной кожи культи. — 4. Схема выкраивания лоскута. Часть, предназначенная для щеки, покрывает в то же

и большую часть верхней губы. — 5. Дефект на правой и на правой половине верхней губы прикрыт кожным лоскутом, связанным с частью лоскута, предназначенным для обновления покрова носа. На дальнейших этапах операции пересажена пластинка хряща и произведено формирование новых органов. — 6, 7. Больной через год после заживления.



(5)

(6)



(7)

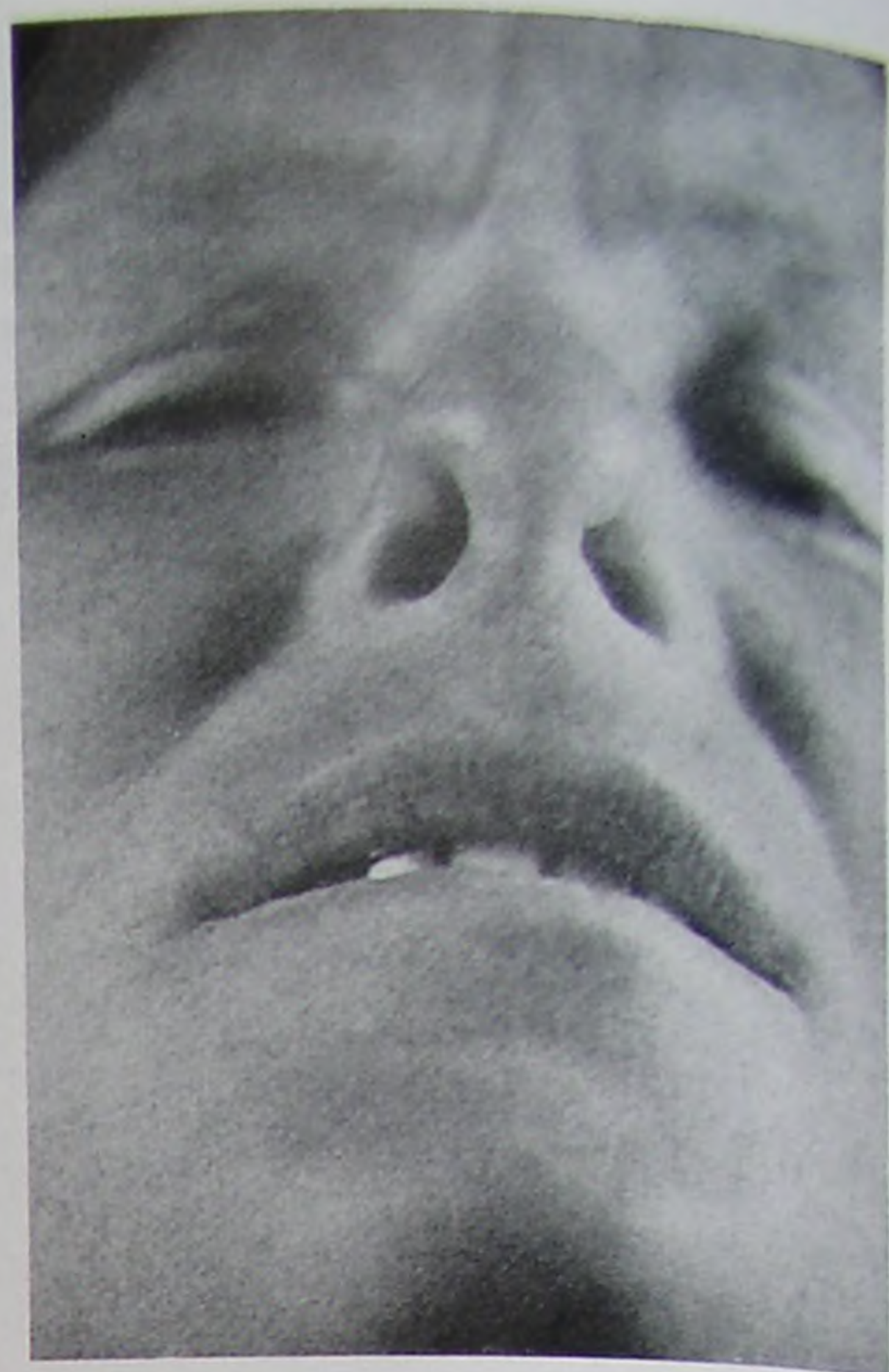




(1)



(2)



(3)

Р И С. 293.

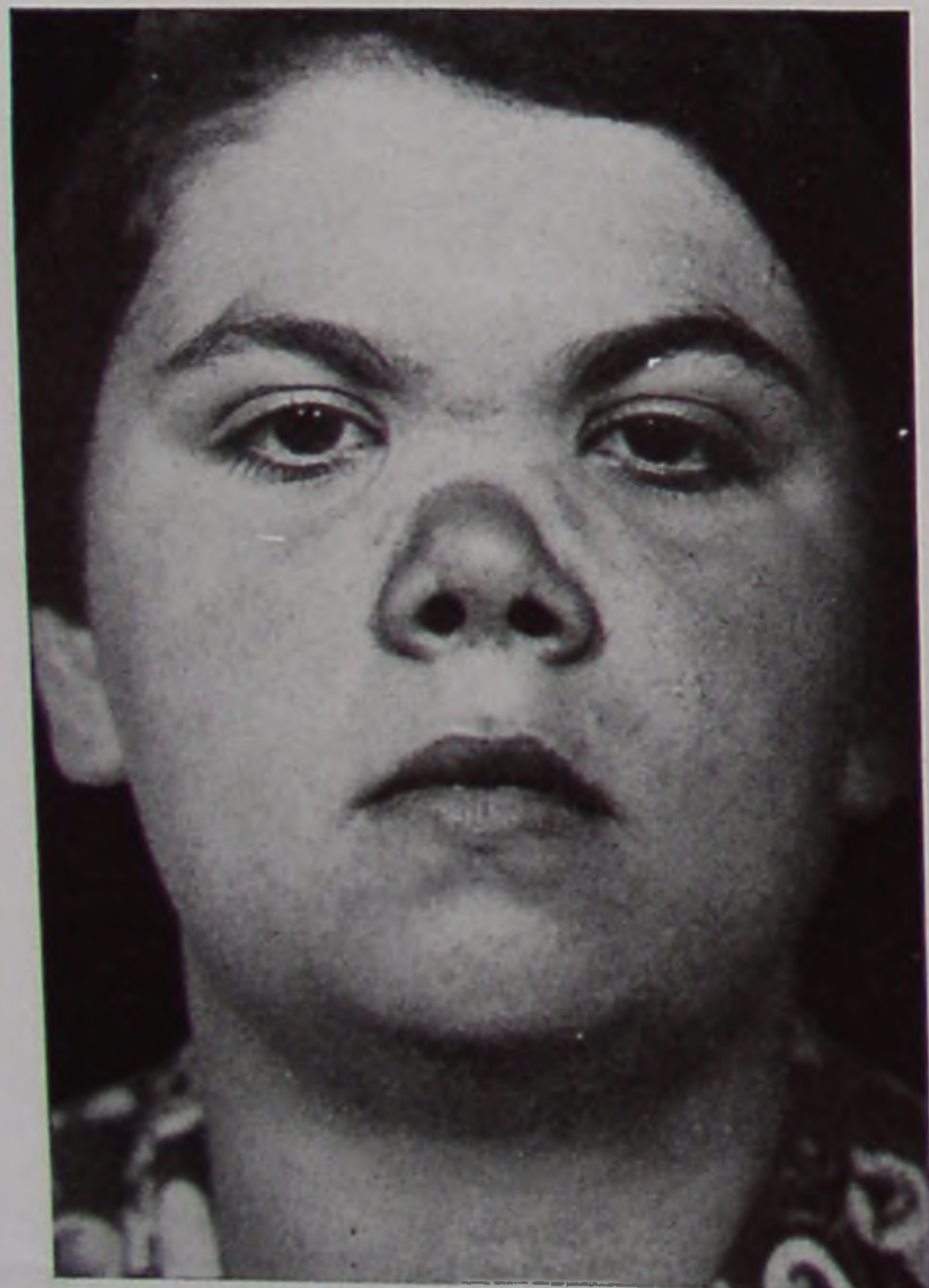
Дефект носа после перенесенной волчанки. Больная М. Ц., 38 лет, история болезни № 13 606. 1. Дефект кончика и передних отделов крыльев носа после волчанки. — 2. Вид после иссечения рубцов,

сужавших левый носовой ход. — 3. Больная после излечения. Пластика небольшим стебельчатым лоскутом, выкроенным из кожи плеча.

Р И С. 294.

Поздний врожденный сифилис. Деструкция скелета носа. Больная Л. Г., 16 лет, история болезни № 1427. 1, 2. Глубокое западание

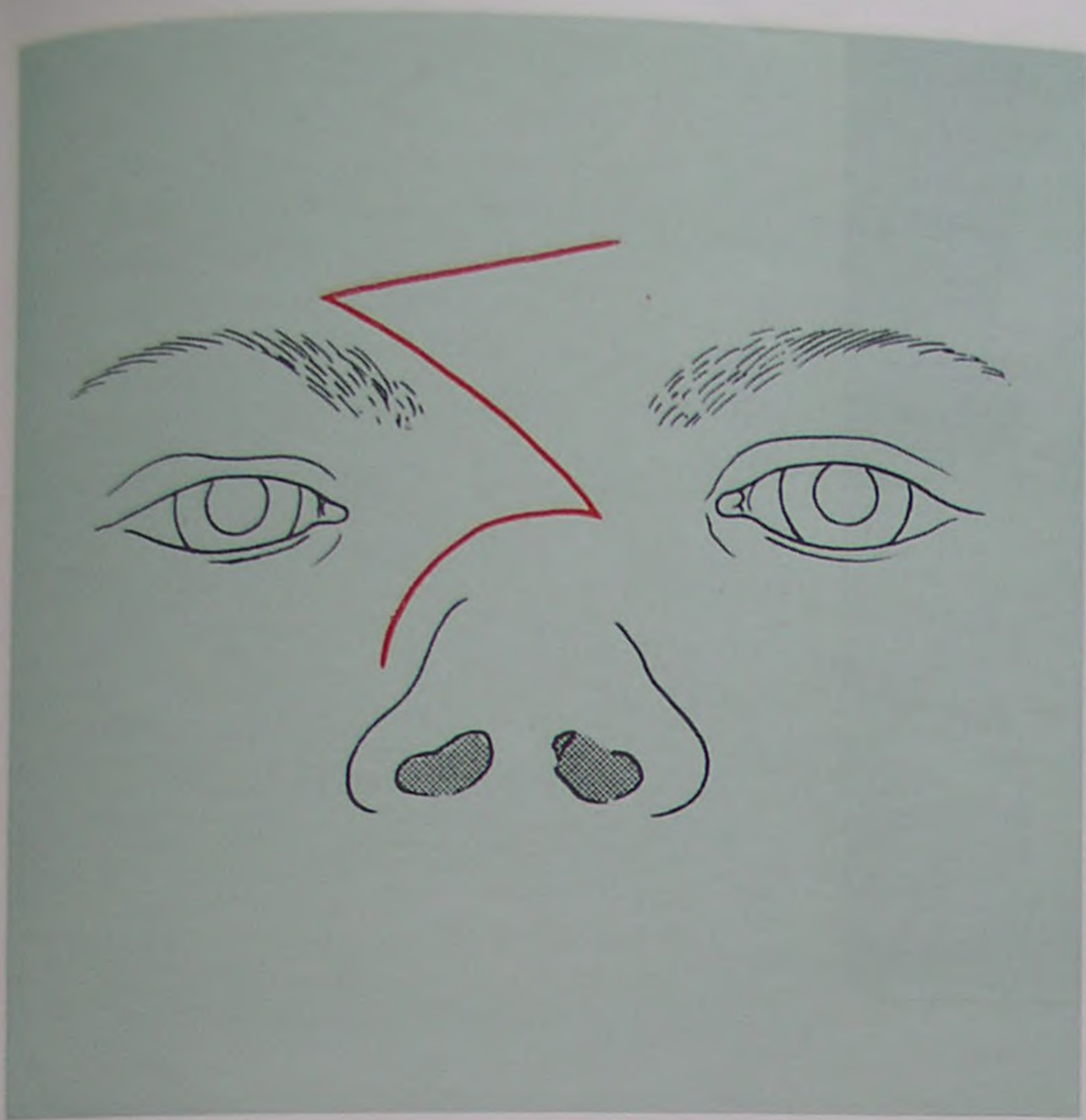
спинки носа, покрытое истонченной кожей. Перфорация твердого неба и почти полное отсутствие мягкого неба. — 3, 4. Схе-



(1)

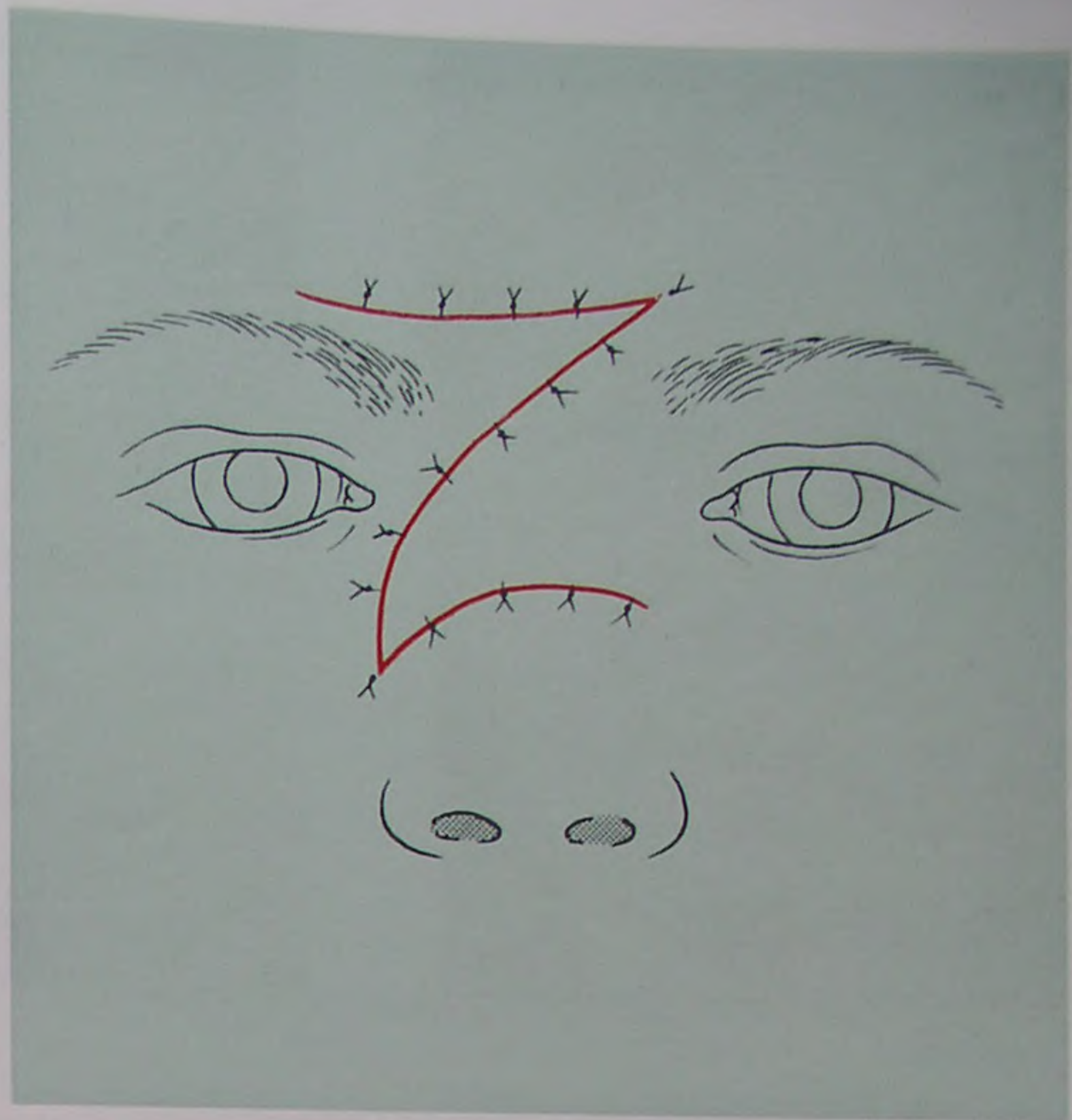


(2)



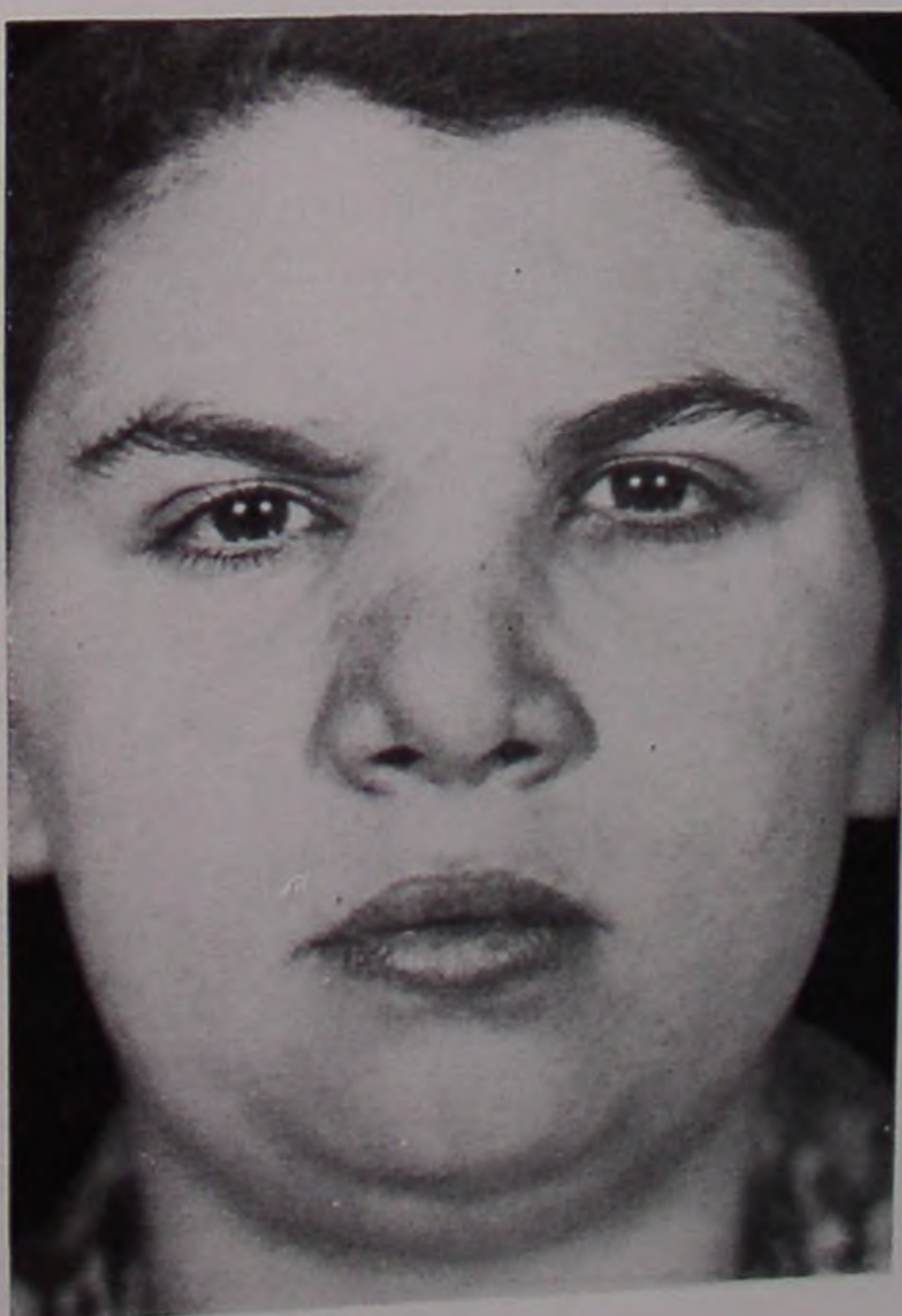
(3)

тическое изображение перестановки встречных треугольных лоскутов, производимой в целях устранения западания спинки носа путем имплантации временного вкладыша. Перфорация мягкого неба закрыта путем пластики местными тканями. В область



(4)

спинки носа пересажен временный вкладыш из слоновой кости. — 5, 6. Больная через полтора года после начала лечения. На дальнейшие операции больная не явилась.



(5)



(6)

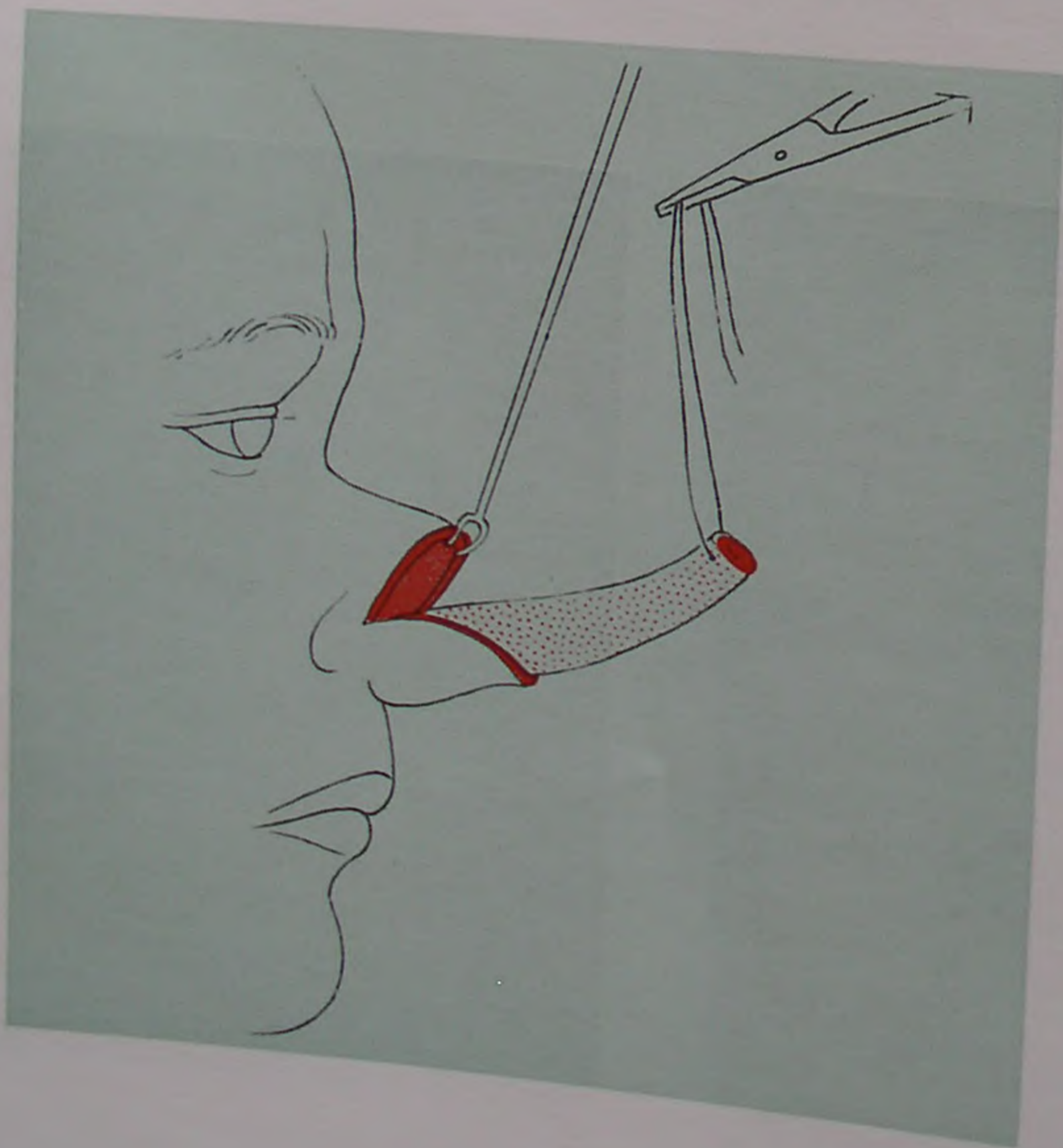


(1)



(2)

(3)



Р И С. 295.

Дефект носа на почве сифилиса. Больная Г. Б., 16 лет, 1
болезни № 3082. 1, 2. Дефект скелета носа и носовой
родки на почве сифилиса. На верхнюю губу в область осн
носовой перегородки пересажен с плеча тонкий стебел
лоскут. — 3. Кроме части, предназначенной для носовой



(5)

городки, со всего лоскута удален слой эпидермиса. — 4, 5. Лишенная эпидермиса часть лоскута стянута при помощи матрацного шва под отсепарованную кожу спинки носа. — 6, 7. Больная после пересадки реберного хряща. (Лечение проводилось с 1939 по 1941 год.) Операцию произвел Вацлав Карфик.

(6)



(7)





(1)



(2)



(3)

Р И С. 296.

Дефект носа на почве сифилиса. Больной А. В., 7 лет, история болезни № 3363. 1. Дефект скелета носа и кожной части носовой перегородки. В данном случае была применена та же оперативная методика, что и у больной на рис. 295. — 2. В область верхней губы с плеча пересажен стебельчатый лоскут. Ножка лоскута после удаления эпидермиса втянута при помощи матрачного шва под

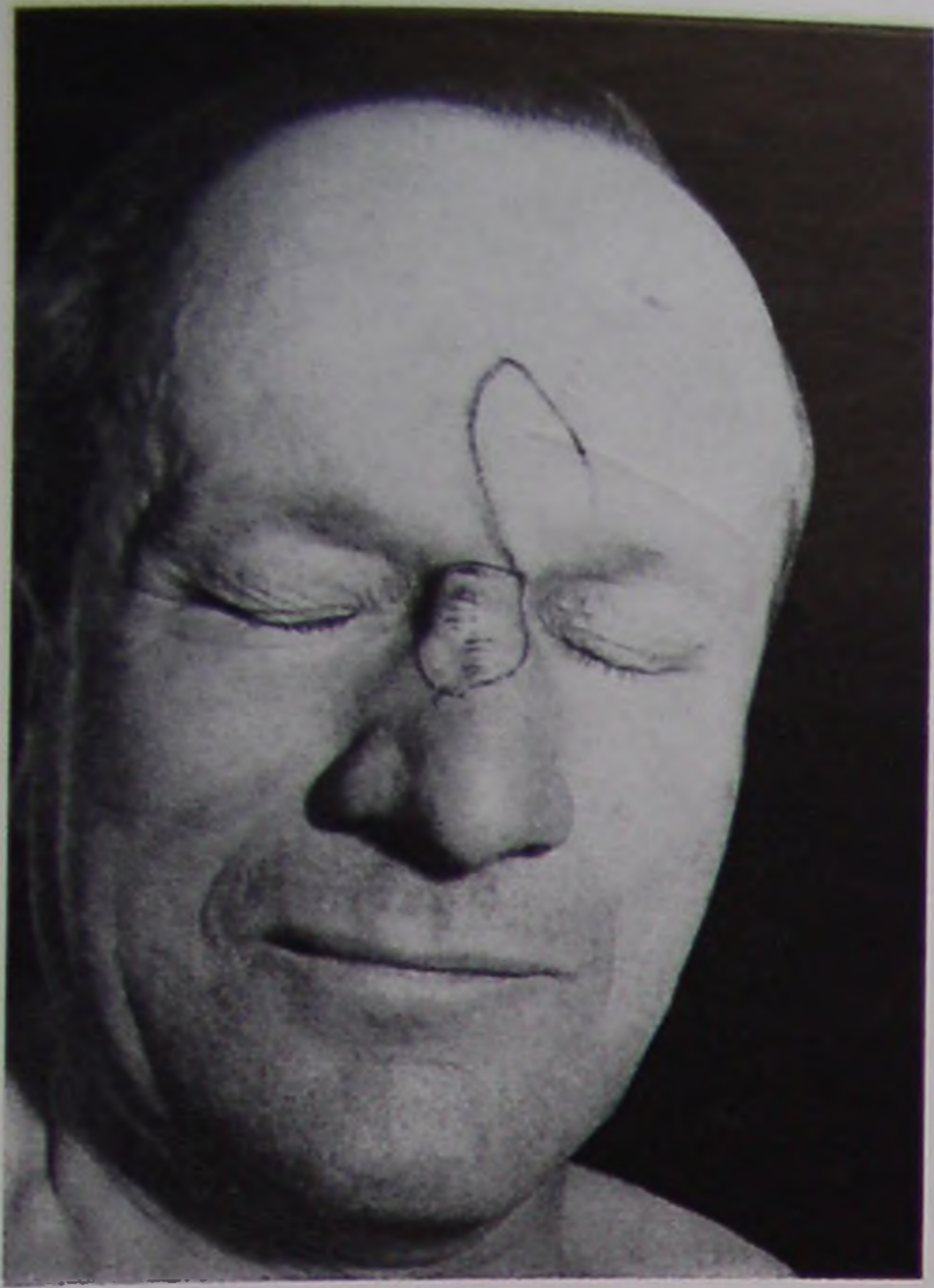
кожу носа (как на рис. 295). Концы этого шва в области переносицы завязаны на пуговице. Шов удаляют по прошествии 48 часов. — 3. Вид после формирования носа и пересадки реберного хряща. Произведена коррекция выворота века правого глаза. — 4, 5. Больной через 7 лет после операции. Нос значительно уменьшился, по всей вероятности, из-за значительного рассасывания подкожножировой клетчатки пересаженного стебля. Пересаженную хрящевую пластинку должна была поддерживать вторая пластинка, вживленная в кожную часть носовой перегородки.



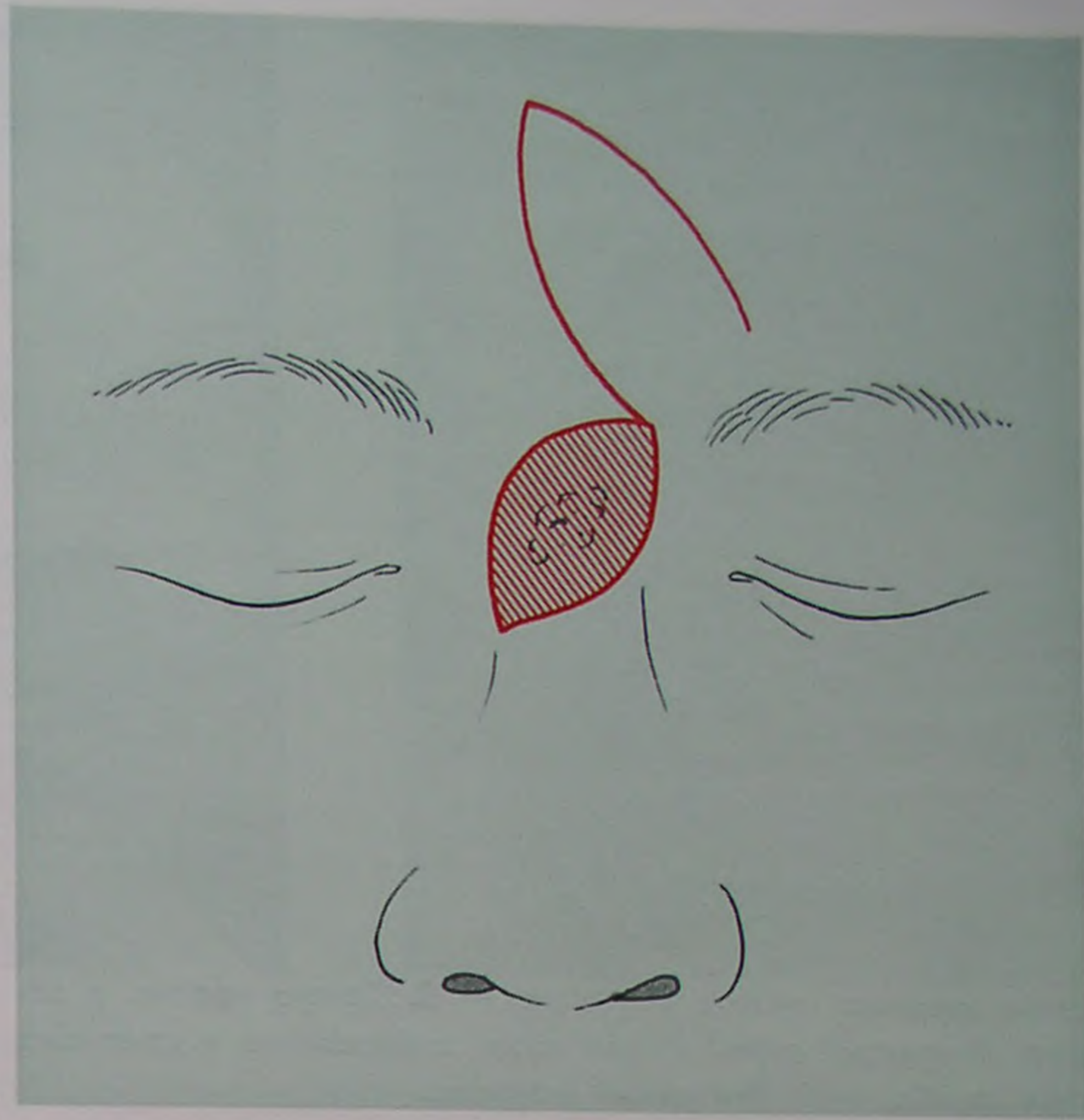
(4)



(5)



(1)

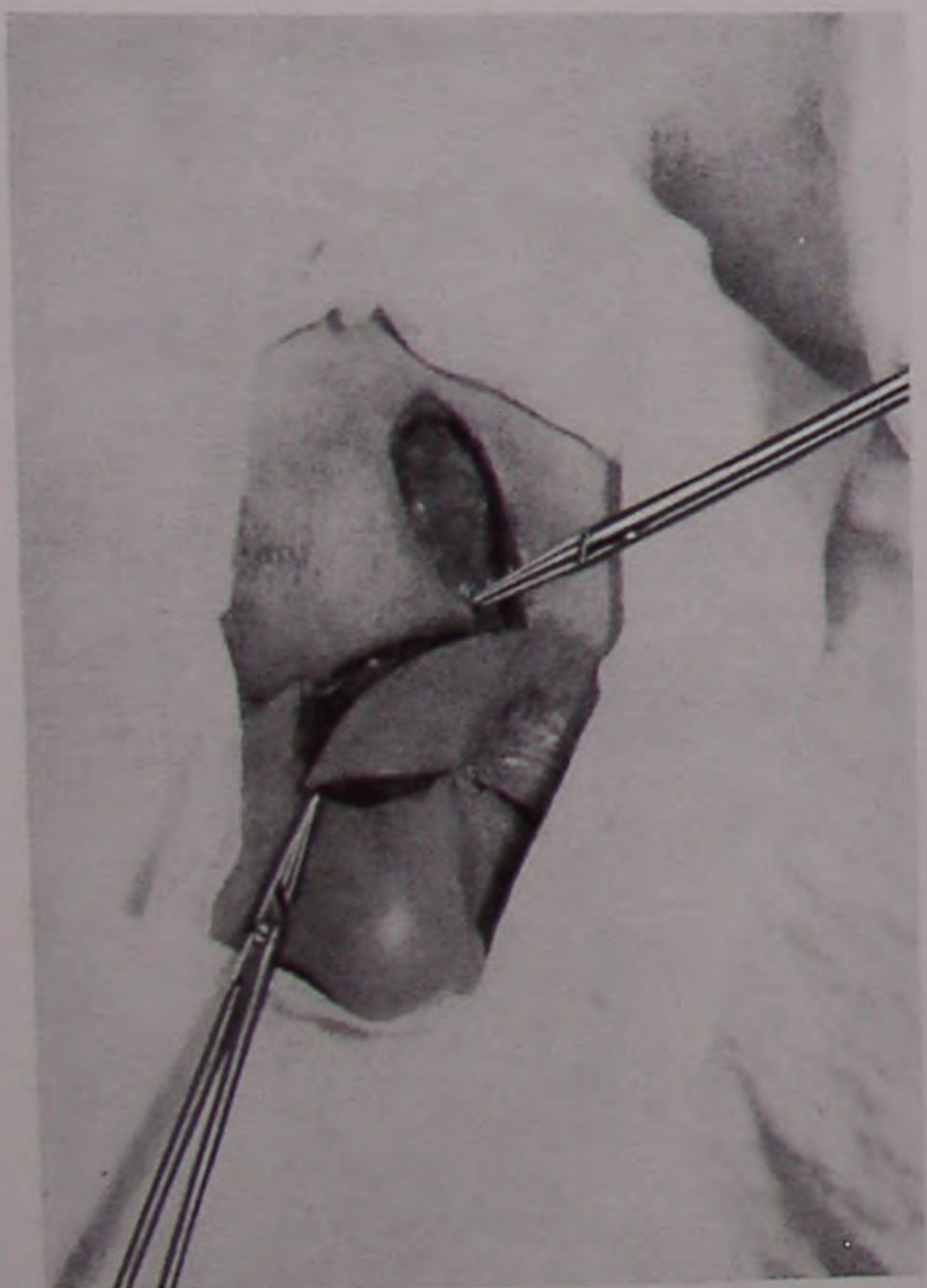


(2)

Р И С. 297.

Рак в области корня носа. Больной Ф. Ш., 47 лет, история болезни № 29 199. 1. Схема лоскута на левой внутренней лобной

артерии, который будет использован для закрытия дефекта после экстирпации опухоли. — 2. Схематическая зарисовка разрезов. — 3. Лоскут со лба повернут к дефекту; кожу правой половины лба сдвигают для закрытия вторичного дефекта. — 4. Схемати-



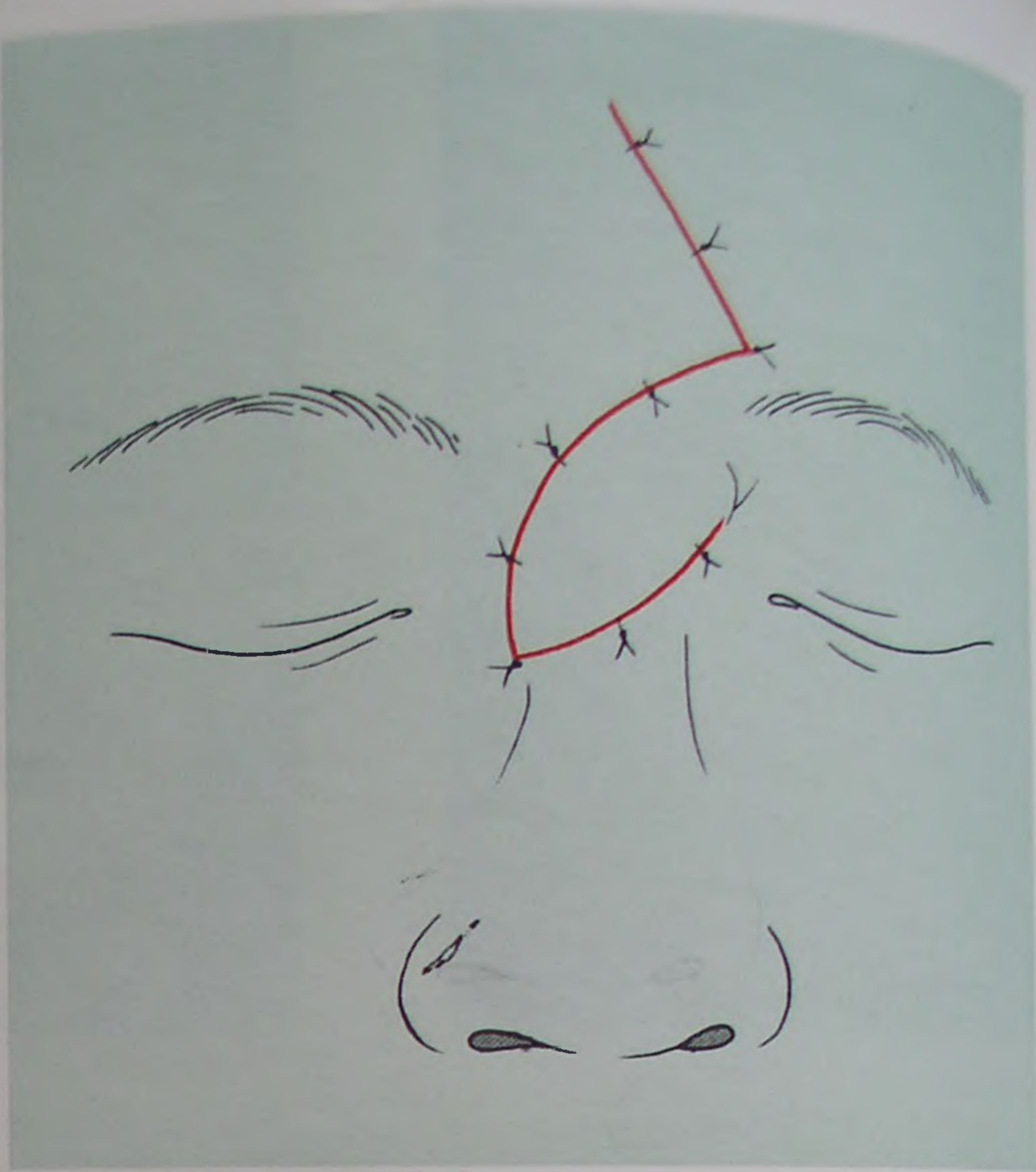
(3)



(4)



(5)



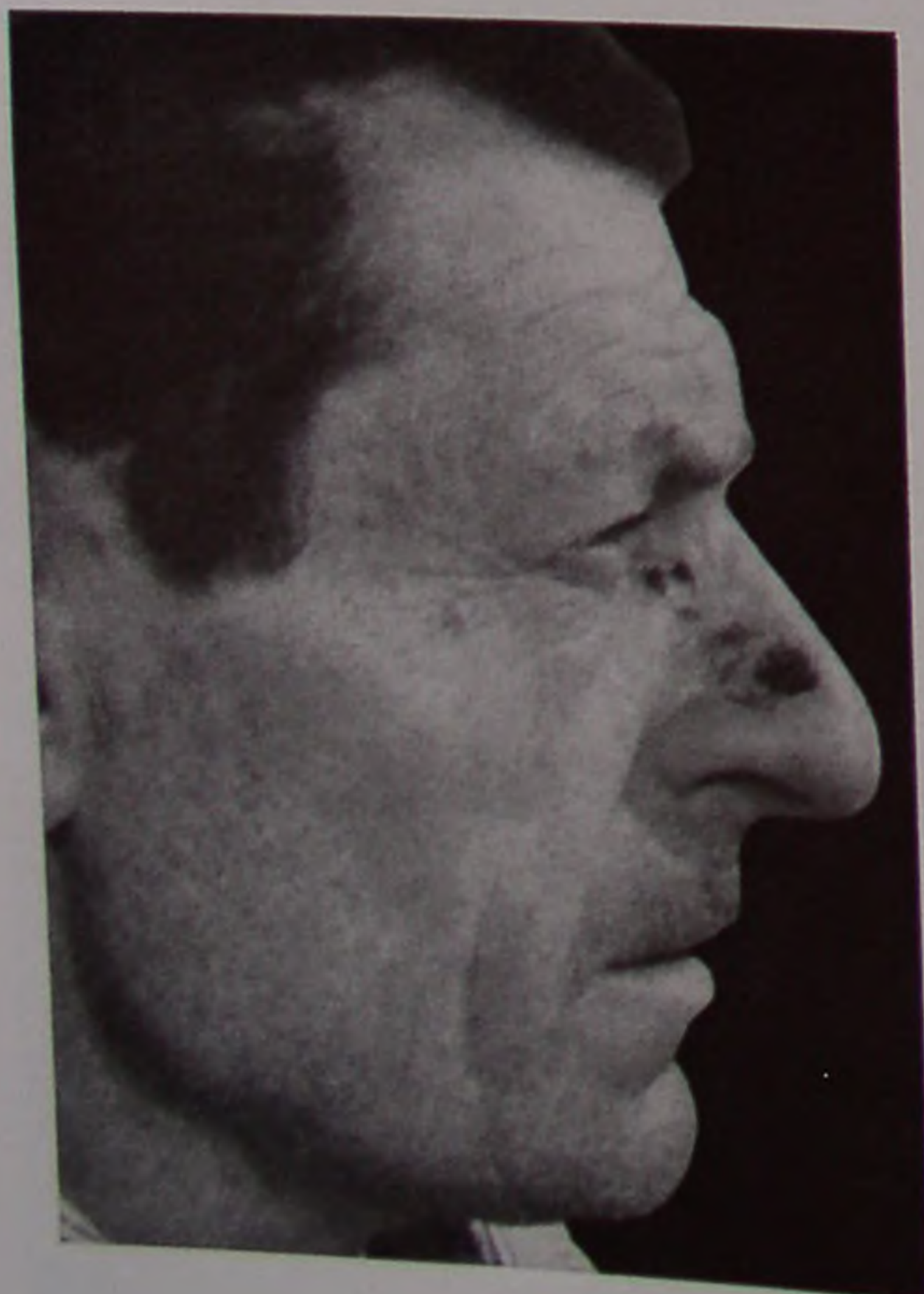
(6)

ческая зарисовка данной ситуации. — 5. Лоскут подшит к дефекту. Вторичный дефект закрыт путем мобилизации и сдвигания кожи со лба. — 6. Диаграмма ситуации.

Р И С. 298.

Базалиома. Больной И. К., 60 лет, история болезни No 46 704.
1. Базалиома боковой поверхности носа. — 2. Вид после экстир-

пации опухоли в границах здоровой ткани. Схема лобного лоскута. — 3. Вид после окончания операции. — 4. Больной



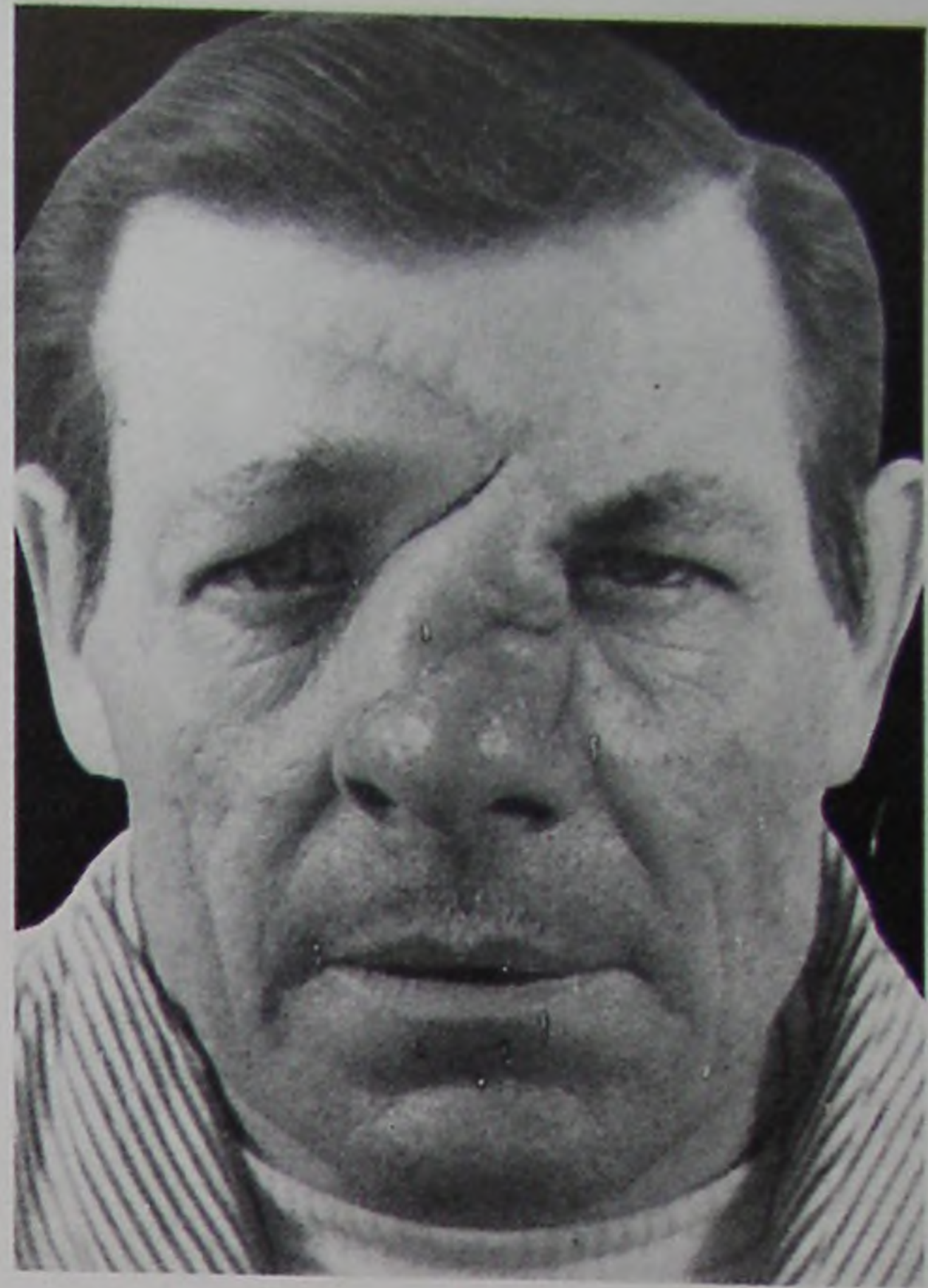
(1)



(2)



(3)



(4)

ончания лечения. Лоскут на широкой ножке плохо
ется на переносицу. На имеющем неправильную форму
нии потребуется произвести резекцию. — 5, 6. Пере-
встречных треугольных лоскутов, производимая в целях

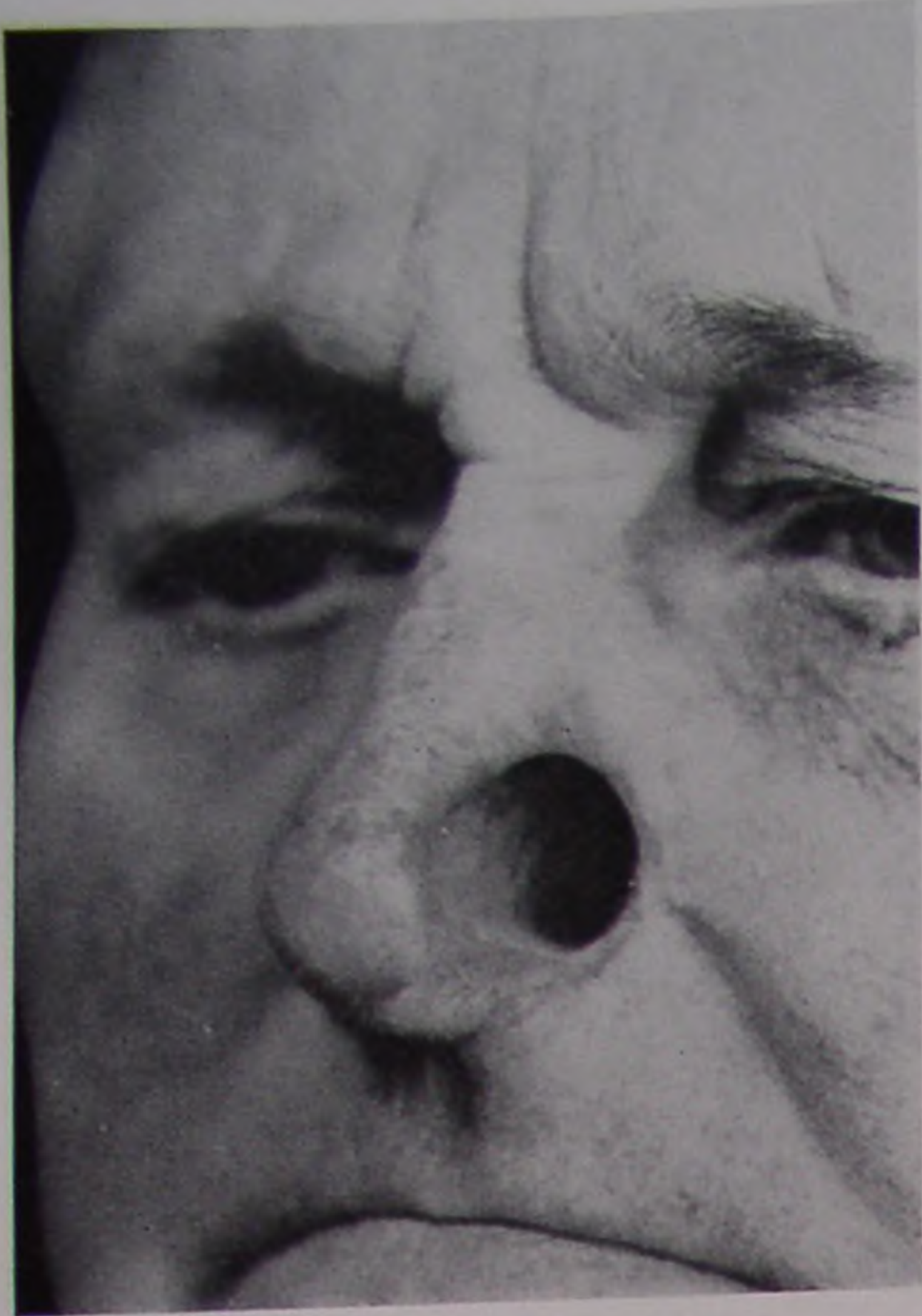
выравнивания линии бровей. В данном случае было бы целесо-
образнее использовать артериализированный лоскут на нейро-
васкулярной ножке, для которого были более подходящие условия.



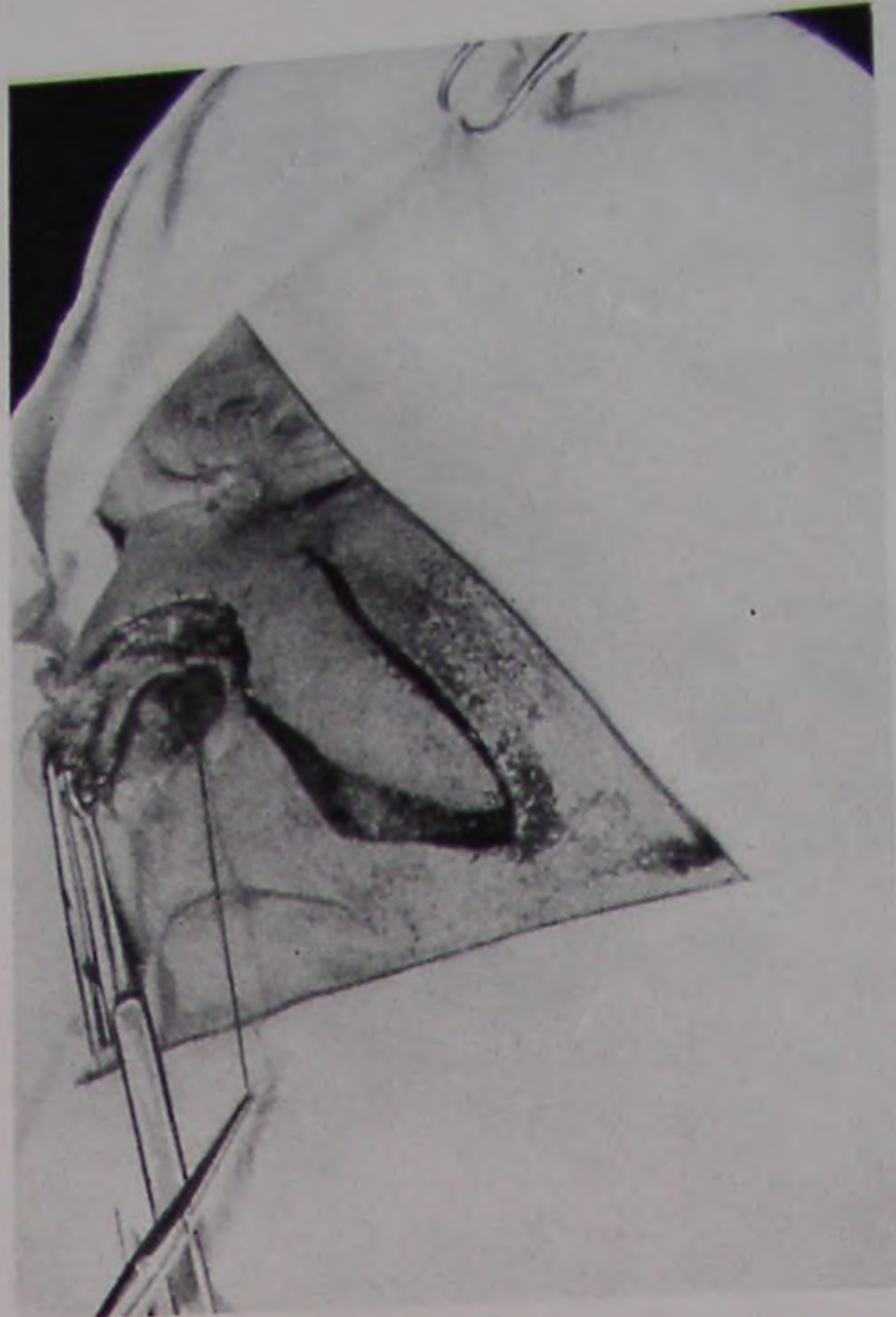
(5)



(6)



(1)



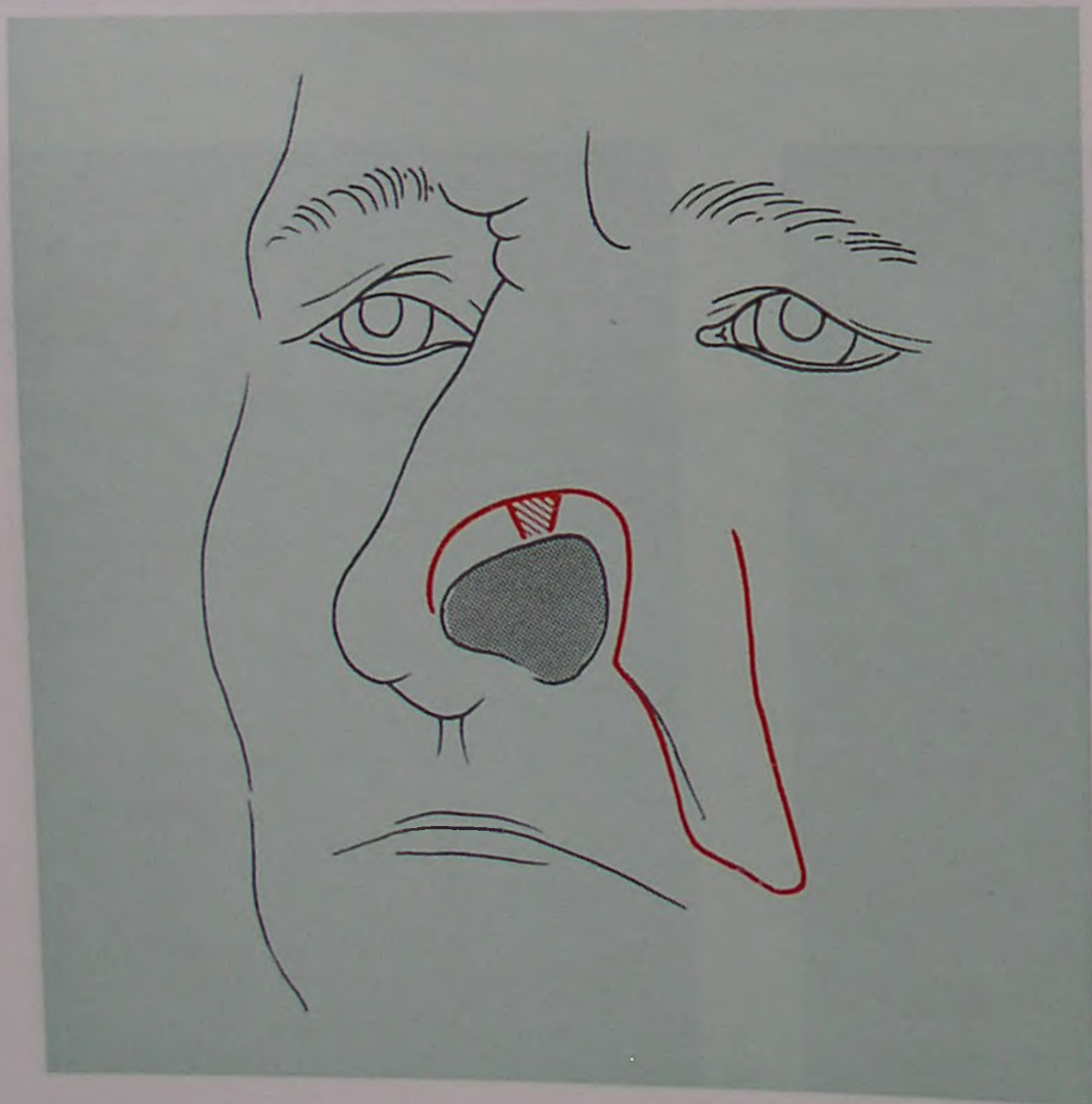
(2)

Р И С. 299

Рецидив рака левого крыла носа. Больная Б. Ш., 60 лет, история болезни № 30 084. 1. Опухоль иссечена электроскальпелем. Края раны освежены, после чего по всему периметру дефекта слизистая оболочка сшита с кожей. — 2. После двухлетнего

выжидания произведена пластическая операция. Приготовлен лоскут по ходу носогубной борозды с верхней ножкой. — 3. Схематическая зарисовка данного этапа операции. — 4. Небольшая кайма кожи на краю дефекта отогнута внутрь для дополнения

(3)



(4)





(5)



(6)

(7)



внутренней оболочки. — 5. Выкроенный по ходу носогубной борозды лоскут перемещен к дефекту, а его периферическая часть отогнута внутрь ноздри. — 6. Схематическое изображение этого этапа операции. — 7. Кожа щеки мобилизована и сдвинута, а дефект на щеке зашит. — 8. Вид непосредственно после за-



(8)



(9)

живления. Значительный отек в области созданной вновь части крыла носа. Произведен ряд небольших дополнительных пластических оперативных вмешательств. — 9. Больная после окончания лечения. Операцию произвела Гелена Пешкова.

Р И С. 300.

Изъязвленный рак левого крыла носа. Больная В. Г., 44 лет, история болезни № 88. 1, 2. Состояние после экстирпации опухоли и сшивания слизистой оболочки и кожи по периметру

дефекта. На левом плече подготовлен стебельчатый лоскут для пластики крыла носа, так как больная отказалась от всех других способов восстановления дефекта. — 3. Больная после заживления

(1)



(2)



(3)



раны. Неровные очертания крыла носа. — 4. Больная через 12 лет после операции. Опухоль не рецидивировала, наступило, однако, незначительное сморщивание пересаженного материала. Край носового крыла приподнят.



(4)

Р И С. 301.

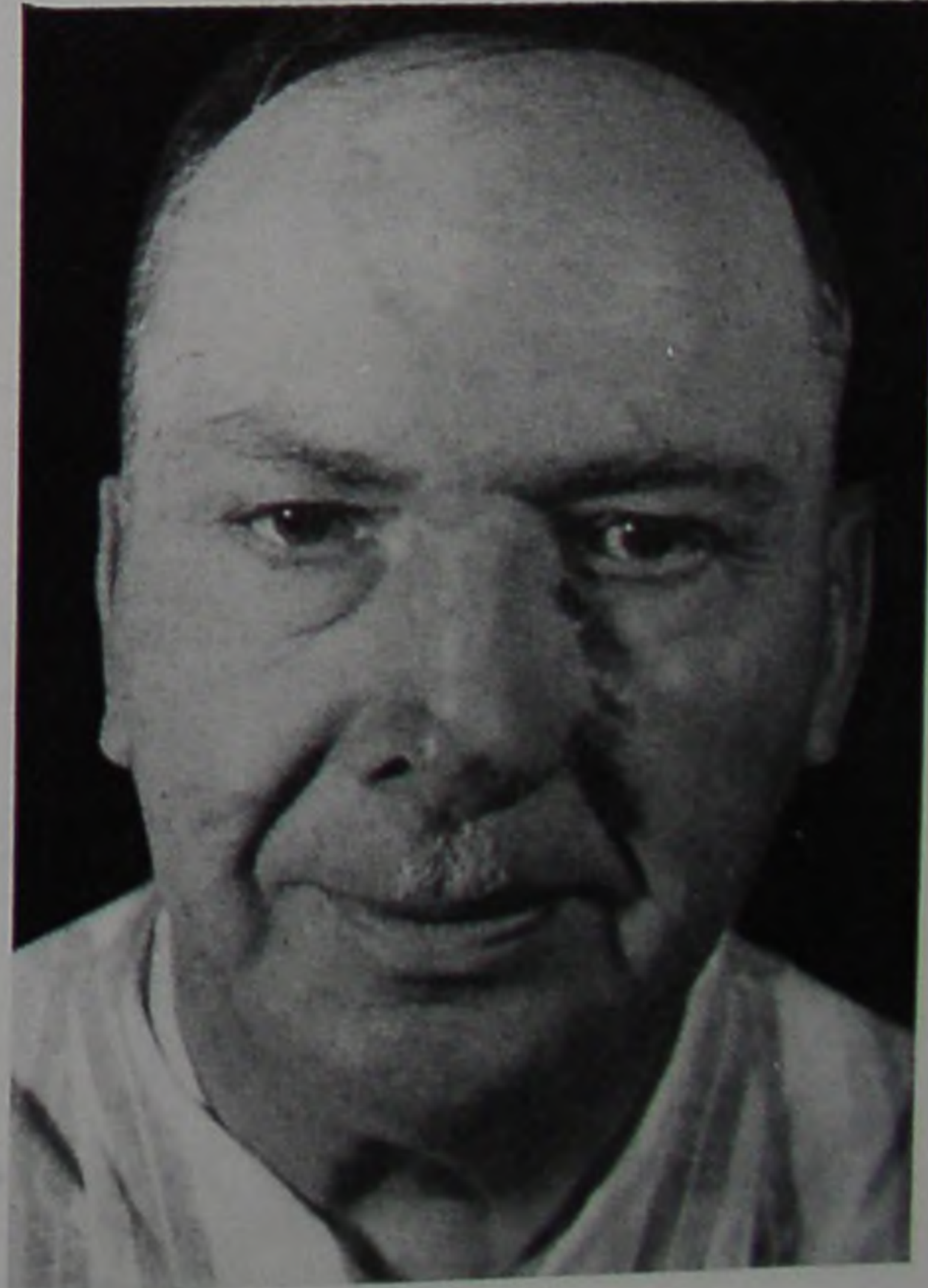
Сквозной дефект левой половины носа после экстирпации перфорирующего рака. Больной В. Ш., 60 лет, история болезни № 33 435. 1. На лбу зарисован артериализированный лоскут, расположенный на правой внутренней лобной артерии. Раневая поверхность этого лоскута и дефект на лбу заранее эпителизируют с помощью вкладыша кожи во всю толщу на тонком стентовом

слепке. Лоскут вводят в дефект через подкожный туннель и укладывают таким образом, чтобы эпителизированная сторона была обращена внутрь. — 2. Больной через 2 года после операции. Углубленный участок в области лба закрыт трансплантатом. Устранить это углубление можно было бы в два этапа. Операция произведена Ладиславом Фаркашом.

(1)

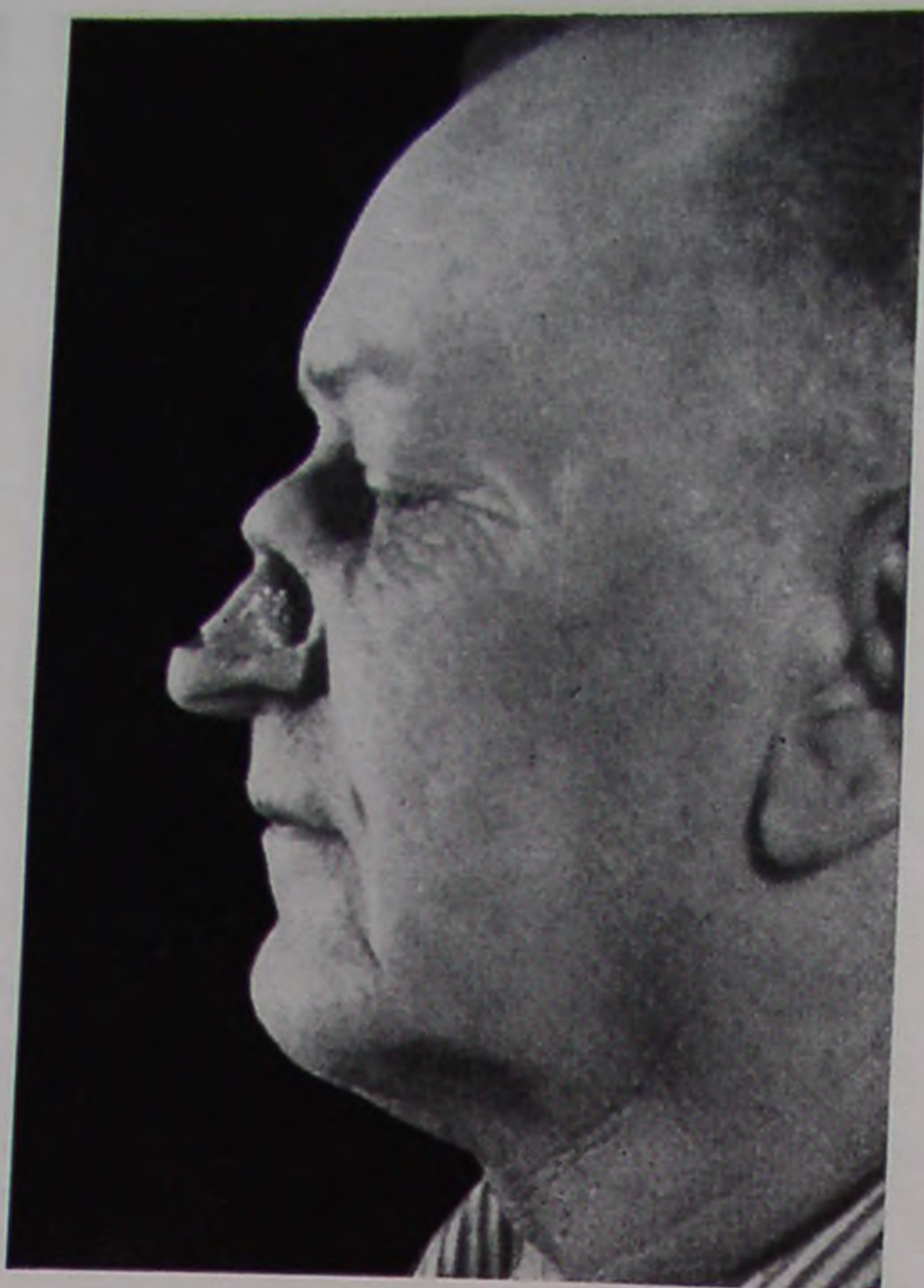


(2)



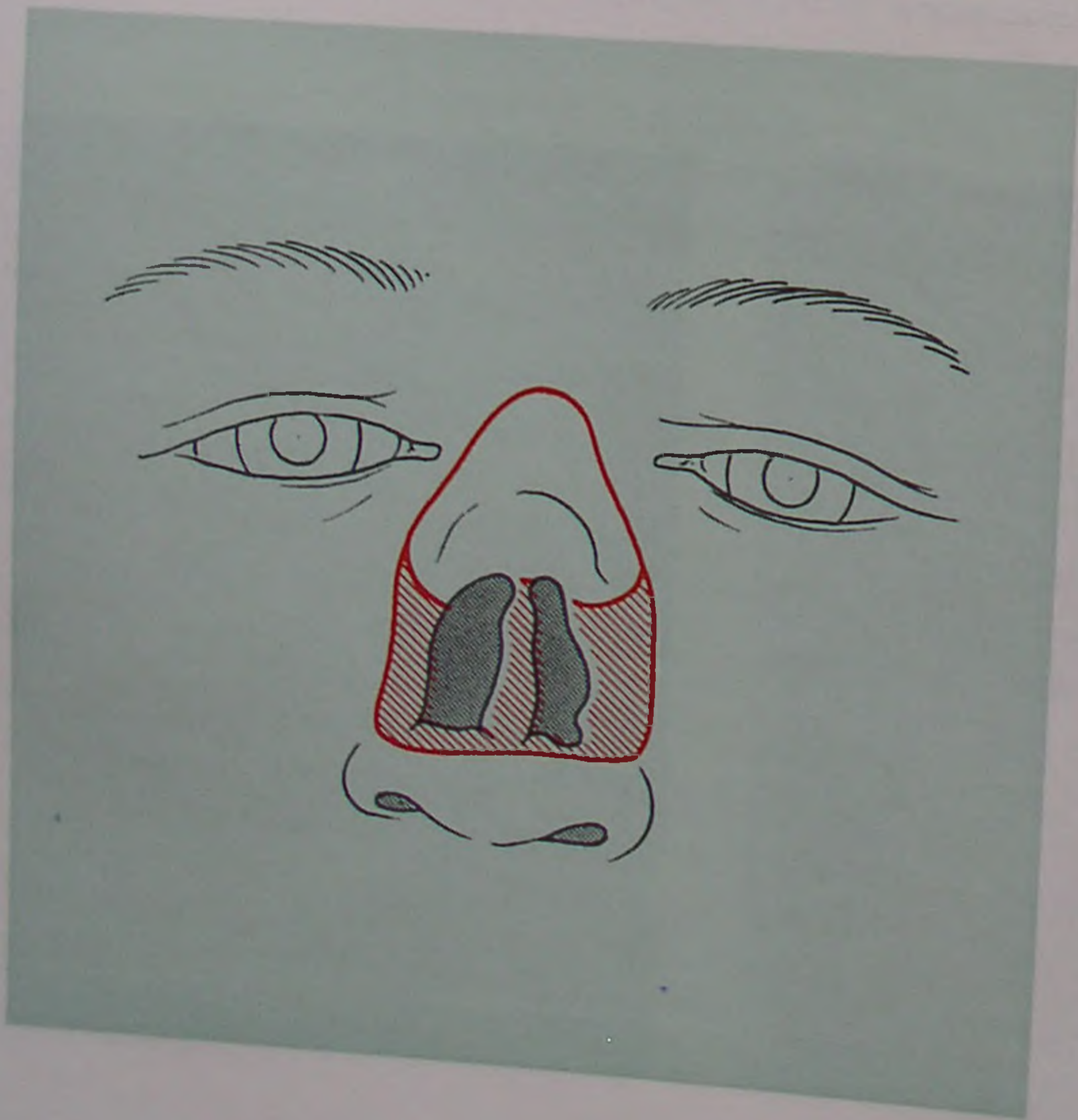


(1)



(2)

(3)



Р И С. 302.

Состояние после экстирпации изъязвленного рака носа. Больной Л. В., 57 лет, история болезни № 25 635. 1. Сквозной дефект средней части носа, сообщающийся с обеими носовыми ходами. — 2. На боковом снимке видна сохранившаяся часть хряща носовой перегородки. У верхнего края дефекта выступают



(4)



(5)



(6)

носовые кости. — 3. Схема разреза по периметру дефекта. Кожа будет использована для создания внутренней оболочки. — 4. Внутренняя оболочка восстановлена с помощью опрокинутого кожного лоскута. На лбу выкроен большой кожный лоскут, расположенный на обеих лобных артериях правой стороны. —

5. Лоскут подшит к дефекту. На вторичный дефект в области лба пересажен трансплантат кожи во всю толщу. — 6. Больной через полгода после излечения. Трансплантат на лбу сильно бросается в глаза, во-первых, из-за гиперпигментации, во-вторых, из-за неподвижности.

УШНЫЕ РАКОВИНЫ

НОРМАЛЬНОЕ СТРОЕНИЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Форма и соотношение между ушной раковиной и черепом зависят от конфигурации хрящевого скелета, переходящего в хрящевой отдел наружного слухового прохода (рис. 303). В норме ушная раковина отходит от черепа под углом около 30° . Хрящ ушной раковины имеет волокнистую структуру. Кожа на передней (наружной) поверхности плотно спаяна с хрящом и едва подвижна. На задней (внутренней) поверхности под кожей имеется довольно толстый слой подкожножировой клетчатки, поэтому кожа этой области обладает значительной подвижностью.

Иннервация: *n. auriculotemporalis* спереди входит в ушную раковину в области козелка; *n. auricularis plexus cervicalis* поднимается по наружной поверхности в ушную мочку и иннервирует самую мочку, нижнюю часть ушной раковины и ее ладью; задняя ветвь проходит по заушной борозде кверху и иннервирует задний и верхний отделы ушной раковины. Обезболивание ушной раковины достигается введением анестетика через вкол, производимый на сосцевидном отростке в точке, соответствующей середине линии прикрепления ушной раковины к черепу; из этой точки раствор анестетика вводят кверху и книзу. Инъекция на передней поверхности ушной раковины под надхрящницу облегчает отпрепаровку хряща.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

В результате порочного развития выступов, которые в качестве закладки ушной раковины образуются в области дорзального конца первой жаберной щели, довольно часто при вполне развитой ушной раковине на козелке или перед ним возникают преаурикулярные фиброхондромы. Иногда они выявляются на большом расстоянии от ушной раковины, располагаясь по линии, идущей к углу рта. В некоторых случаях они имеют вид типичного выступа, в других случаях бывают стебельчатыми. Обычно они содержат полоску скрученного и глубоко погруженного хряща. Эти образования следует считать эмбриомами или включениями. Чаще, однако, чем при нормально развитой ушной раковине они встречаются при гипоплазии или полных дефектах ушной раковины, сочетаясь с атрезией наружного слухового прохода. Приходится их также наблюдать при гипоплазии соответствующей половины нижней челюсти и при поперечных расщелинах углов рта.

Дефекты ушных раковин встречаются в различных вариантах. Чаще всего встречается рудимент в виде удлиненного, цилиндрической формы образования с широким основанием; хрящевой остов таких образований имеет неправильную форму. В других случаях приходится наблюдать или рудимент всей ушной раковины, перпендикулярно отходящий от поверхности черепа, или, наоборот, только рудимент ушной мочки, не содержащий хряща. Рудименты ушных раковин обычно более или менее выступают вперед; при одновременном наличии гипоплазии щеки возникает резко выраженная асимметрия лица (рис. 304, 305).

Различные формы дефектов ушных раковин часто сочетаются с атрезией наружного слухового прохода; при этом структуры среднего уха обычно бывают сохранены в аномальной форме, в то время как внутреннее ухо совершенно нормально. О состоянии этих образований или дефектов следует убедиться путем рентгенографического и тщательного аудиометрического исследования.

Атрезия наружного слухового прохода требует оперативного вмешательства только в случае двустороннего наличия данной аномалии. Различные методы восстановления наружного слухового прохода путем создания канала в кости и его эпителизации при помощи выкроенных из прилежащих участков лоскутов на ножках оказались безуспешными. Положительных результатов можно достичь только с помощью дермо-эпидермальных лоскутов. Выдалбливаемый канал должен быть ровным и всюду одинаковой ширины. В таком случае следует изготовить стентовый слепок и на нем пересадить в новосозданный наружный слуховой проход дермо-эпидермальный трансплантат. Пересаживаемый трансплантат должен быть выкроен единым куском, а не состоять из нескольких небольших лоскутов. Плохо срезанный и неодинаковой толщины трансплантат не даст возможности добиться эпителизации канала, так что в нем мощно разрастаются грануляции и месяцами, а то и годами образуются выделения. В конце концов такой канал бывает выслан тонкой, легко ранимой пленкой.

Врожденные свищи в области ушных раковин встречаются довольно часто. Чаще всего они располагаются на передней части завитка, на козелке или по соседству с этими образованиями. Вблизи свища может находиться аномально расположенный лицевой нерв, поэтому операцию следует производить весьма осторожно.

Диффузные лимфангиомы ушных раковин нередко ведут к значительному их увеличению, а иногда и к элевантиазу.

Различия в величине и форме ушных раковин весьма многочисленны. Резкие отклонения сильно бросаются в глаза, а лиц, обладающих такими аномальными ушными раковинами, высмеивают, в особенности в тех случаях, если ушные раковины несимметричны. К отклонениям от нормы, которые считают деформациями, относят также резко выраженное сглаживание краев завитка, выступающий бугорок на краю завитка (Дарвинов бугорок), обезьянье ухо, остроконечное ухо, отогнутое ухо, складывающееся ухо и др. (рис. 312—319).

Менее резкими отклонениями являются сращения ушной раковины с черепом, главным образом в верхней половине ушной раковины, причем

форма и величина ушной раковины нормальна, а деформация весьма незначительна. Иногда верхний край хрящевого остова ушной раковины бывает подсунут под кожу черепа (р и с. 320).

Увеличенные ушные раковины, широкие, уплощенные, со сглаженным краем завитка, обычно одновременно отстают от черепа. В таких случаях не удастся произвести коррекцию путем простого клиновидного иссечения и приходится с обеих сторон делать еще небольшие добавочные поперечные клиновидные эксцизии. Делается это для того, чтобы после операции не возник длинный продольный рубец, сморщивание которого могло бы содействовать образованию вырезки на краю противозавитка (р и с. 324).

Наиболее часто встречающимся косметическим дефектом являются торчащие уши, часто сочетающиеся с различными другими аномалиями, о которых была речь выше. Сущность этой деформации заключается в одних случаях в чрезмерной величине ушной раковины или полном уплощении противозавитка, в других случаях — в сочетании обеих этих изменений. При этой деформации следует уменьшить все увеличенные параметры ушных раковин и попытаться придать им надлежащую форму (р и с. 322—324).

Способ операции зависит от степени деформации и возникших осложнений. В связи с тем, что при этой деформации ушная раковина всегда бывает расширенной, приходится с ее наружного края иссекать полоску хряща соответствующей ширины. В тех случаях, когда хрящ бывает слишком толстым, рекомендуется его сделать тоньше путем срезания тонких пластинок с задней поверхности в области противозавитка.

В случае наличия тонкого хряща достаточно произвести ряд параллельных надрезов, расположенных по ходу противозавитка и его ножек, и находящихся друг от друга на расстоянии 1—2 мм. При наличии толстого хряща часто рекомендуют, кроме того, еще иссекать небольшую веретенообразную часть хряща в направлении передней ножки завитка.

РАНЕНИЯ

Травмы ушных раковин относят к числу состояний, требующих неотложной хирургической помощи. Богатое кровоснабжение ушных раковин и прилежащих участков позволяет добиться приживления частей, висящих только на узких ножках, и даже полностью оторванных отделов ушной раковины. Успешное восстановление органа можно произвести даже при застарелых ранах.

При восстановлении травматических дефектов следует руководствоваться теми же принципами, как и при хирургических вмешательствах, производимых по поводу врожденных аномалий. Следует позаботиться о восстановлении кожного покрова путем пластики местными тканями и трансплантации свободных лоскутов, а в случае необходимости производить пересадку имплантатов в целях дополнения недостающих частей хрящевого скелета ушной раковины. В таких случаях на последнем этапе операции производят отсечение ушной раковины от головы и в образовавшийся карман вшивают кожный трансплантат.

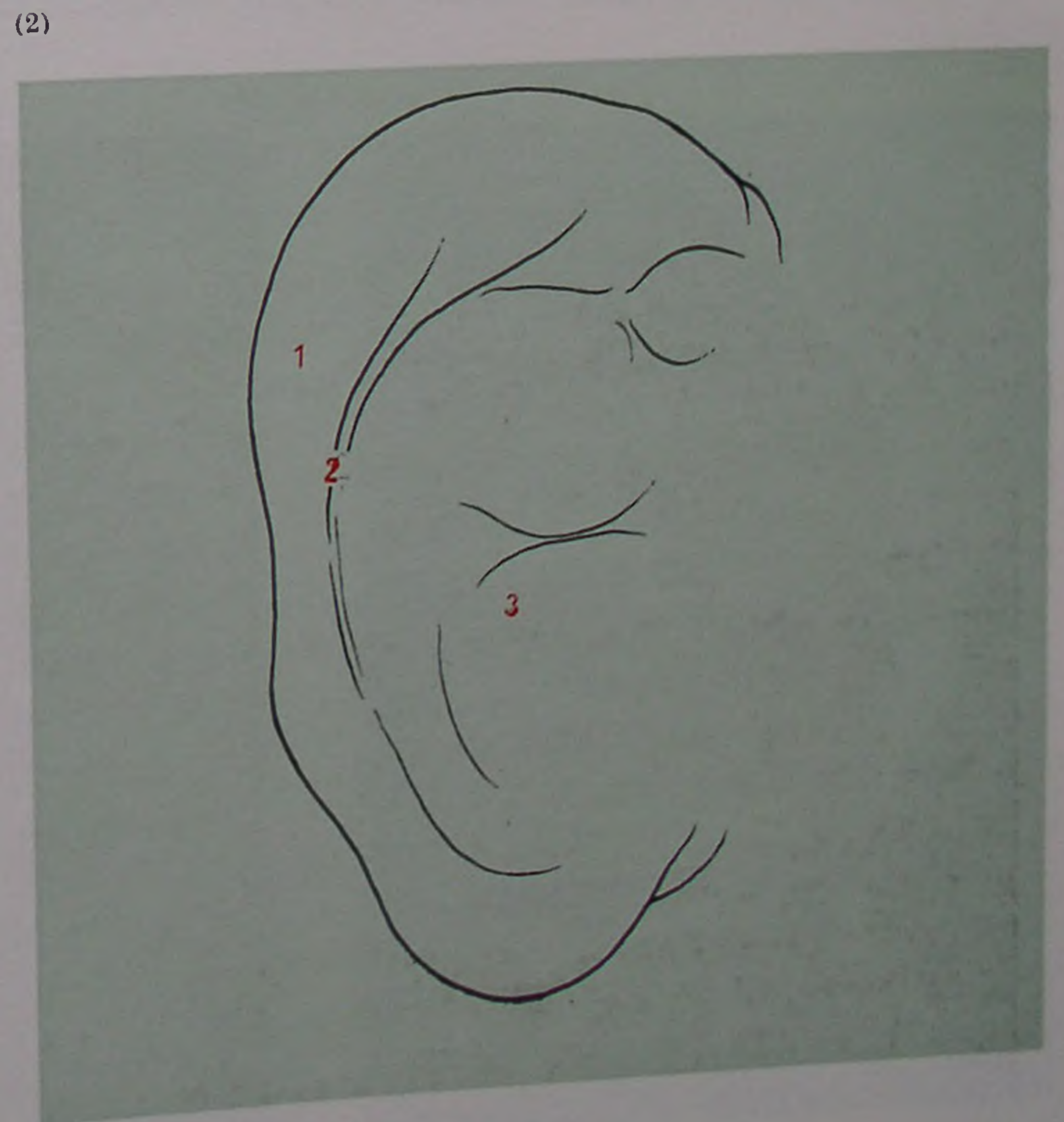
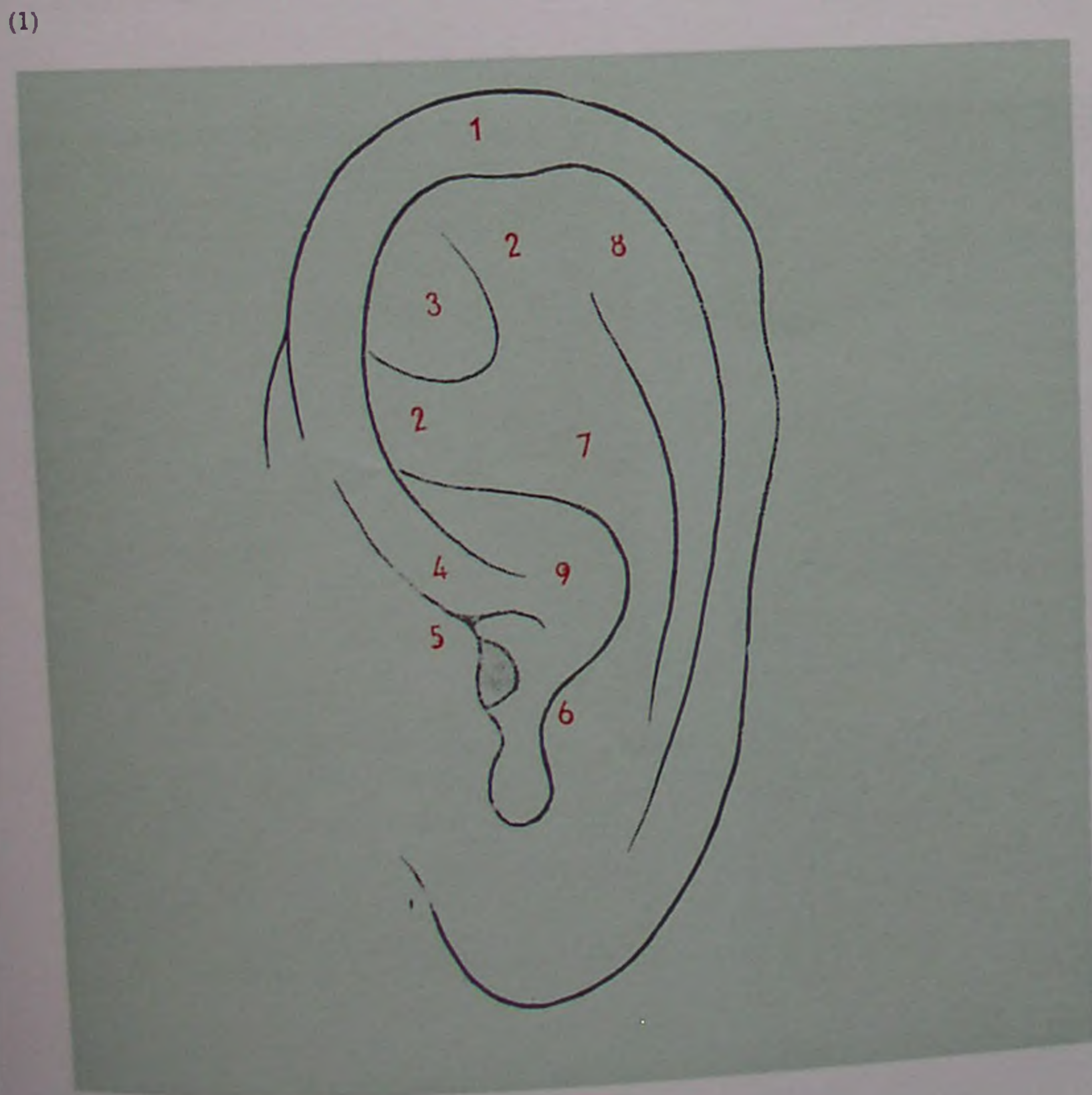
Полное восстановление ушных раковин как при травматических потерях, так и при тяжелой врожденной гипоплазии и аплазии, продолжает оставаться трудной проблемой. Лучшие результаты достигаются при имплантации точно сформированного остова ушной раковины или по методу Танцер-Конверса, или биологическим путем, т. е. путем переноса заранее сформированного на другом месте хрящевого скелета ушной раковины по Л. А. Пиру, или, наконец, путем пересадки остова ушной раковины из пластмассы. Этот скелет ушной раковины должен быть пересажен под кожу сосцевидной области, причем лучше всего придерживаться способа, разработанного Д. М. Конверсом. Если в районе пересадки имеется недостаток доброкачественной податливой кожи, то необходимо заранее удалить рубцы, или сместить кзади волосистый покров головы и пересадить трансплантат кожи во всю толщу. Следует быть готовым к тому, что достигнутый непосредственно после операции рельеф со временем сгладится.

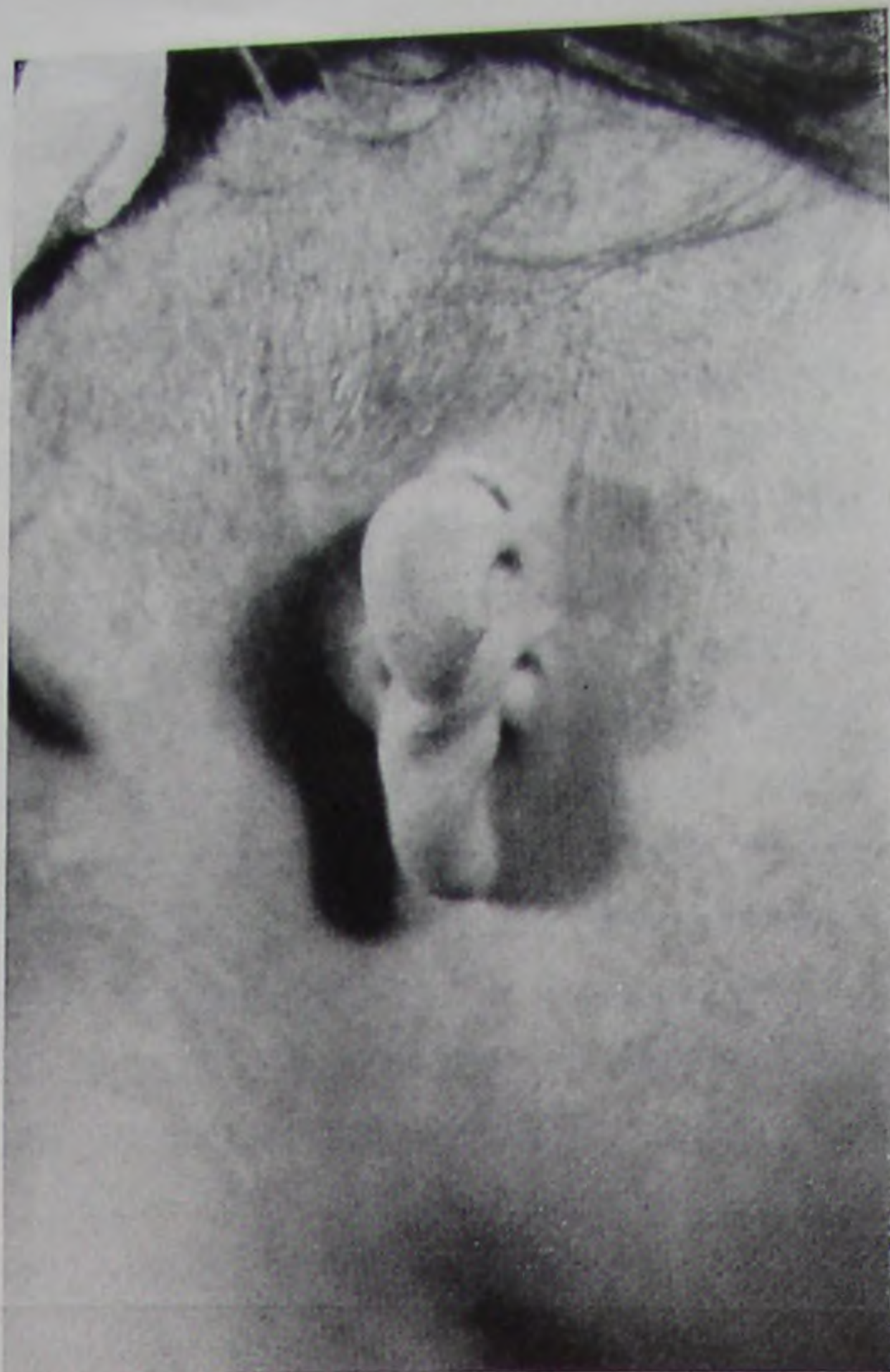
Больному надо объяснить весь процесс восстановительной операции и наши возможности в этой области пластической хирургии, чтобы он сам смог сделать выбор между восстановительной операцией и искусственным протезом (рис. 325—330).

Р И С. 303.

1. Наружная (передняя) сторона ушной раковины. [1] Helix. [2] Crura anthelicis. [3] Fossa triangularis. [4] Crus helicis.

[5] Tragus. [6] Antitragus. [7] Anthelix. [8] Scapha. [9] Concha. 2. Вид ушной раковины с внутренней (задней) стороны. [1] Eminentia scaphae. [2] Fossa anthelicis. [3] Eminentia conchae.





(1)

(2)

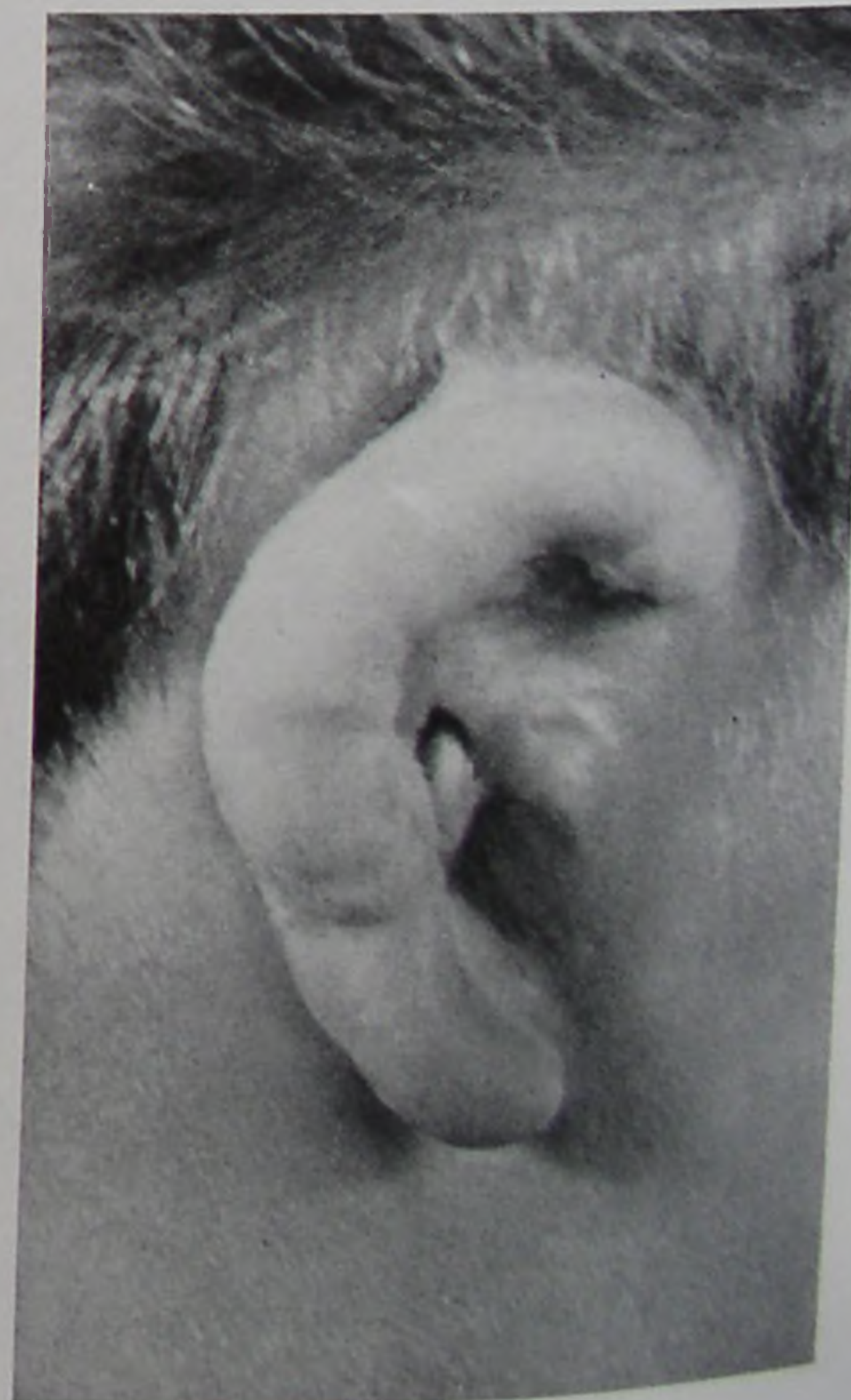
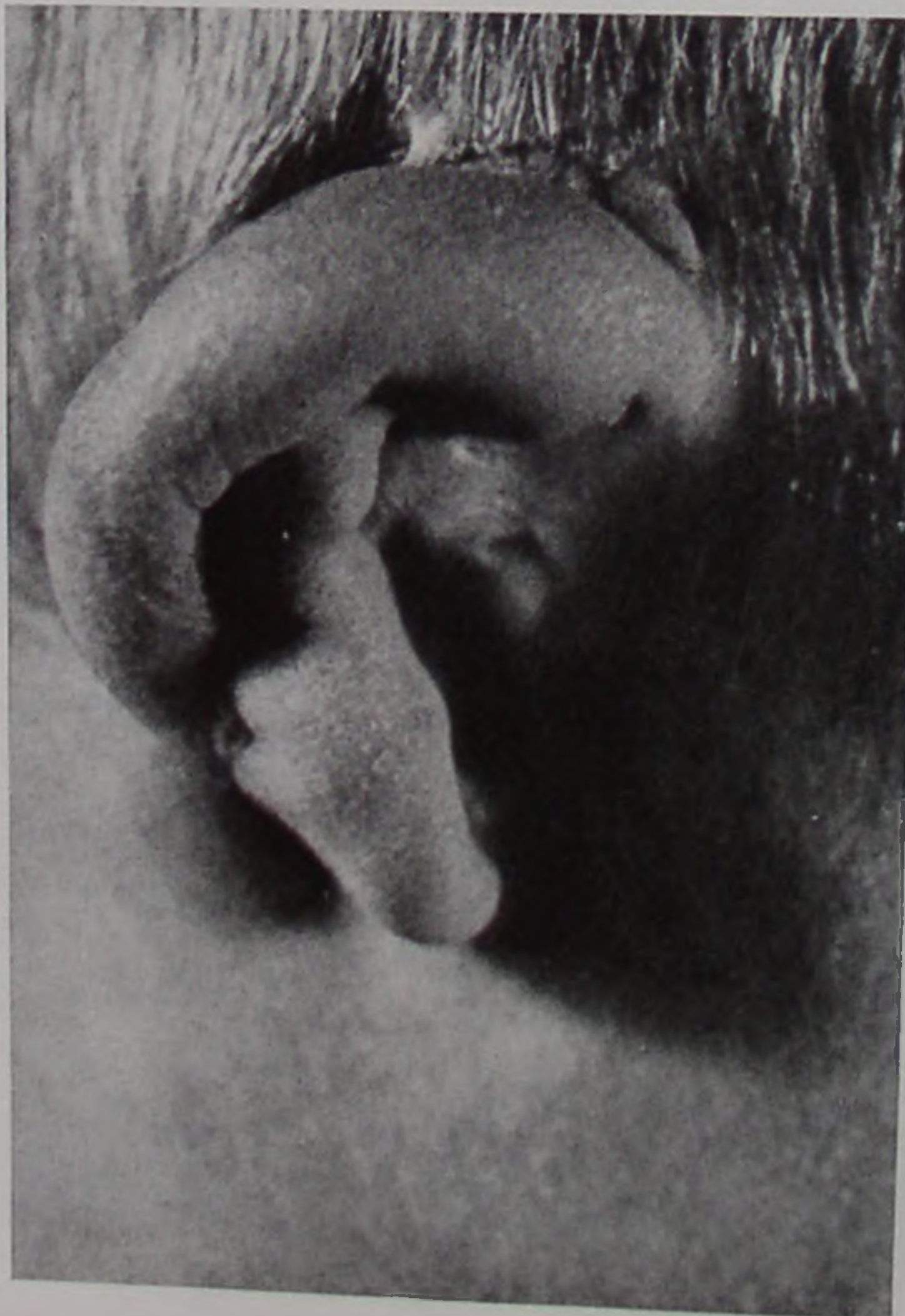
Недоразвитие правой ушной раковины с атрезией наружного слухового прохода. Больной К. Г., 6 лет, история болезни № 18 230. 1, 2. Рудимент имеет неправильную форму; он значительно короче ушной раковины здоровой стороны. Выявляется некоторое недоразвитие правой щеки. — 3. Для формирования

мягких тканей над правой ключицей подготовлен стебельчатый лоскут. Передняя ножка лоскута пересажена к нижнему краю рудимента. — 4, 5. Вторая ножка пересажена в область *scutulae helioidis*. На следующем этапе стебель был развернут на всем протяжении между обеими ножками и пришит к рудименту.

(3)

(4)

(5)



ль всего его периметра. Для дополнения хрящевого остола
 ной раковины произведена пересадка пластинки реберного хря-
 — 6. Больной через 8½ лет после операции. Наступило замет-
 е сморщивание и деформация лоскута. Если смотреть на ушную
 овину спереди и сзади, то деформация менее заметна. В даль-
 шем был произведен ряд дополнительных пластических опера-
 и, после чего вид ушной раковины значительно улучшился.

(6)



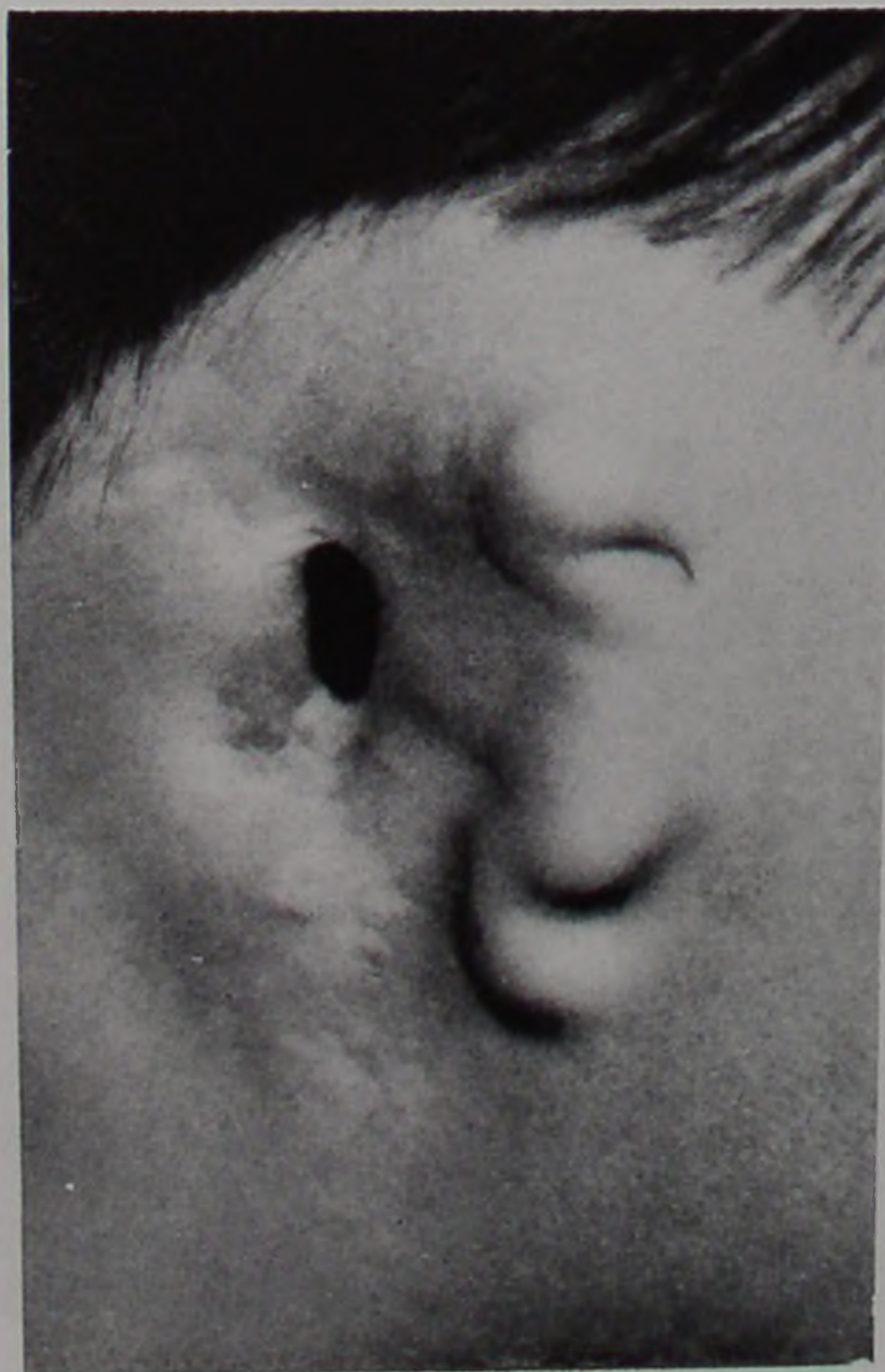
С. 305.

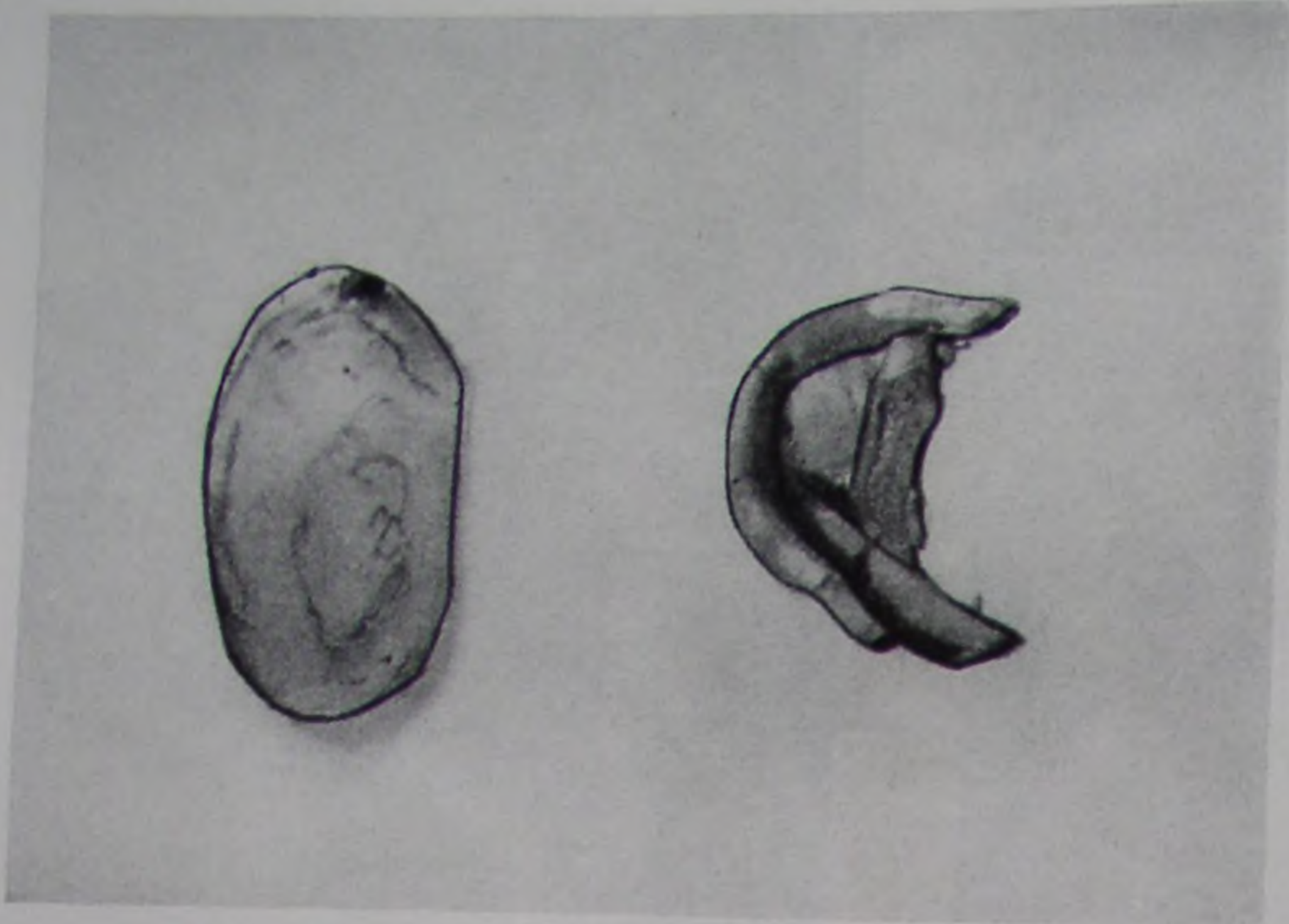
о выраженное недоразвитие правой ушной раковины и зна-
 льная асимметрия лица. Больной П. Г., 6 лет, история бо-
 и № 37 414. 1, 2. У больного в другом медучреждении был
 ан искусственный слуховой проход и сильно повреждена кожа

за рудиментом ушной раковины. — 3. Рудимент разрезан на
 границе верхней и средней трети. Нижняя часть, из которой
 было решено создать ушную мочку, отогнута книзу и подшита
 к разрезу, сделанному в сосцевидной области ниже трепанцион-

(2)

(3)



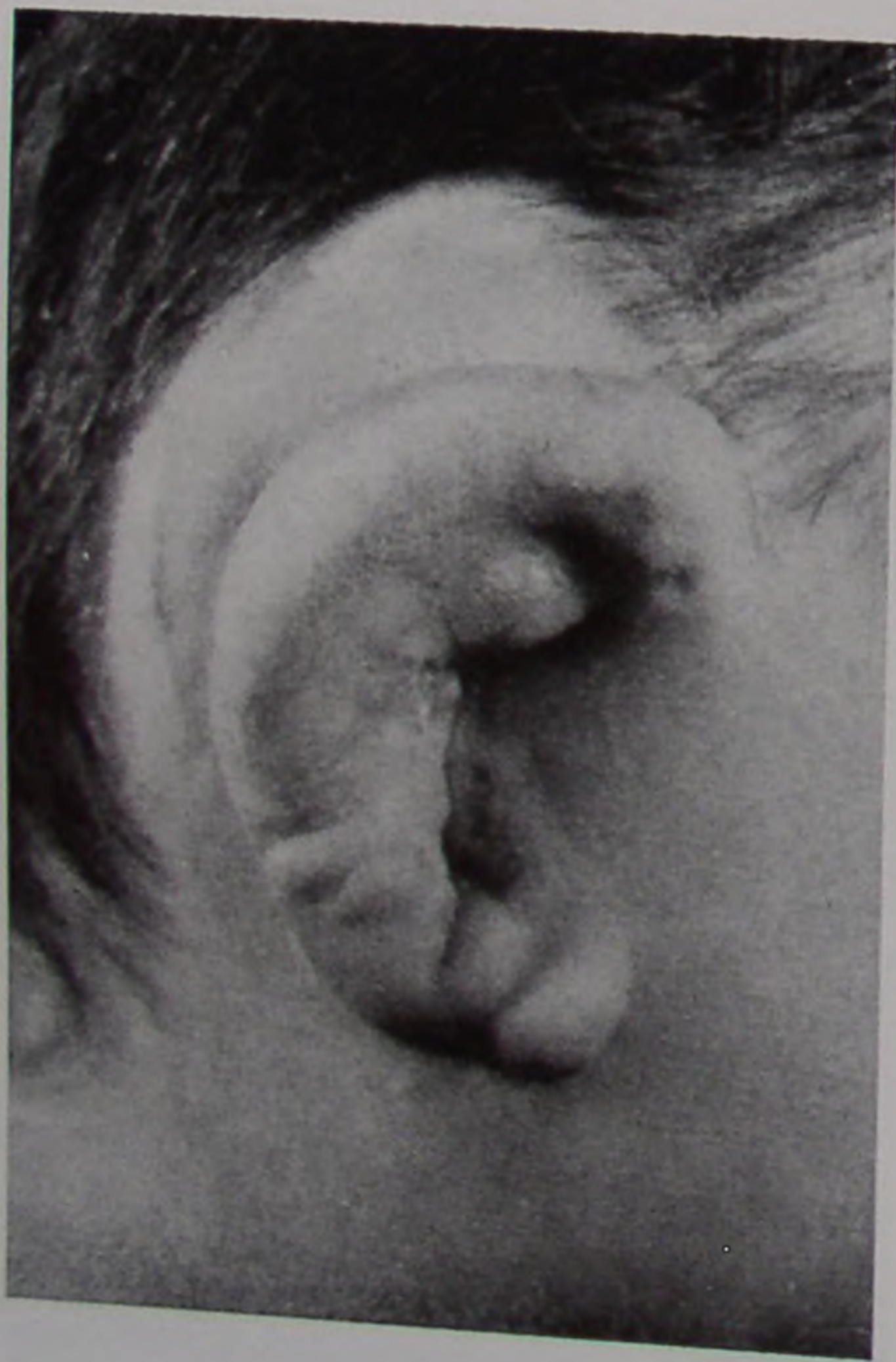


(4)

(5)

ного отверстия. — 4. Из целулоида вырезают шаблон очертаний ушной раковины здоровой стороны. Этим шаблоном пользуются для планировки восстанавливаемой ушной раковины. — 5. Хрящевой остов, изготовленный из хрящей VIII и IX ребер по методу Танцера. — 6. После вживления хрящевого остова у самой границы волосяного покрова производят окаймляющий разрез и отсепаровку восстанавливаемой ушной раковины, после чего в возникший карман пересаживают толстый кожный лоскут во всю толщину. — 7, 8. Внешний вид новосозданной ушной раковины через 3 года после операции значительно изменился — сильно изгладились ее очертания и рельеф. Несмотря на это при обозрении ушной раковины спереди и сзади деформация не бросается в глаза и лишь стойко персистирует недоразвитие правой половины лица.

(6)



(7)



(8)

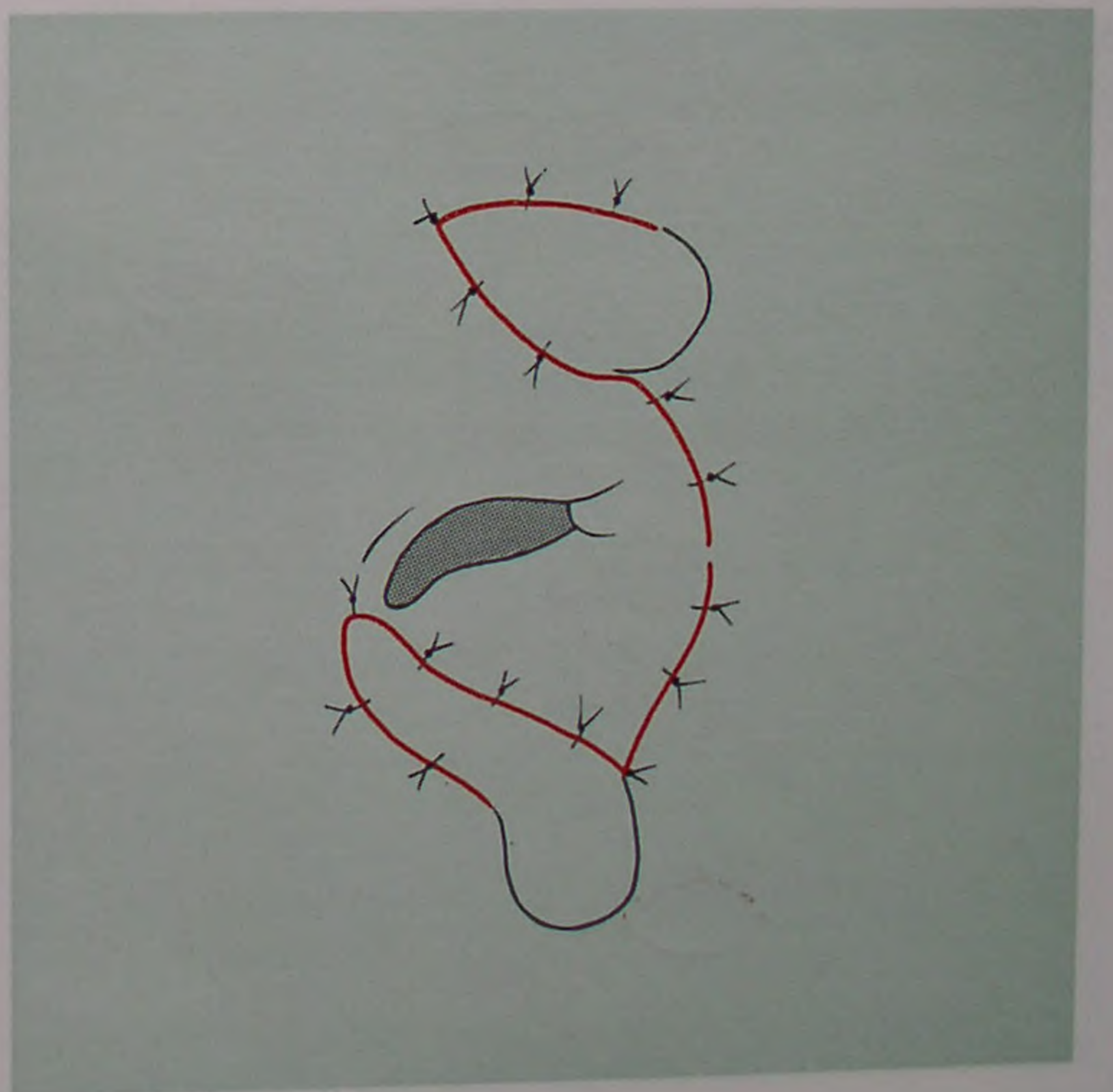
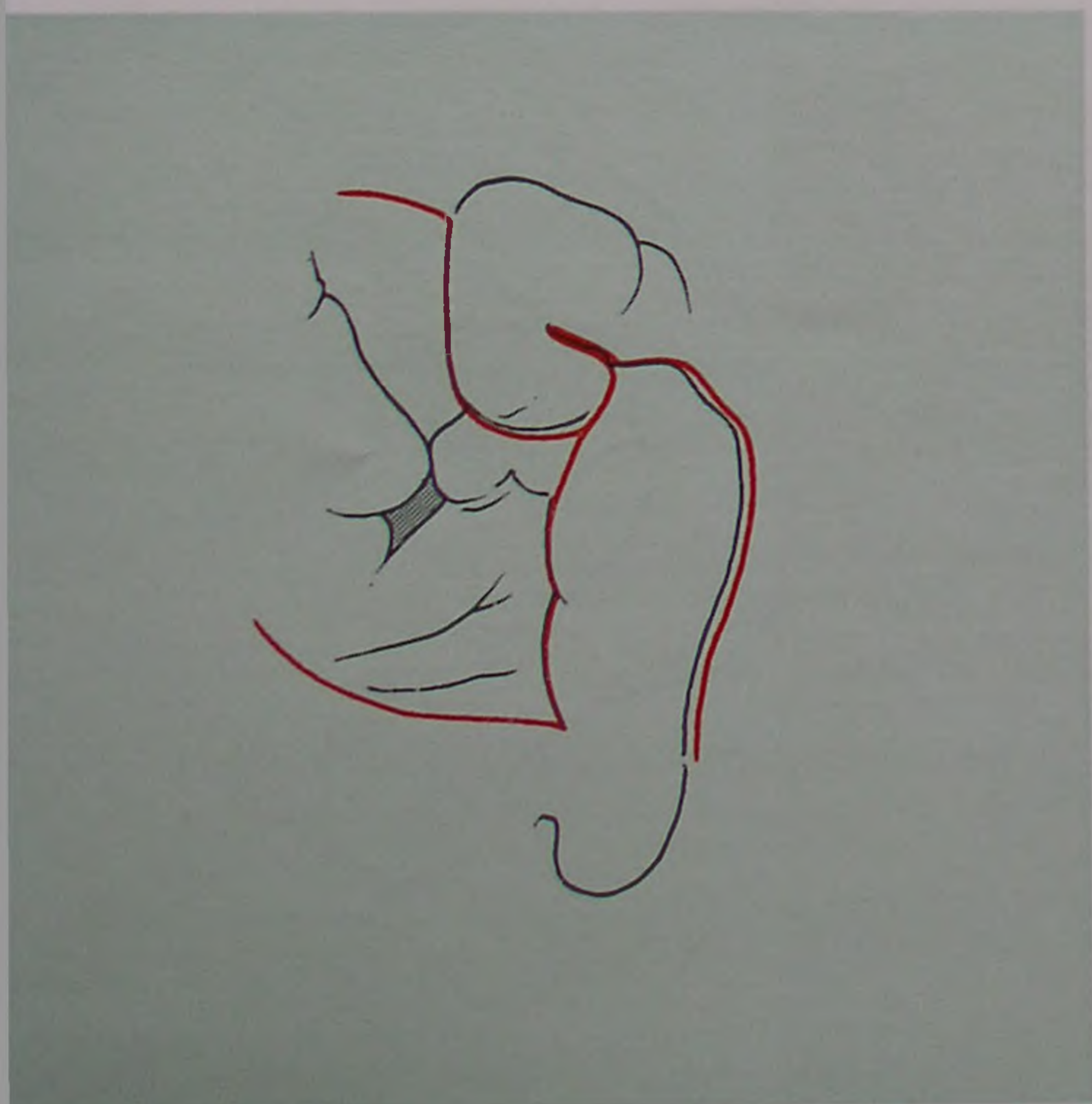


ожденное недоразвитие правой ушной раковины типичной формы. Больной К. К., 21 года, история болезни № 10 514. В верхней трети рудимента имеются деформированные хрящи, нижние две трети представляют из себя мягкие образования. Больной подвергся в ЛОР отделении пластической операции с целью создания искусственного слухового прохода. Эта операция создала неблагоприятные условия для пластики ушной раковины. — 2. На первом этапе рудимент рассечен на границе верхней и средней трети в месте сужения. Нижняя часть после пересадки осталась только на узкой нижней ножке; после пластики эта часть соответствует ушной мочке. Кверху и назад выкраивают длинный лоскут кожи, из которого будет сделана нижняя часть будущей ушной раковины. — 3. Сформированный указанным образом рудимент подсаживают в косой разрез, направляющийся назад и вверх. — 4. Верхний отдел рудимента переведен в такое положение, в котором он будет составлять основу передней части завитка. На следующем этапе операции произведена пересадка хрящевого трансплантата, вы-



(1)

(3)

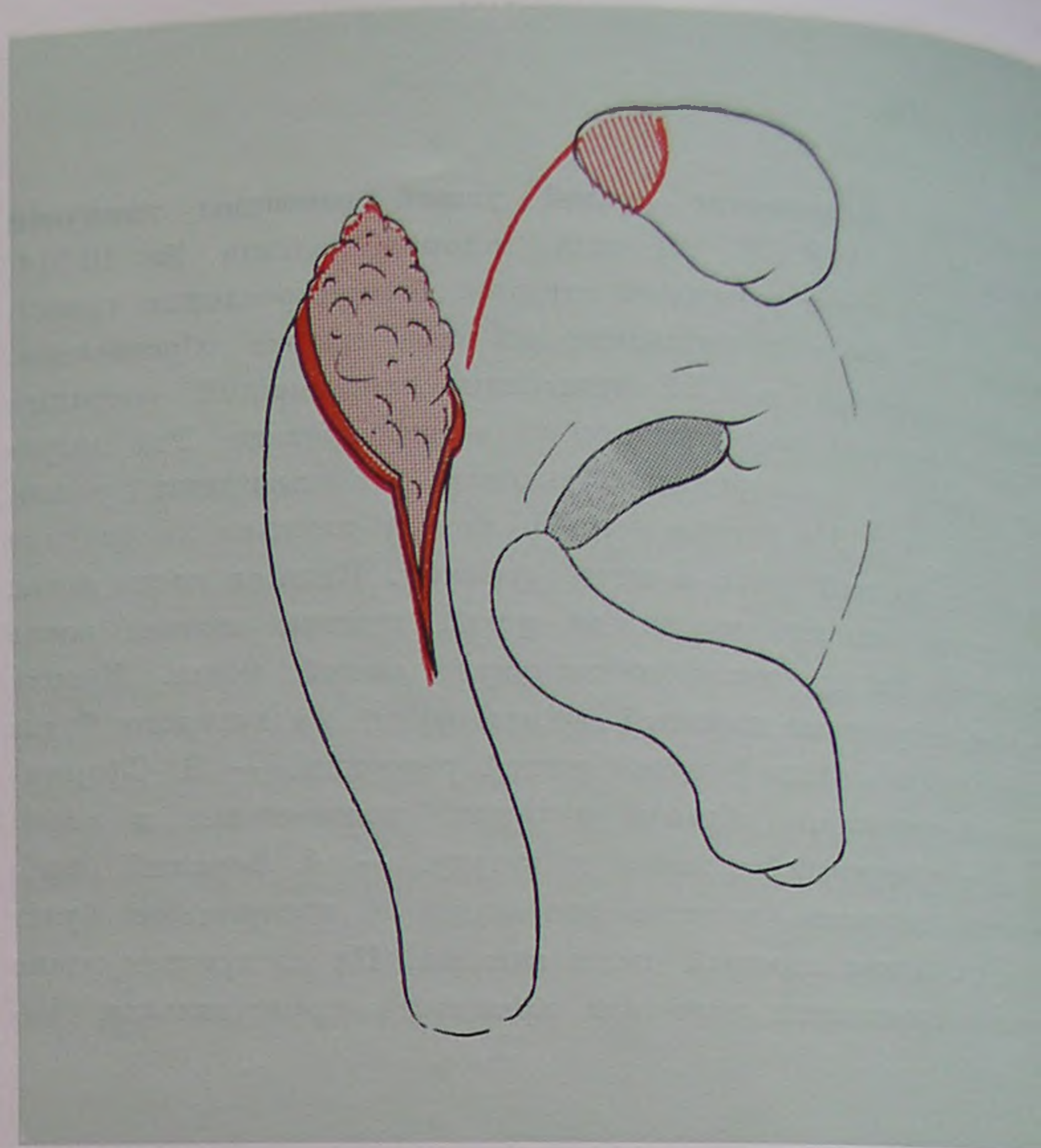
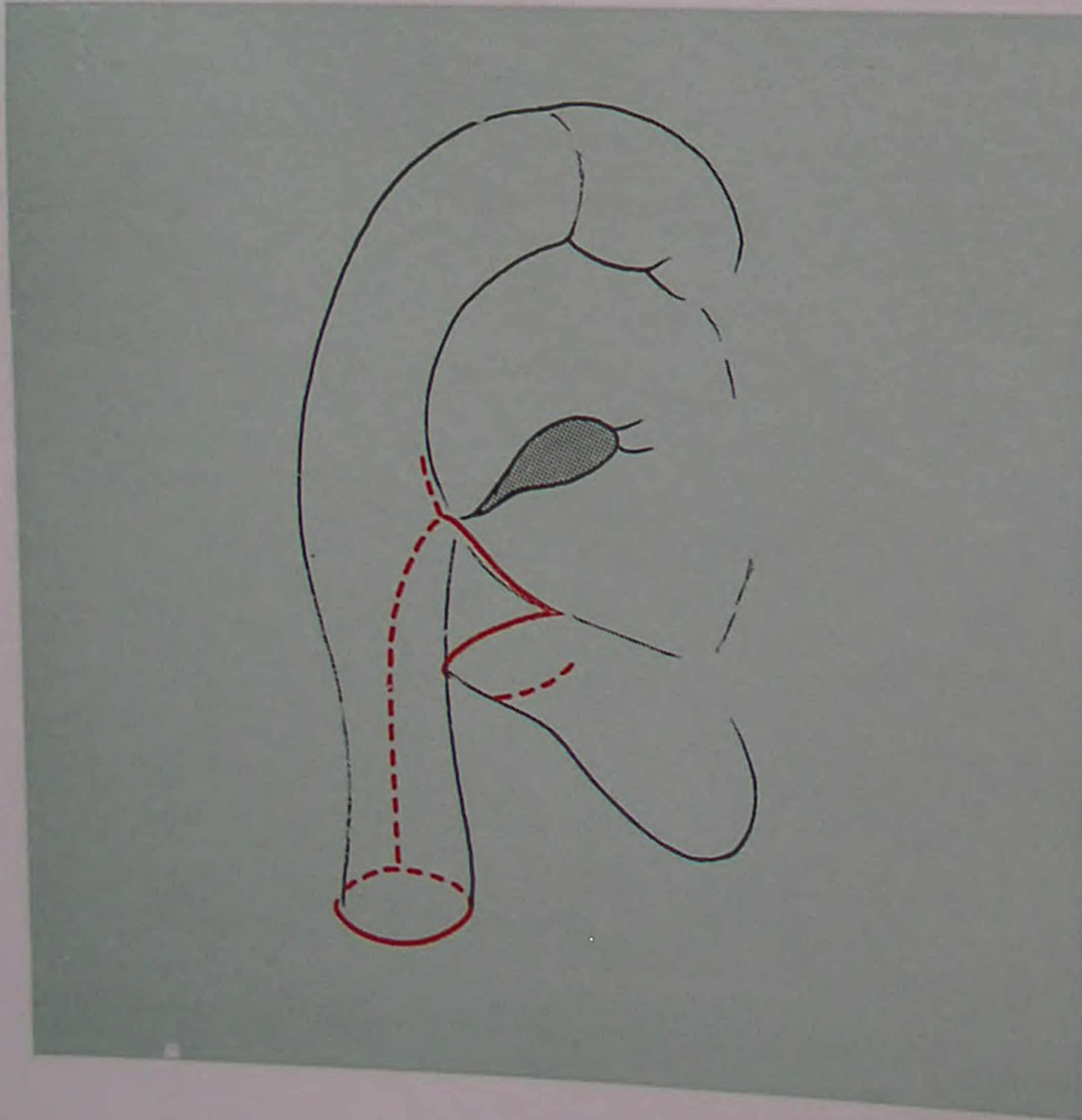




(4)

резанного из VIII и IX ребер, на котором была произведена моделировка рельефов завитка и противозавитка и создано глубокое углубление ладьи (рис. 305). Этот трансплантат подсаживают под сохранившуюся за трепанационным отверстием безволосую кожу и устанавливают в таком положении, чтобы вместе

(6)



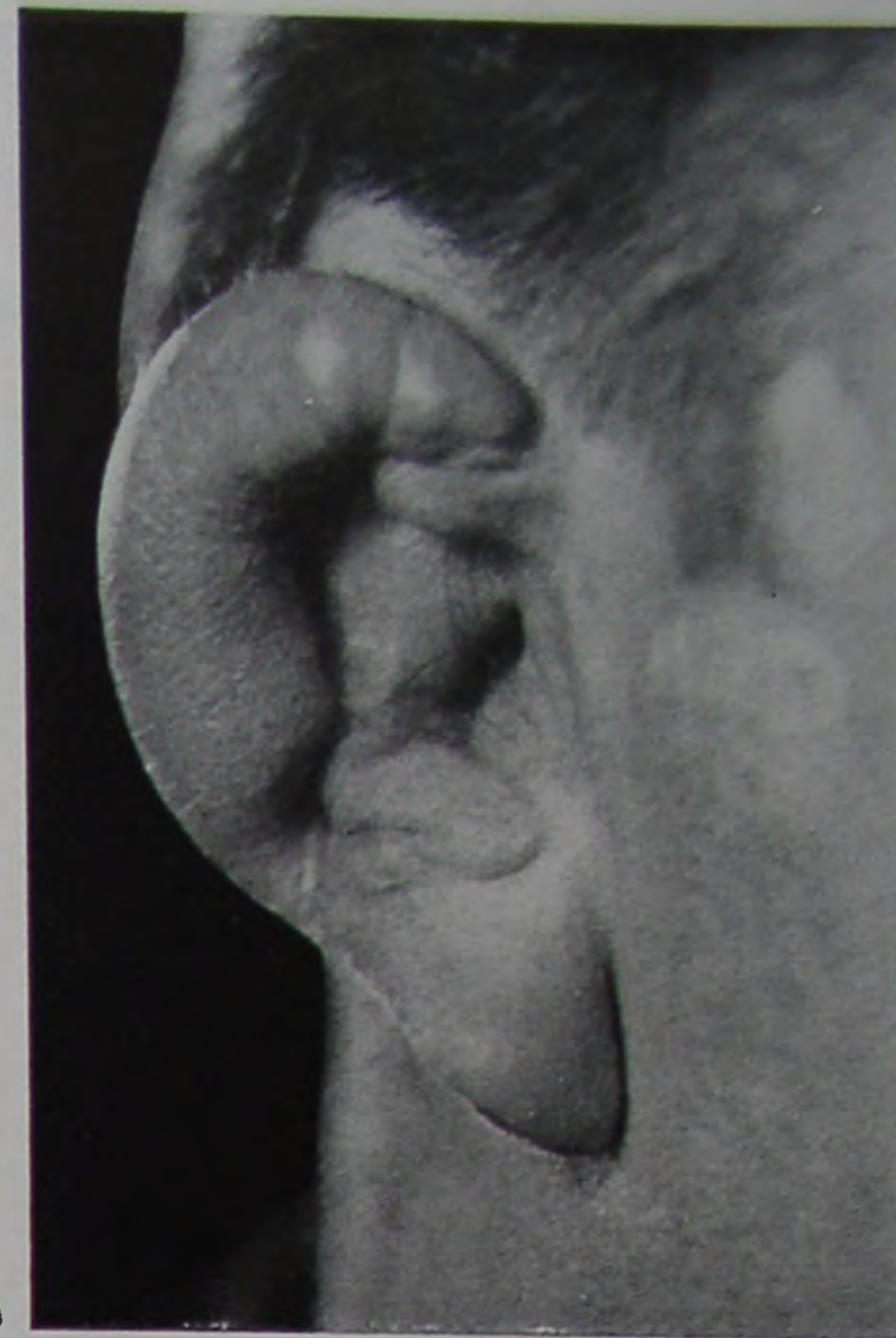
(5)

с обоими рудиментами получились очертания ушной раковины. В дальнейшем это образование было отделено от черепа, а в его место пересажен слепок на кожном вкладыше. В течение нескольких месяцев поверхность вновь созданной ушной раковины сгладилась, а кожный покров сильно сморщился, так что в цел

(7)



сформированная ушная раковина оказалась после операции меньше второй, нормальной ушной раковины. — 5. Поэтому к сформированной ушной раковине был подсажен небольшой стебельчатый лоскут, выкроенный в надключичной области. — 6, 7. Подшитый стебель последовательно распластан по всему периметру ушной раковины. — 8. Через год после операции пластичность ушной раковины стерлась, так что раковина превратилась в бесформенное образование. На дальнейшую операцию больной явился.



(8)

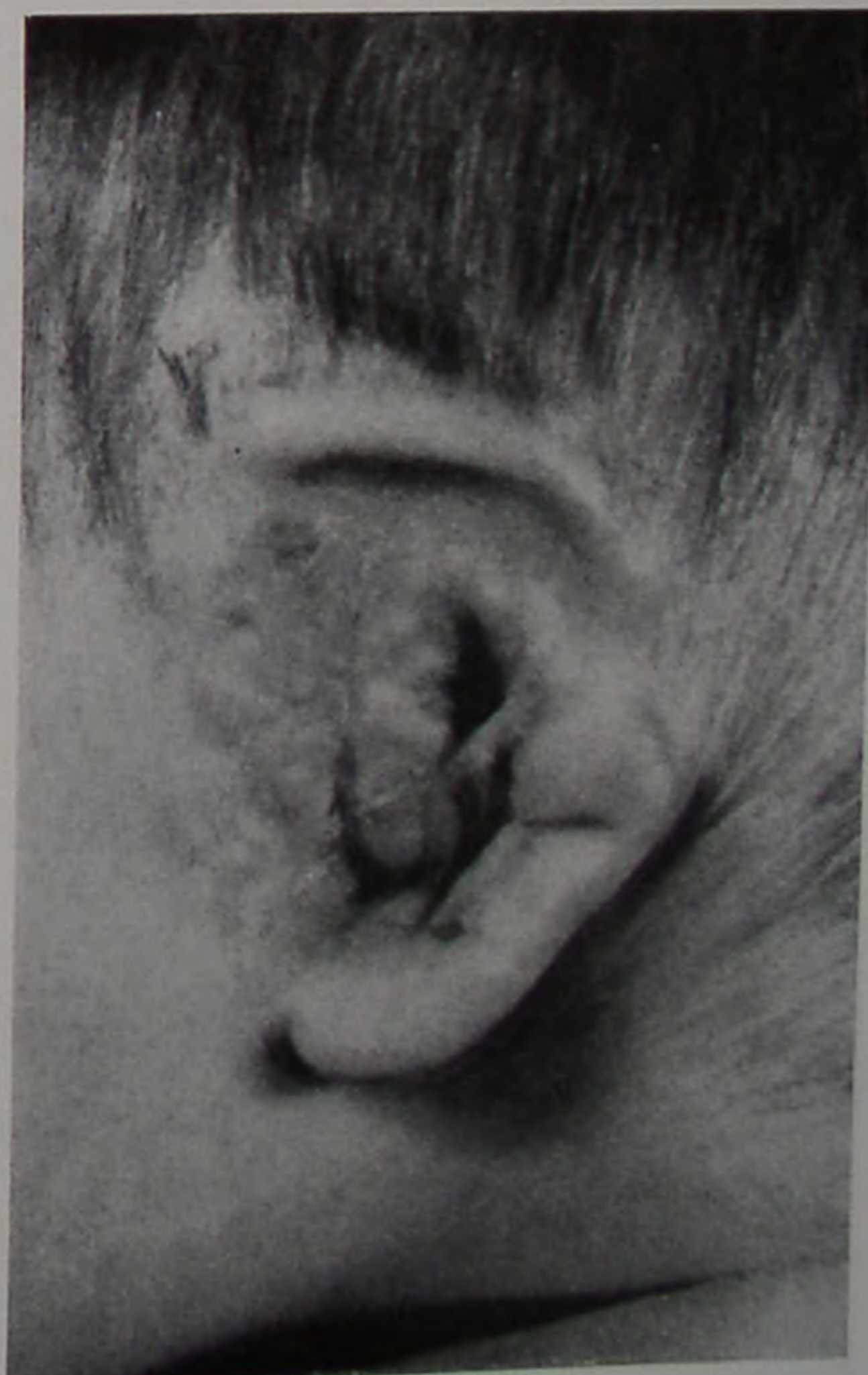
И С. 307.

Развитие ушной раковины. Больной В. Н., 5 лет, история болезни № 42 430. 1. На наружном слуховом проходе была произведена отиатром операция в необычном месте. В связи с этим для пластической операции создались неблагоприятные условия. — 2. К отверстию подсажен хрящевой трансплантат, сформированный по Танцеру. Оказалось, однако, что не хватает

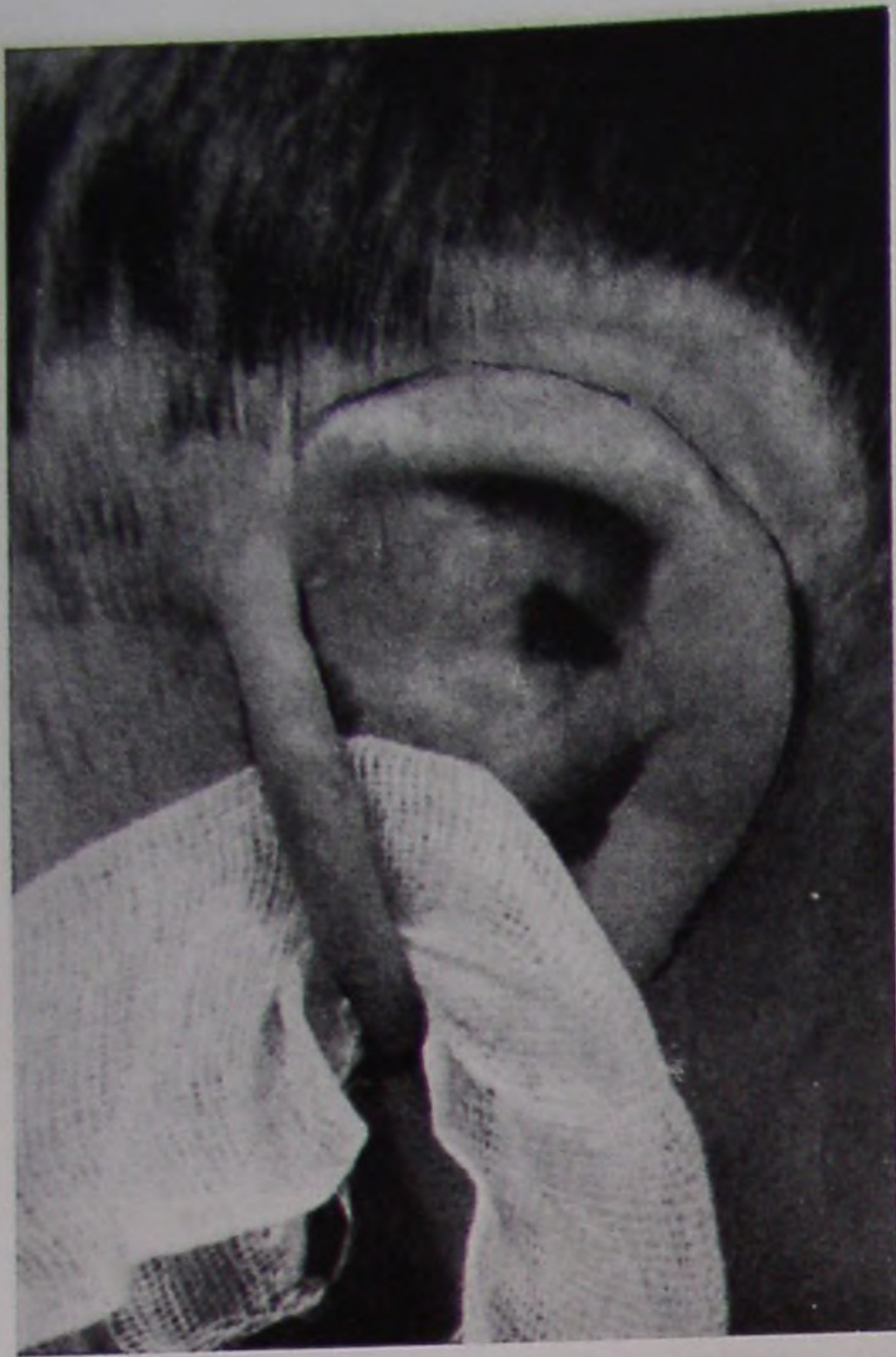
безволосой кожи. Поэтому в первую очередь следовало сместить покрытую волосами кожу кзади, а на открытое место пересадить свободный кожный лоскут. Это, однако, не было сделано, в связи с чем возникли неблагоприятные условия для дальнейших вмешательств. Вкладыш, который был пересажен под кожу после отсечения верхней части ушной раковины от черепа, правда, прижился, но сильно сморщился, так что ушная раковина стала вновь прилегать к черепу. В конце концов пришлось покрытую



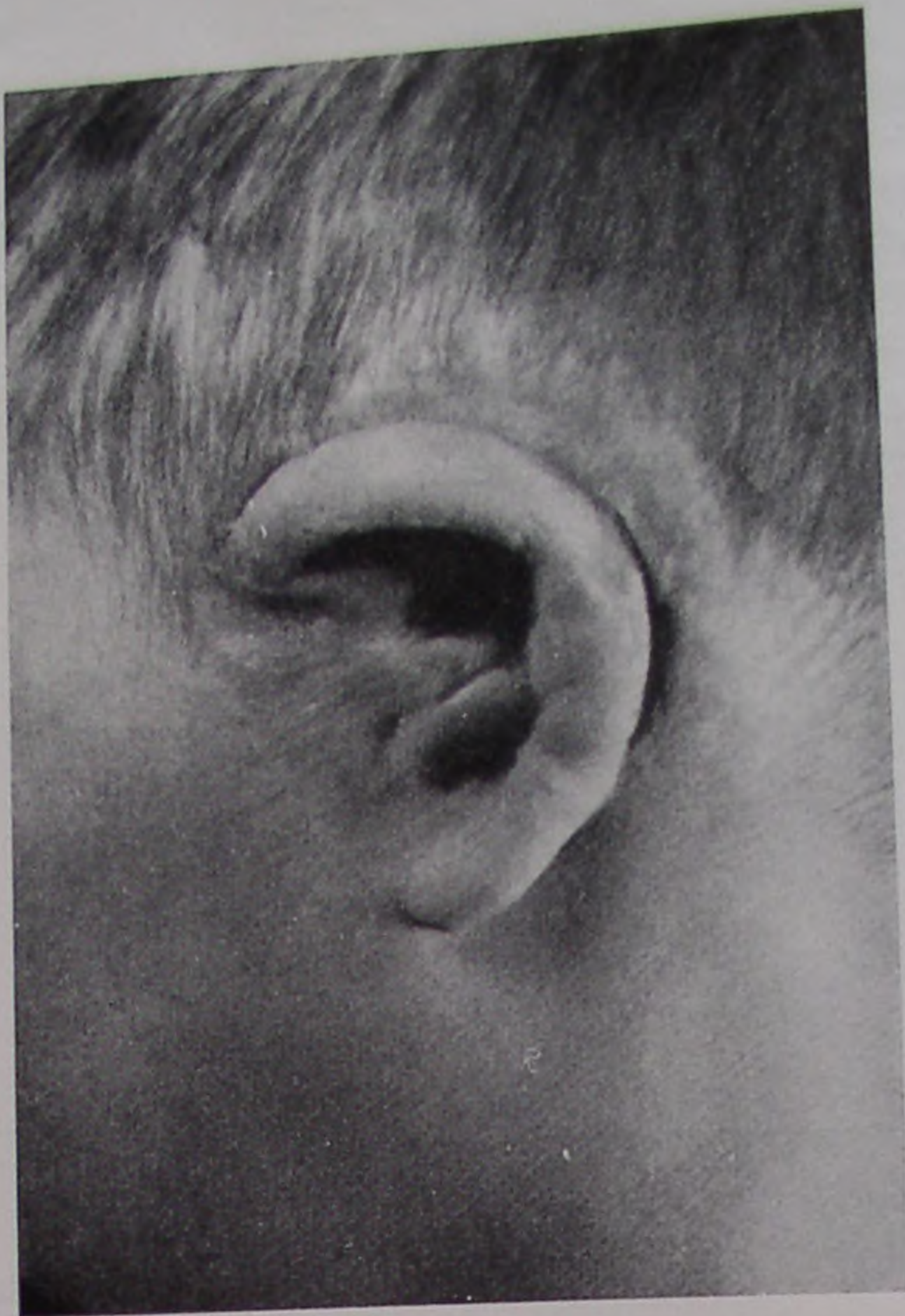
(1)



(2)



(3)



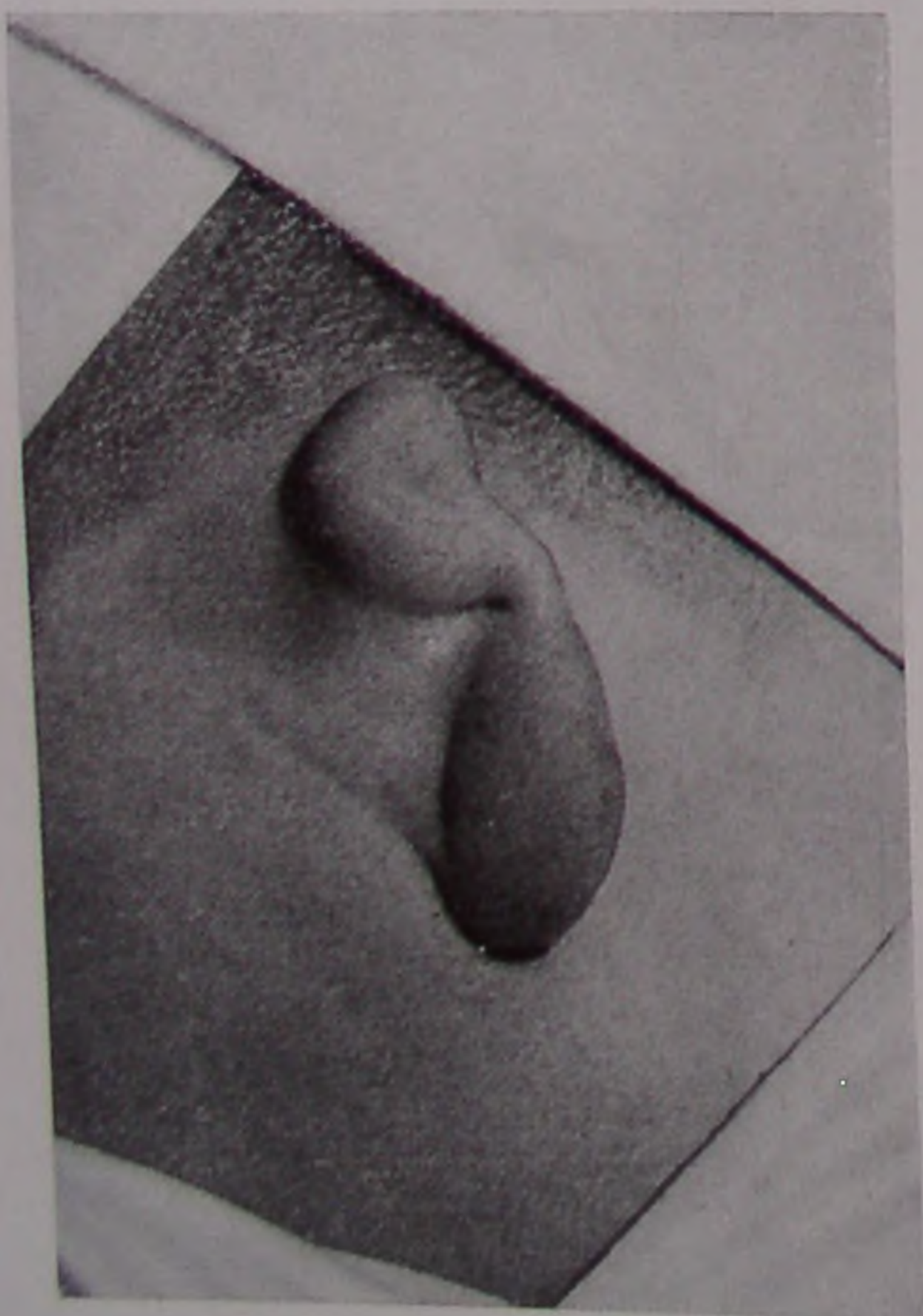
(4)

волосами кожу над ушной раковиной сместить в виде лоскута вниз к основанию раковины, как показано на рис. 309, 311. — 3. Так как величина ушной раковины оказалась недостаточной, пришлось к нему подшить маленький тонкий стебельчатый лоскут, выкроенный из кожи, расположенной под ушной раковиной. — 4. Окончательный вид ушной раковины после ряда повторных коррекций.

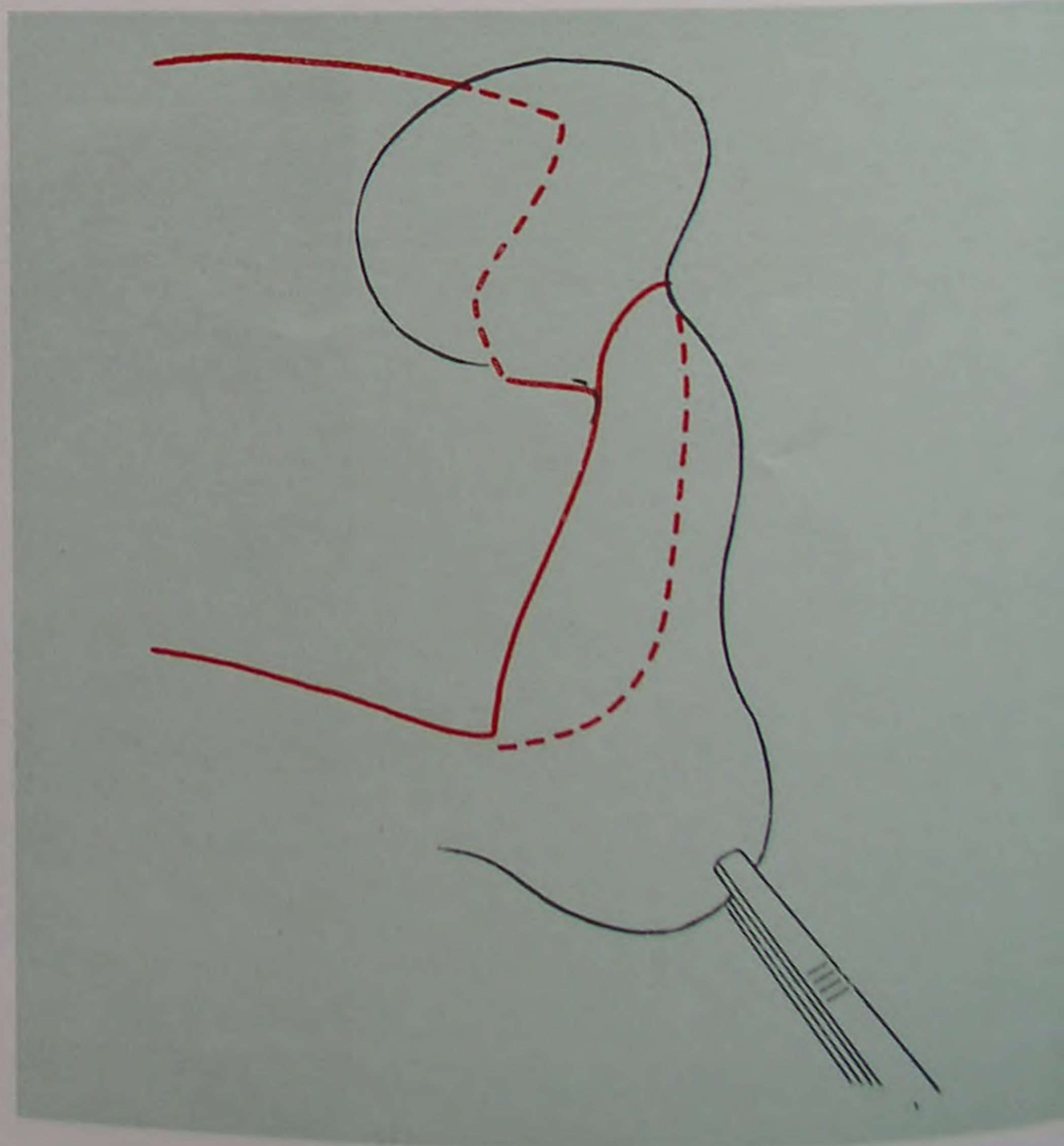
Р И С. 308.

Врожденное недоразвитие правой ушной раковины типичной формы. Больной А. Ш., 5 лет, история болезни № 43 679. 1. Рудимент на границе верхней и средней трети отогнут книзу

почти под прямым углом. Порок развития ушной раковины сочетается с атрезией наружного слухового прохода. — 2. Схема разрезов, производимых на рудименте, и выкраивания заушной

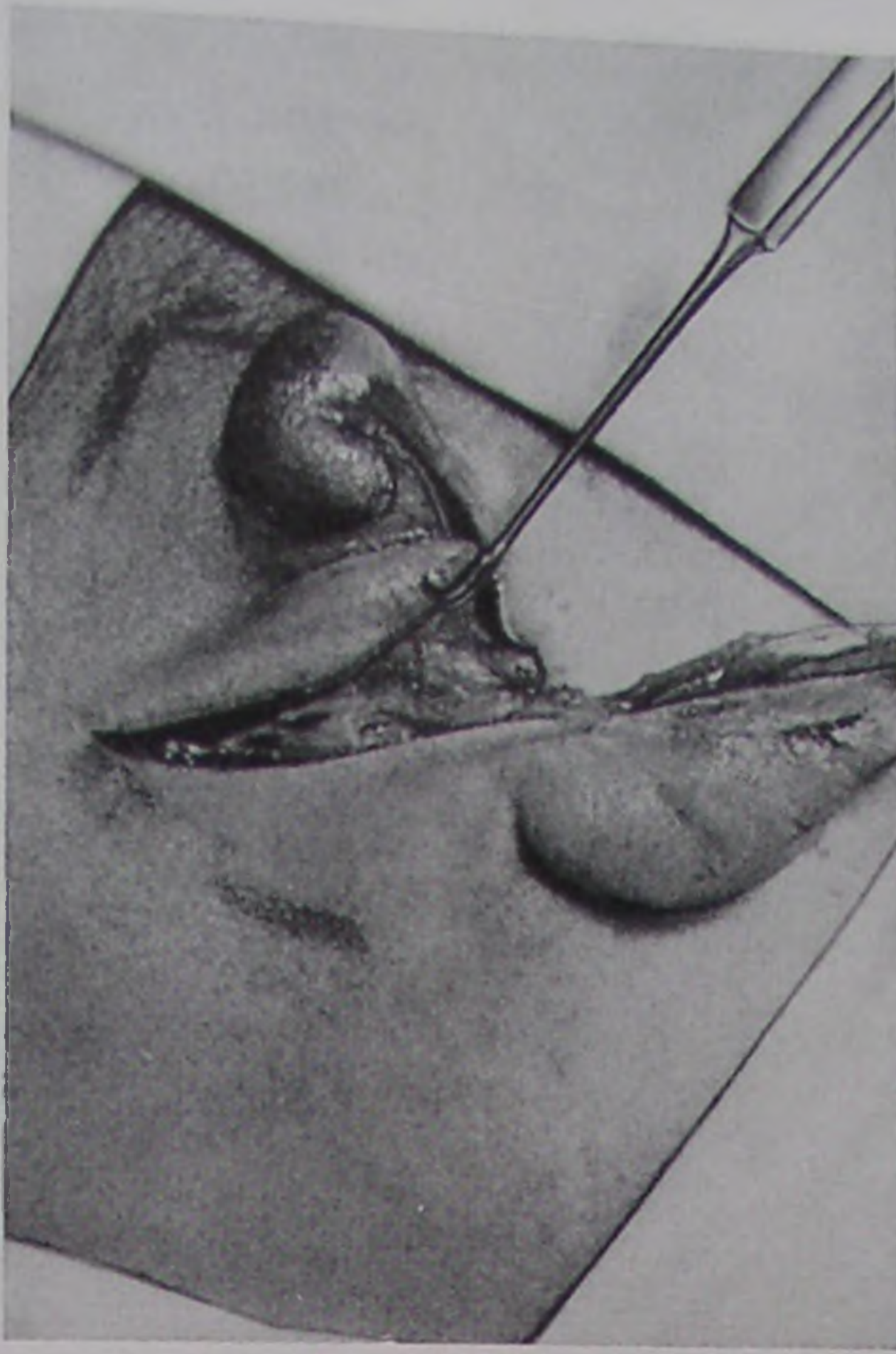


(1)

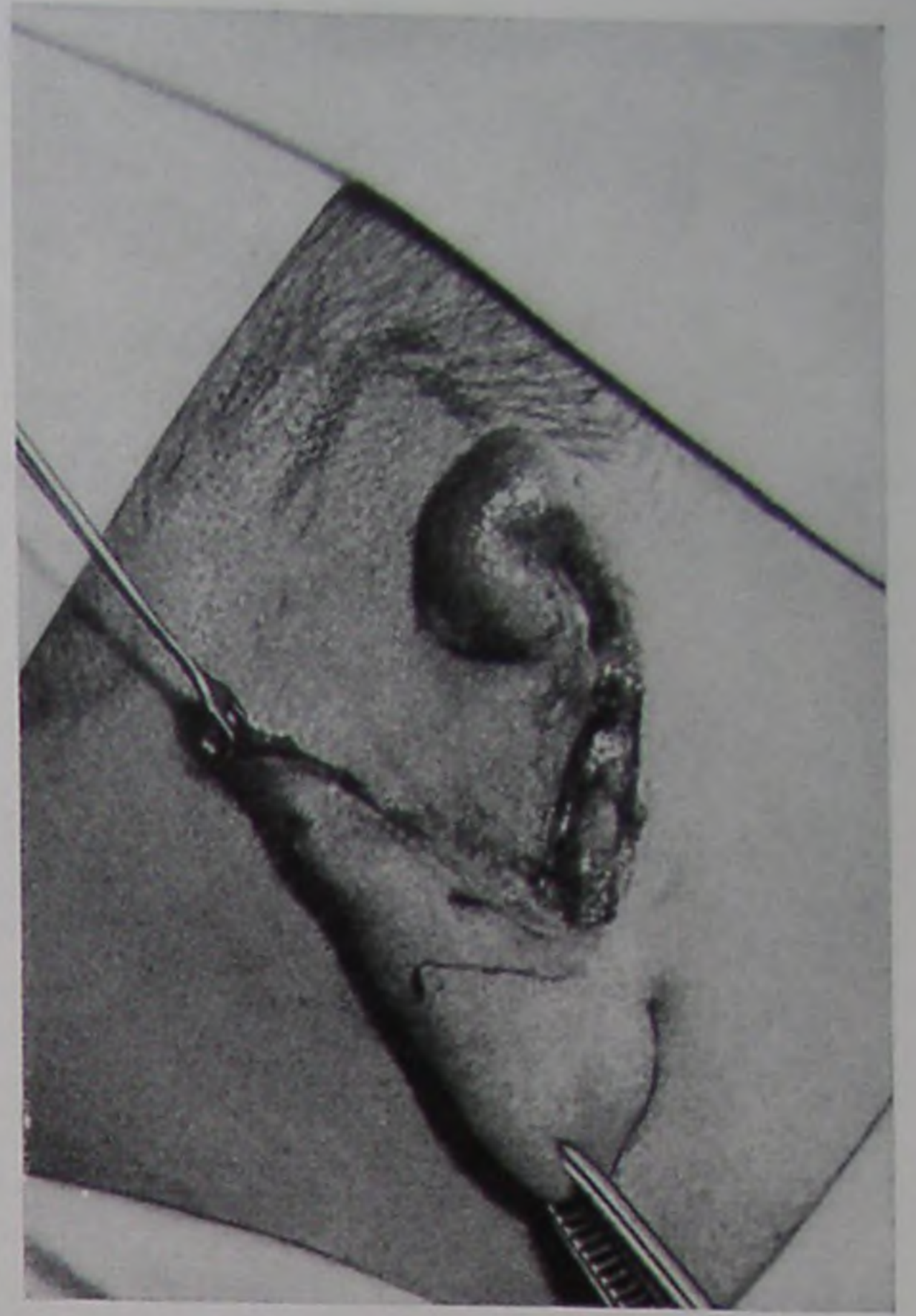


(2)

(3)



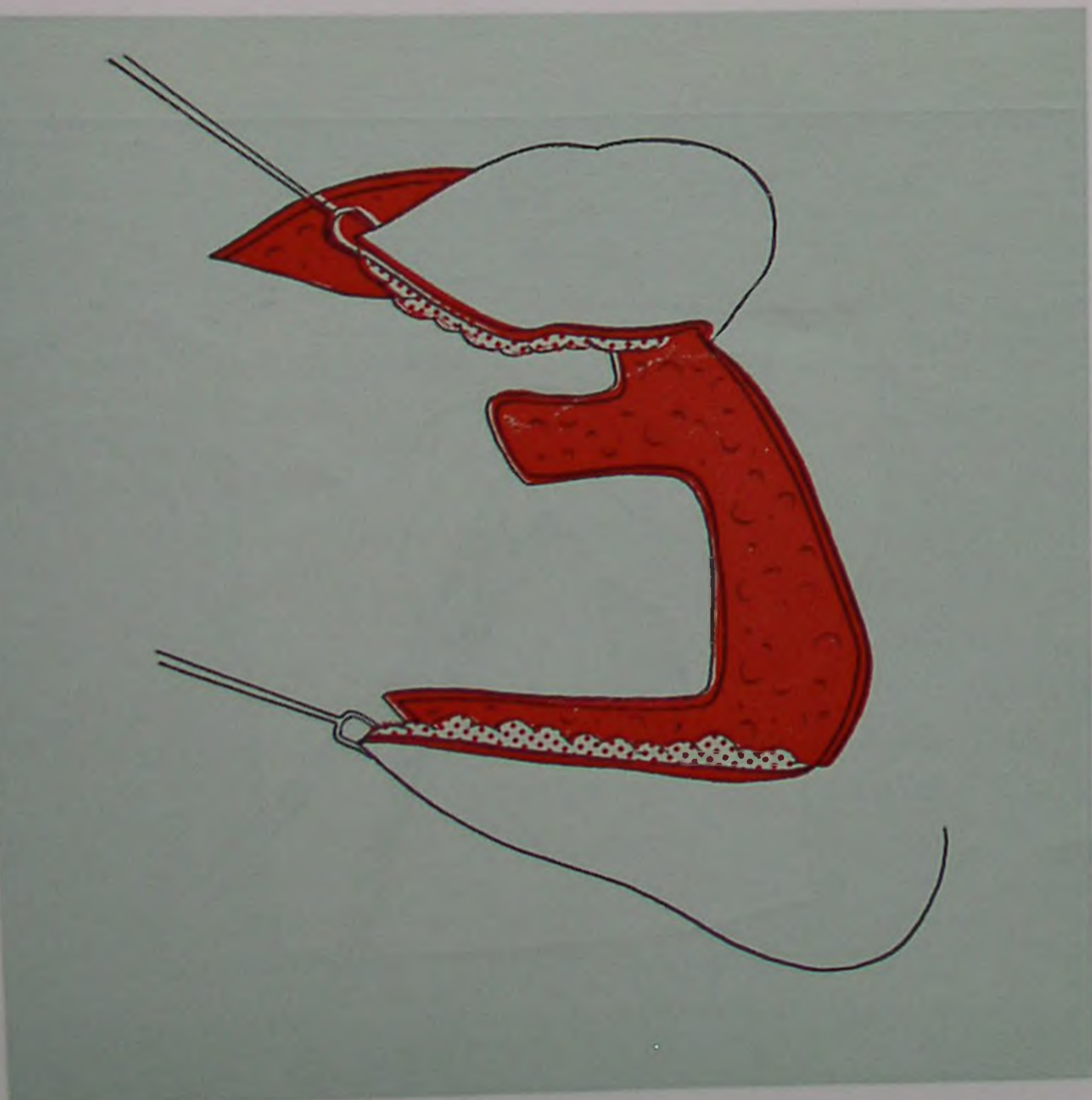
(4)



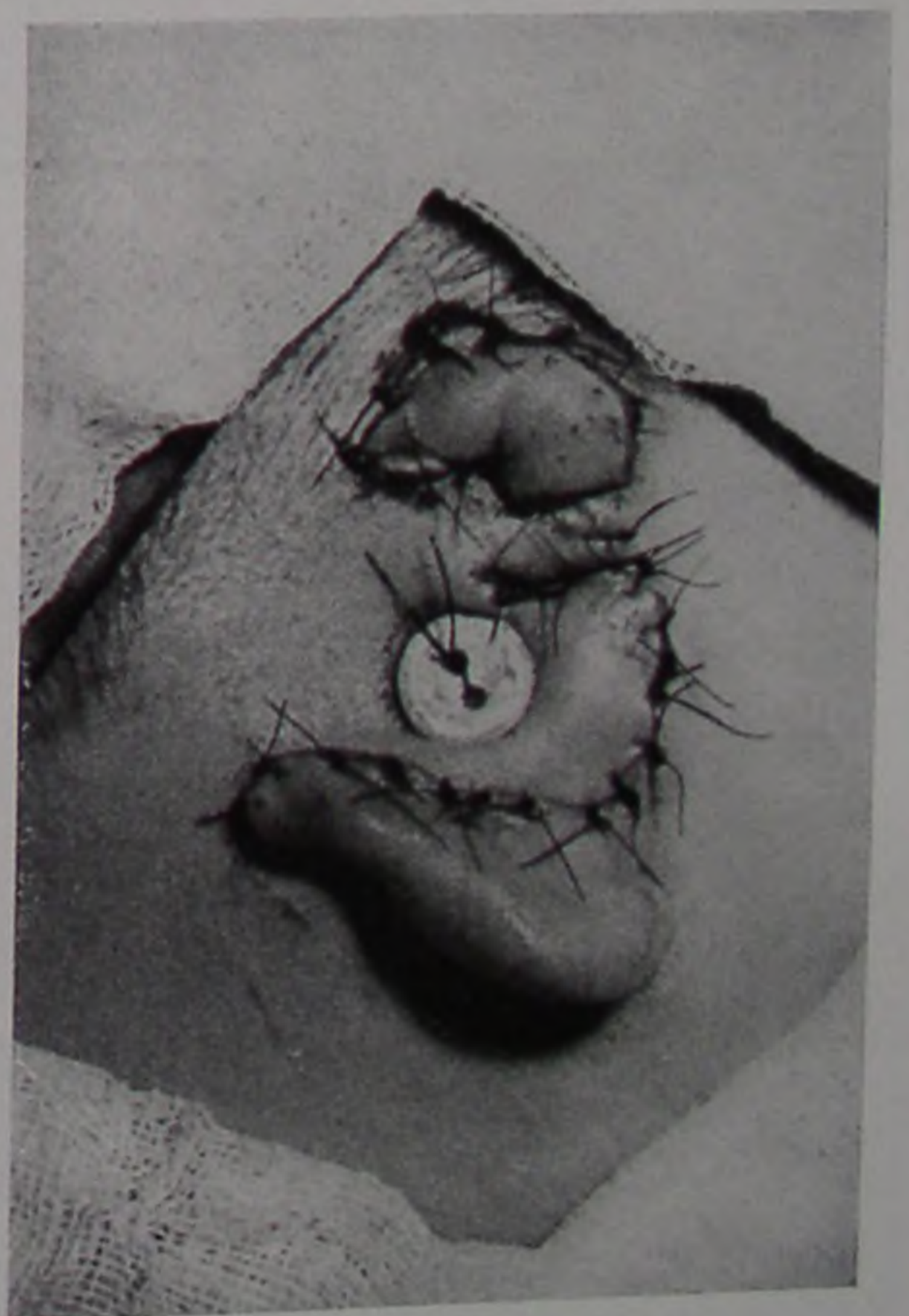
оскута. — 3, 4. Нижняя часть рудимента отсечена и в виде лоскута на узкой ножке повернута и подсажена в идущий кзади разрез кожи; эта часть предназначена для создания ушной мочки и нижней части ушной раковины. Верхняя часть рудимента отсепарована таким образом, чтобы ей можно было придать положение, соответствующее переднему краю завитка. — 5. Схематическое изображение ситуации, возникшей после разреза рудимента. — 6. На коже, первоначально находившийся за ушной

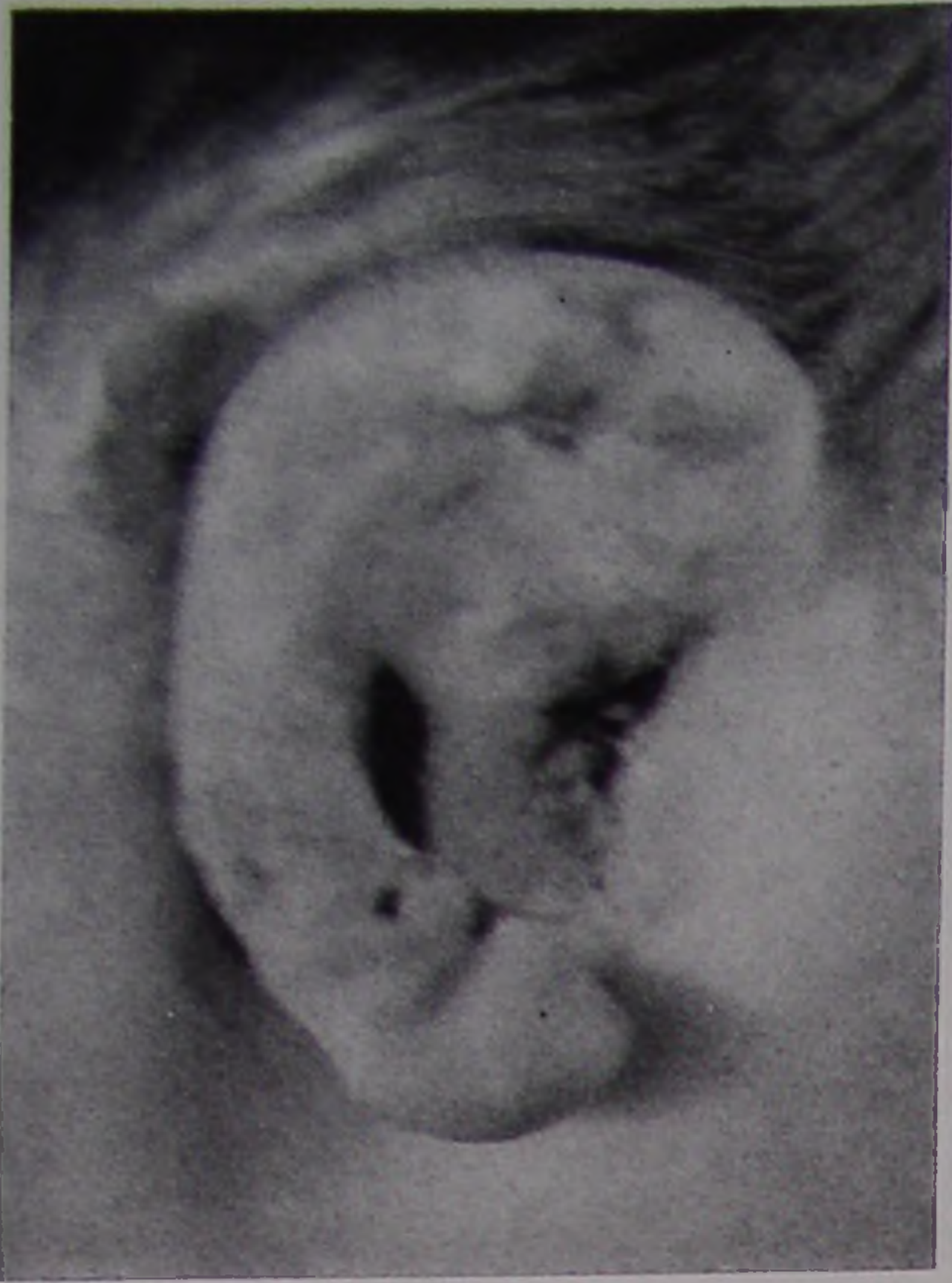
раковиной, возник в результате этого двухлопастный лоскут, который после отсепаровки и смещения кпереди был фиксирован на новом месте матрацным швом. В сформированную таким путем кожу производится имплантация остова, созданного из реберных хрящей. Пластика, предназначенная для формирования края завитка, пришта при помощи тонкой нержавеющей проволоки. Через 2 месяца после этой операции сформированная ушная раковина была отсепарована от черепа и в образовавшийся кар-

(5)



(6)





(7)

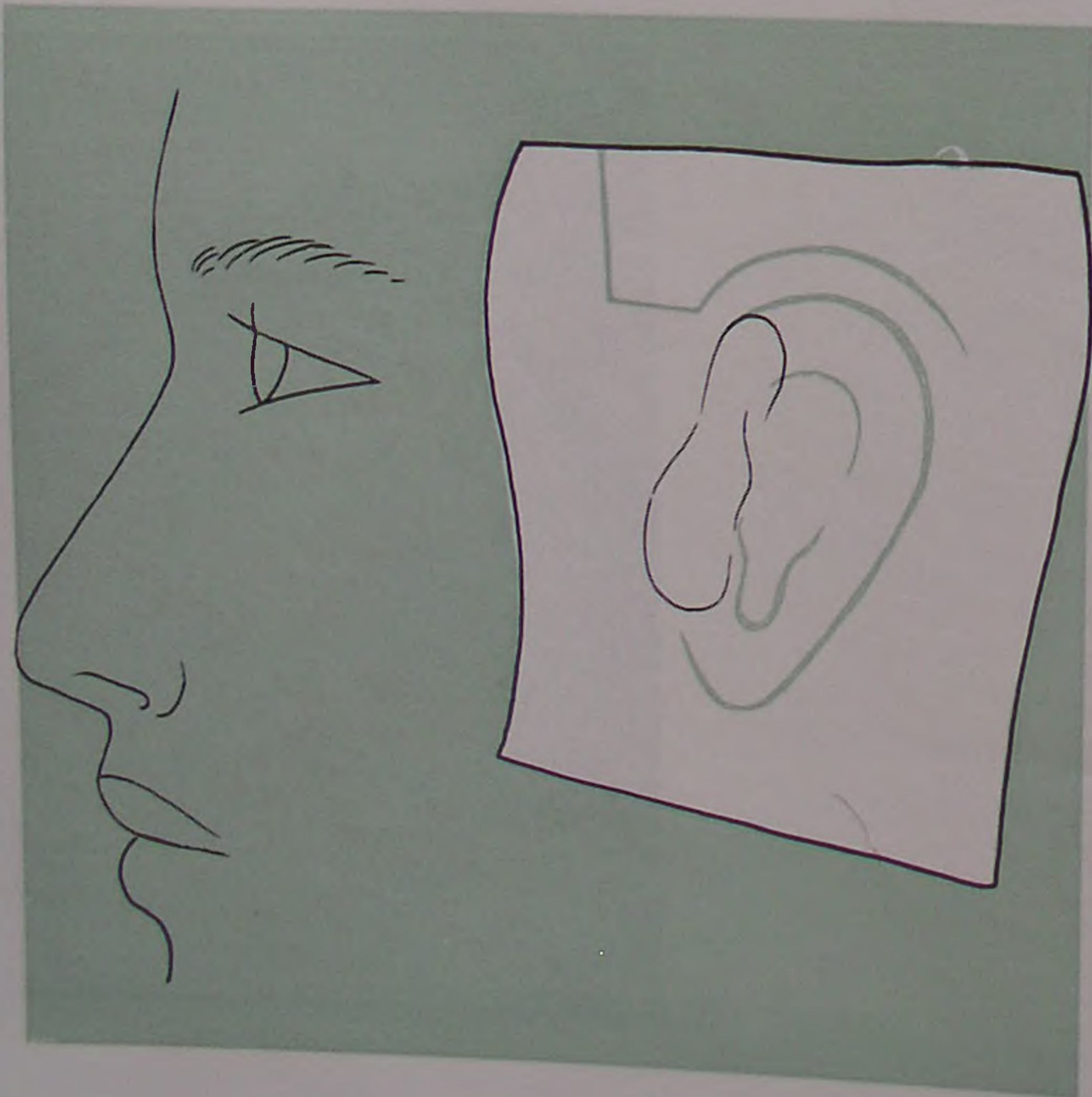
ман был вшит кожный трансплантат. — 7. Через несколько месяцев после операции наступило значительное сглаживание рельефа сформированной ушной раковины.

Р И С. 309.

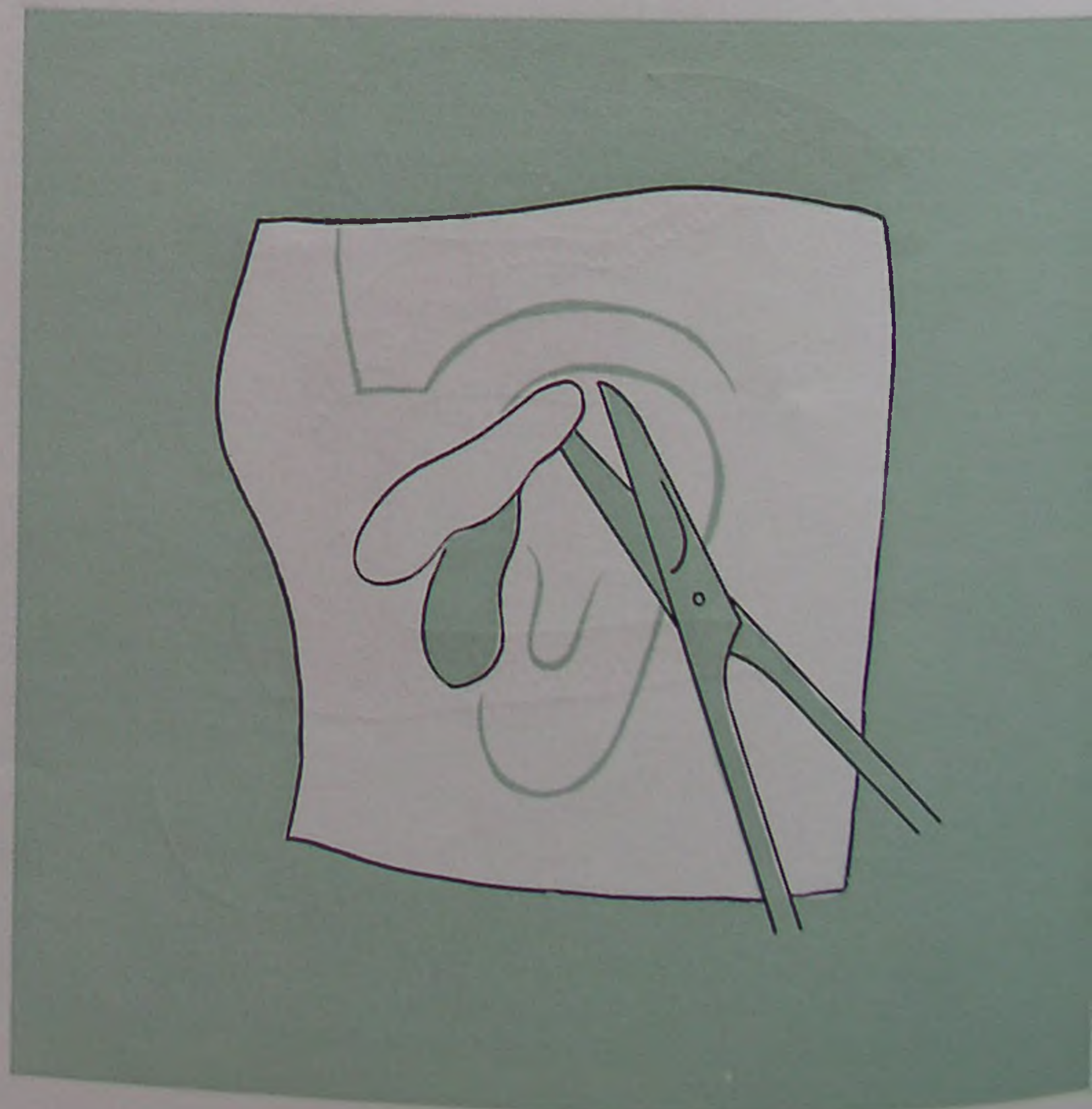
Формирование ушной раковины по Конверсу. Метод демонстрируется с любезного разрешения автора. Метод формирования ушной раковины, предложенный и продемонстрированный на ряде больных Танцером (1958), заключался в как можно более точной обработке хрящевого остова, смонтированного из хрящевых брусочков, прикрепленных при помощи тонких проволоочных швов к основному хрящевому блоку. И. М. Конверс разработал весьма

целесообразную методику планирования и практической реализации полной пластики ушной раковины до мельчайших подробностей (1960). 1. По шаблону, вырезанному из пласти целулоида, приложенной к здоровой ушной раковине, проводят с учетом всех антропометрических норм зарисовку ушной раковины на больной стороне, чтобы после операции обе раковины точно соответствовали друг-другу. — 2. Из шаблона н

(1)



(2)





(3)

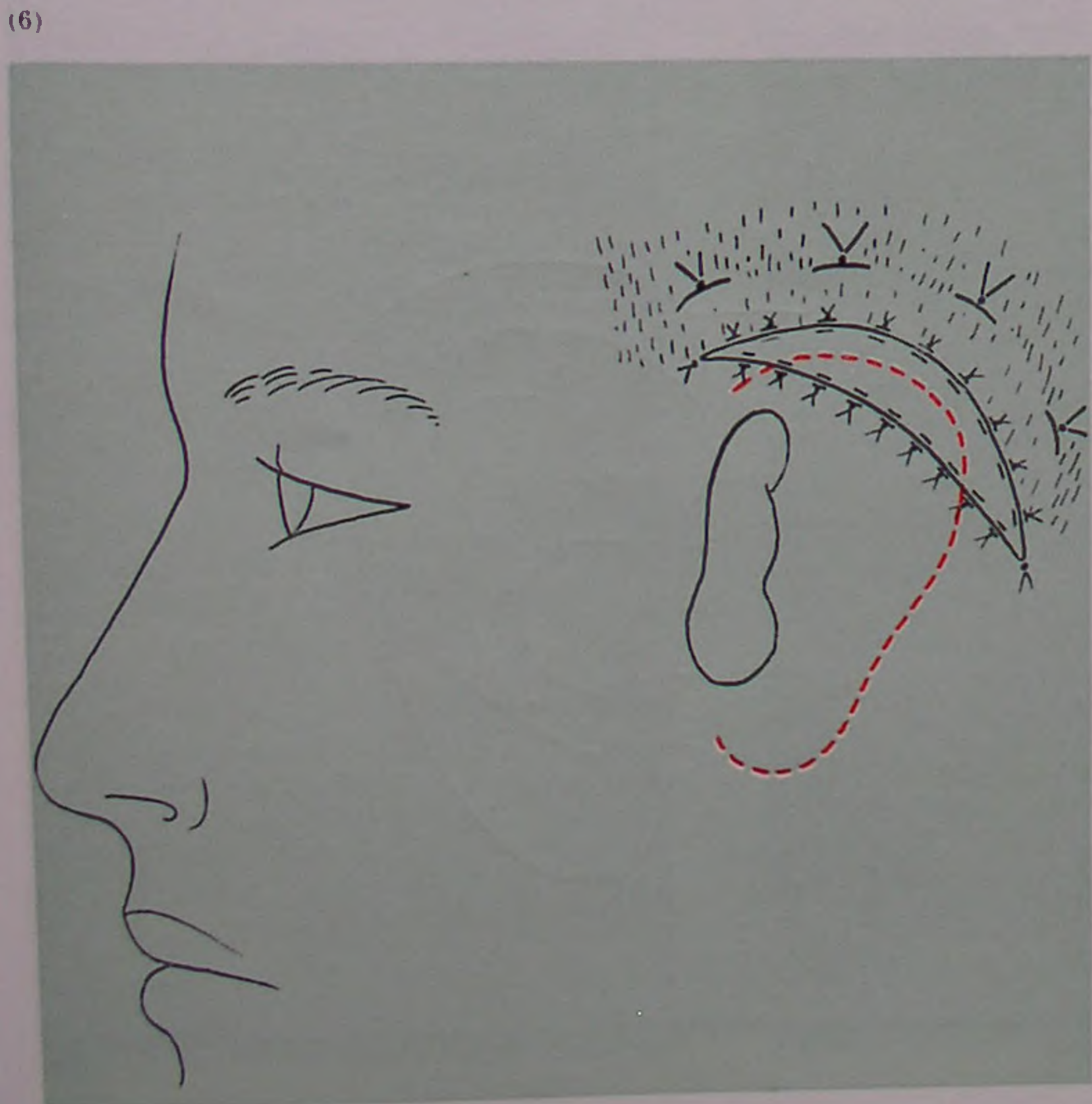
(4)



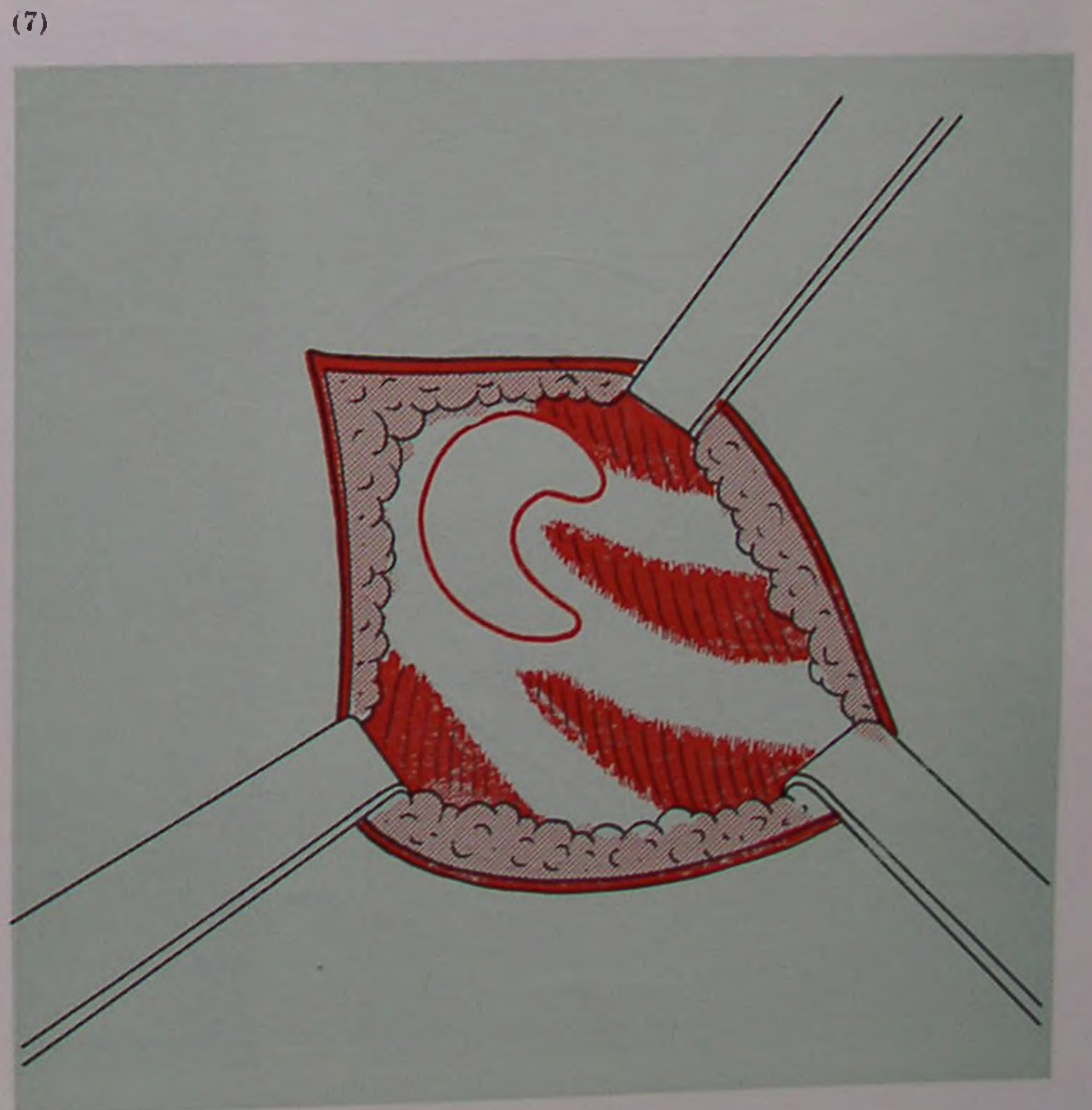
(5)

ницами вырезают участок, соответствующий рудименту ушной раковины. — 3. Вокруг рудимента зарисовывают будущие очертания ушной раковины. — 4. Затем производят зарисовку формы и положения хрящевого остова, для чего изготавливают соответствующий шаблон, — 5. Повесив на рудимент изготовленный

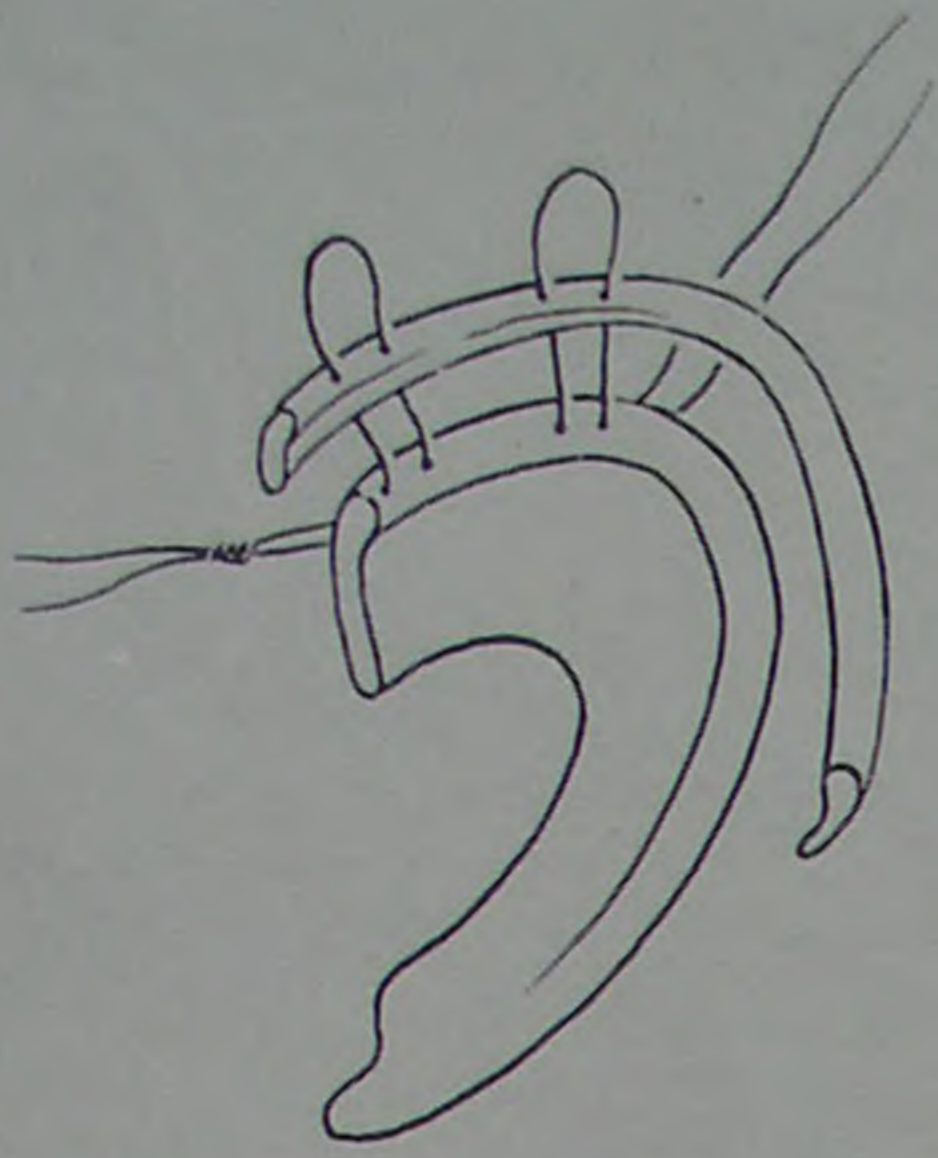
шаблон ушной раковины, производят выбор места для хрящевого остова. — 6. В случае надобности площадь безволосой поверхности увеличивают путем смещения кзади границы волосяного покрова и пересадки кожного лоскута по Пиру и др. — 7. Из места сочленения VI и VII ребер той же стороны, что и дефект,



(6)

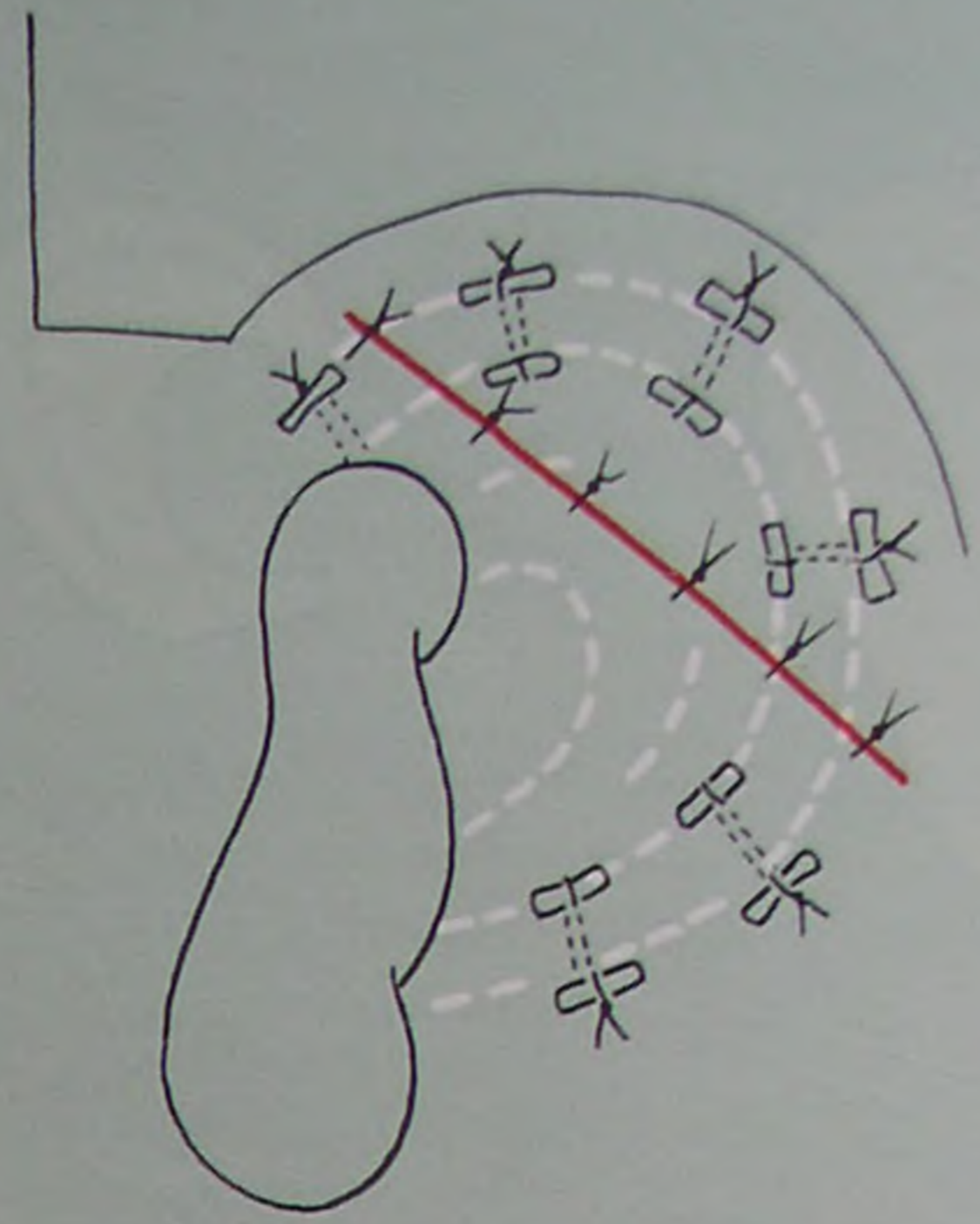


(7)



(8)

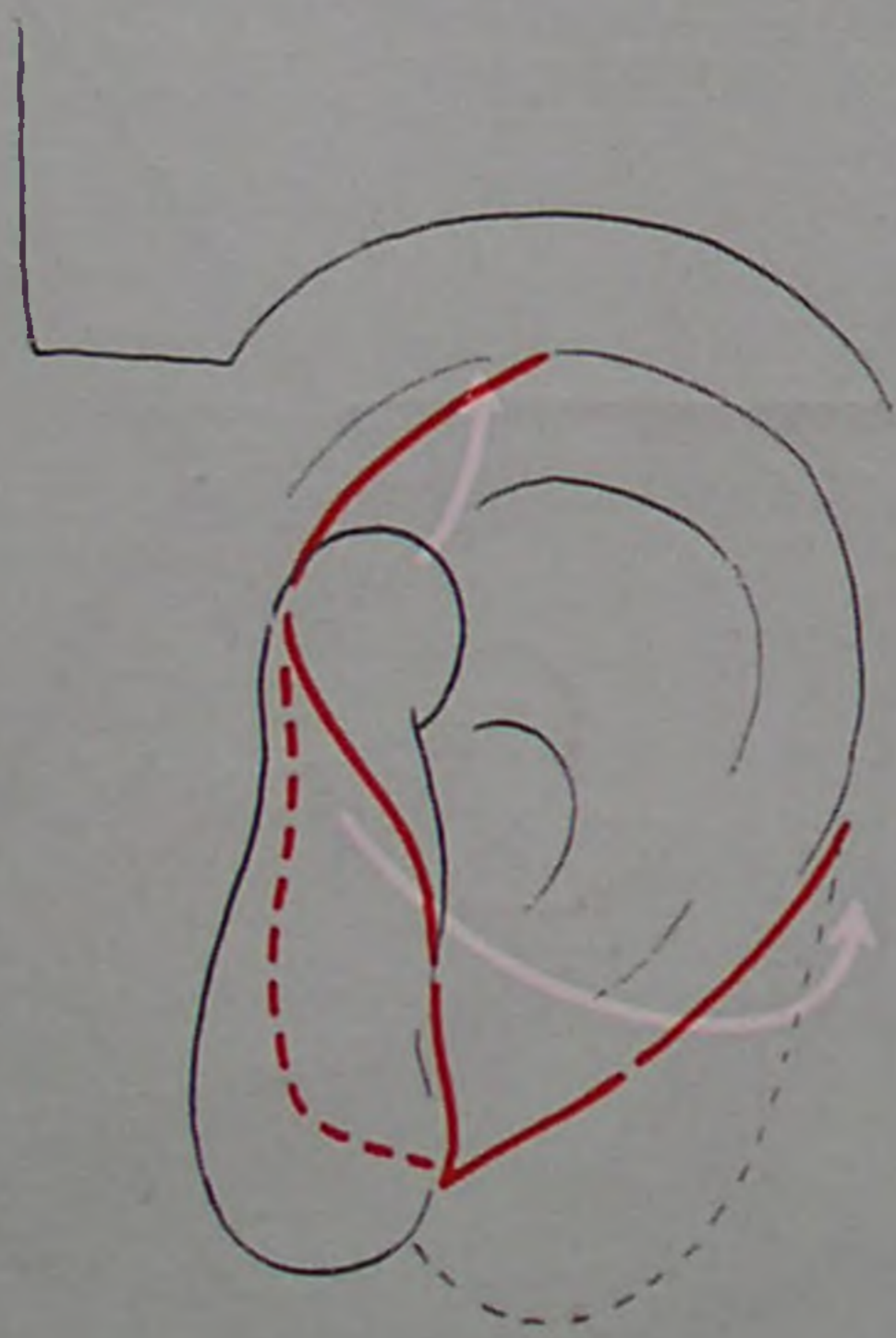
вырезают по небольшому шаблону хрящевой брусочек. — 8. Затем производят точную обработку этого бруска. По его периметру срезают тонкую пластинку хряща и прикрепляют при помощи тонкой проволоки на новое место, создавая здесь возвышенность, которая образует край завитка. — 9. Окончив обработку хрящевой остова ушной раковины, последний вкладывают в подкожный



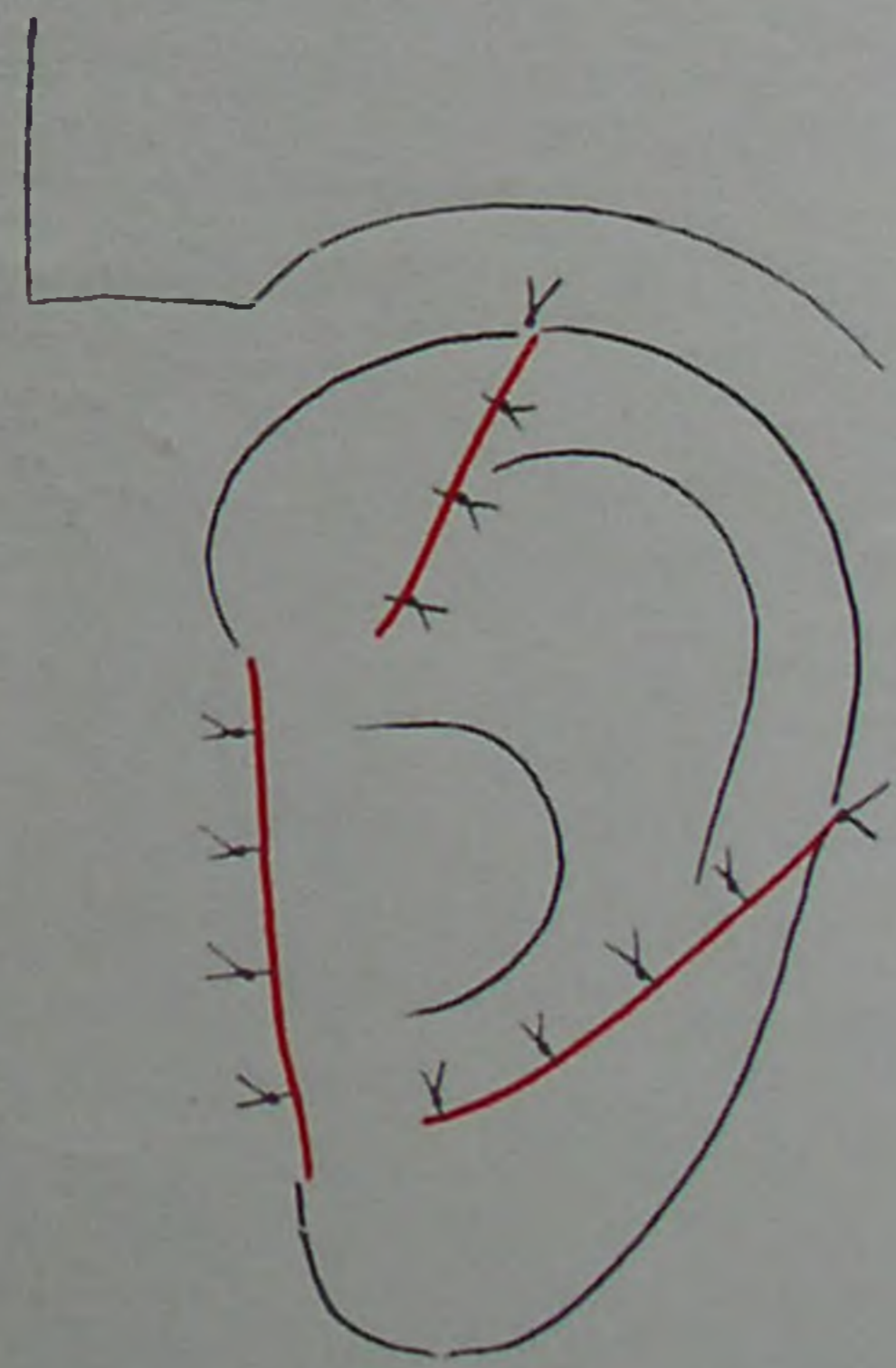
(9)

карман, созданный за рудиментом, придав ему, руководствуясь зарисовкой, правильное положение. Фиксацию трансплантата осуществляют при помощи 5—6 матрацных швов, захватывающих хрящевой остов завитка. После вживления вновь созданный хрящевой остов отсекают от черепа, а в рану пересаживают кожный лоскут на стентовом вкладыше. — 10. Следующий этап

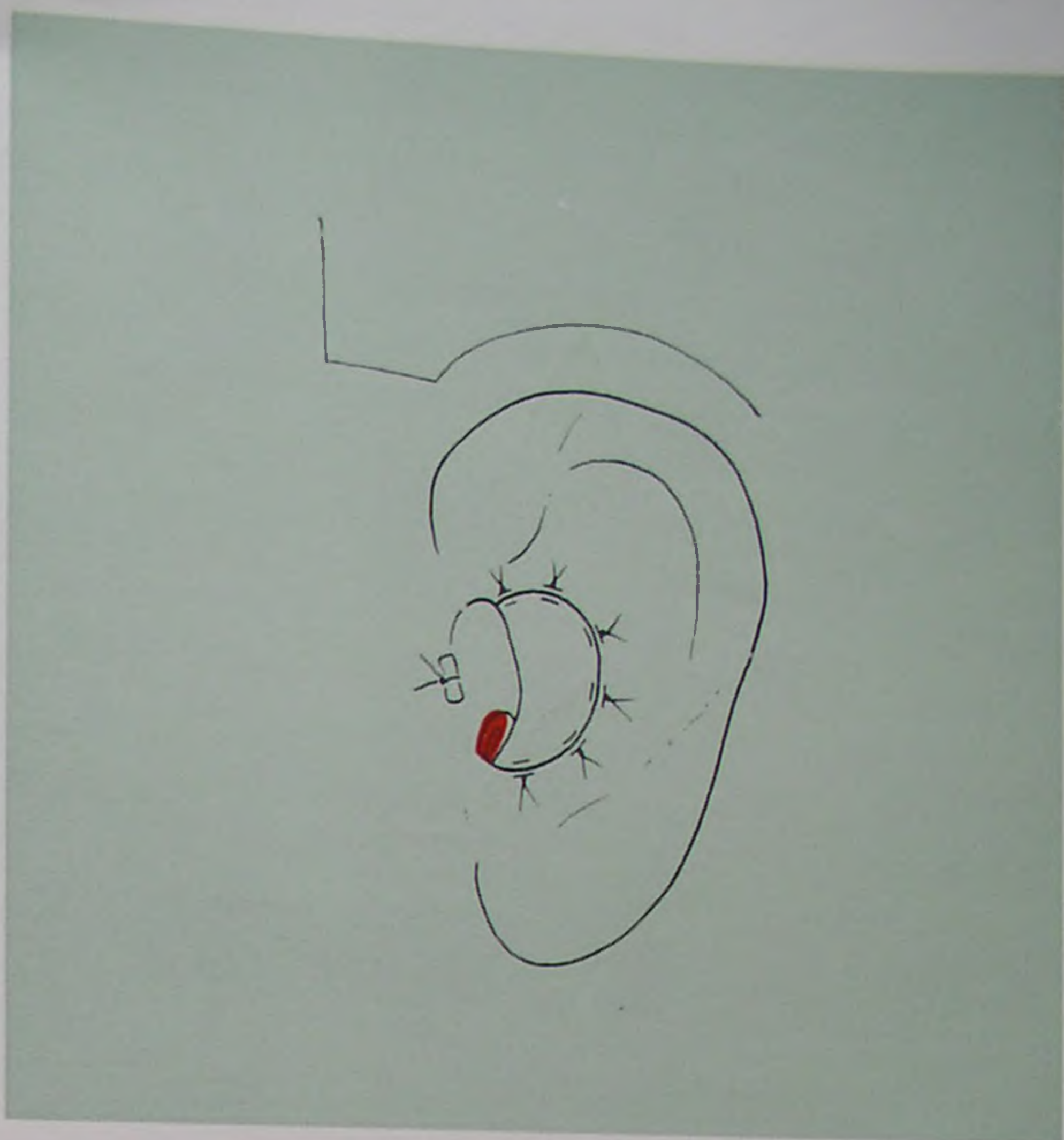
(10)



(11)



операции. Рудимент рассекают на границе верхней и средней трети. Нижние две трети отпрепаровывают почти в полном объеме, за исключением узкой ножки, и вкладывают к нижнему и заднему краю вновь созданной ушной раковины в качестве ушной мочки. Верхнюю часть рудимента распрепаровывают и пересаживают в разрез, расположенный таким образом, чтобы из этой части рудимента образовалась передняя ножка завитка. — 11. Внешний вид формируемой ушной раковины после окончания этого этапа операции. — 12 Последний этап операции — формирование ушной раковины, включая козелок. Производят окаймляющий разрез за раковиной, кожу отсепаровывают до переднего края, после чего образовавшийся лоскут перегибают через небольшой выступ хряща. Затем на него накладывают матрацный шов. Указанным способом формируют козелок. В области ладьеобразного углубления иссекают находящуюся там ткань до самого периоста, после чего производят пересадку свободного дермо-эпидермального трансплантата. Этим путем создают углубление ушной раковины. Результаты, достигаемые методом Конверса, блестящи.



(12)

Р И С. 310.

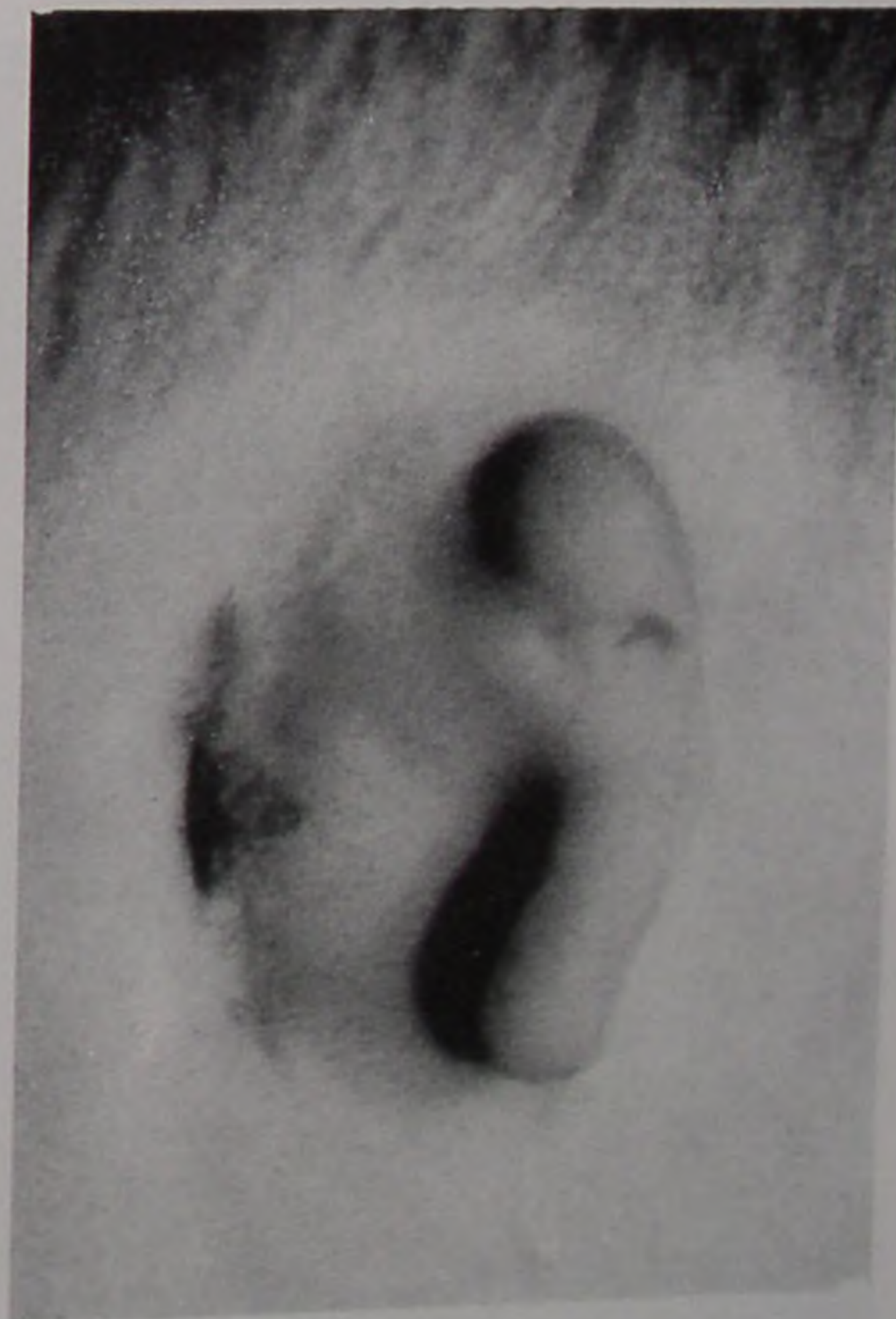
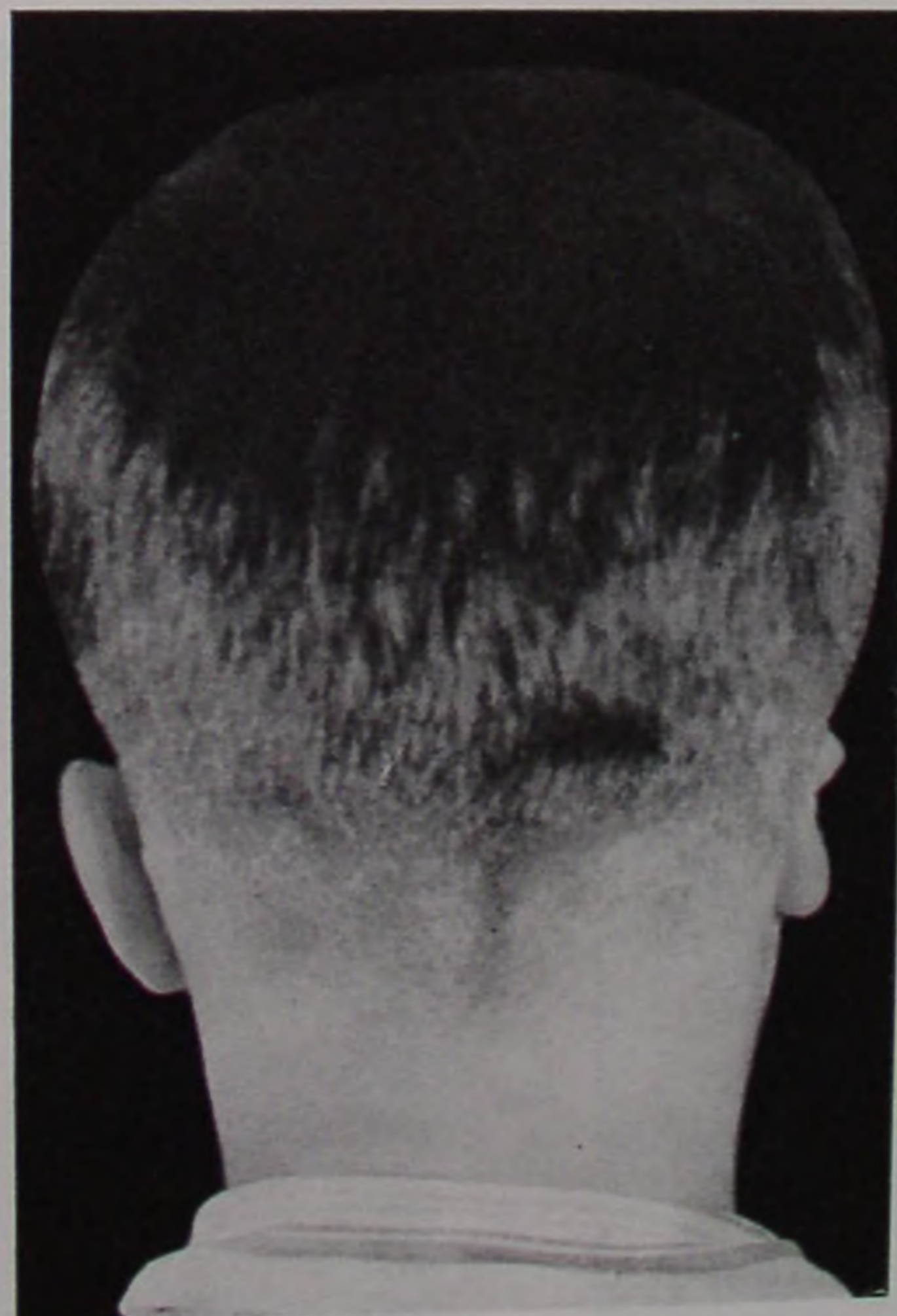
Недоразвитие правой ушной раковины, атрезия наружного слухового прохода. Больной В. Г., 11 лет, история болезни № 38 579.

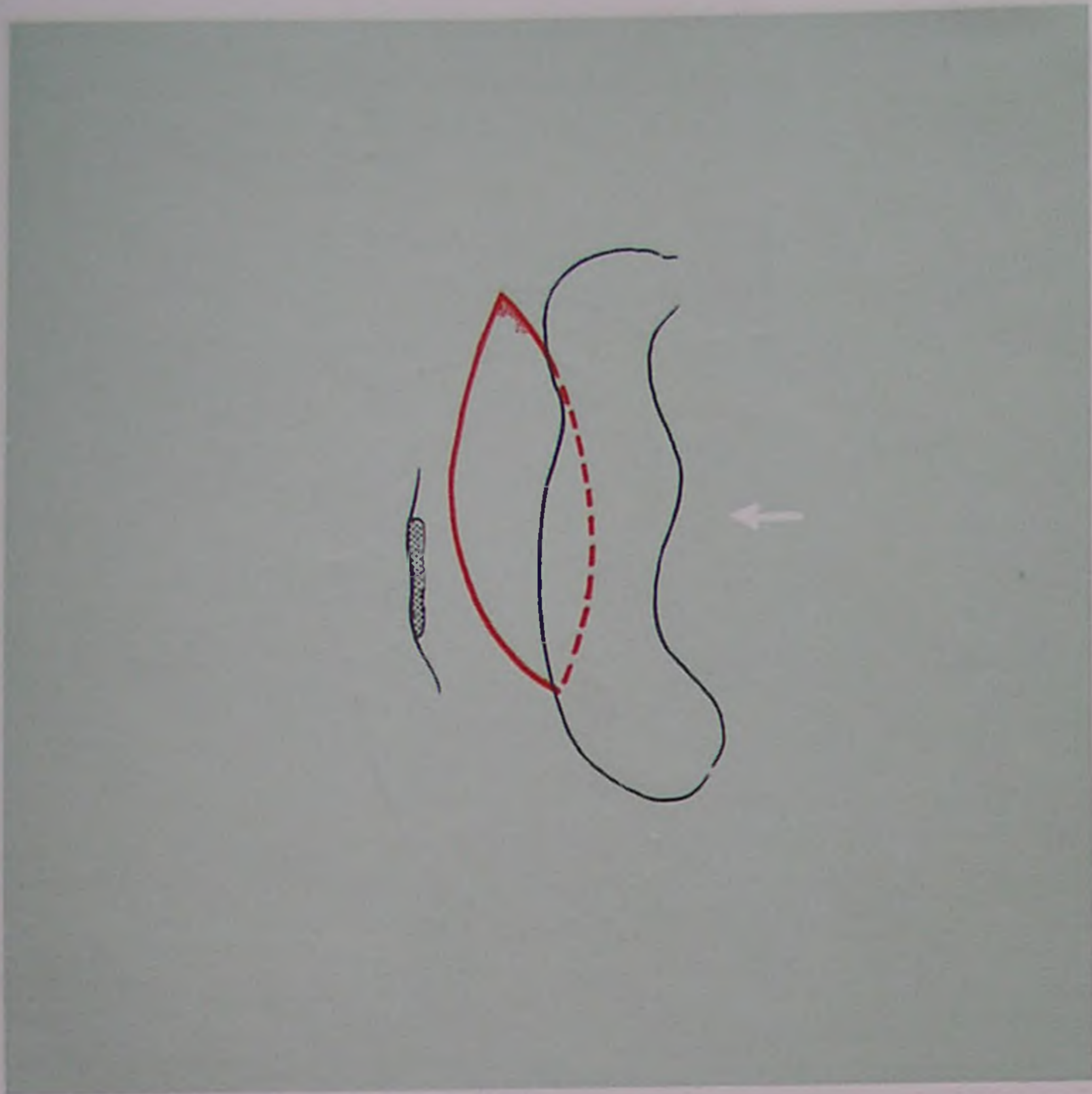
1, 2. Состояние после трепанации, произведенной в другом медучреждении. — 3. Трепанационное отверстие расположено в месте, весьма невыгодном для пластики. Трепанационный канал, глубиной всего лишь в 1 см, лишен эпителия, из него стойко

(1)

(2)

(3)



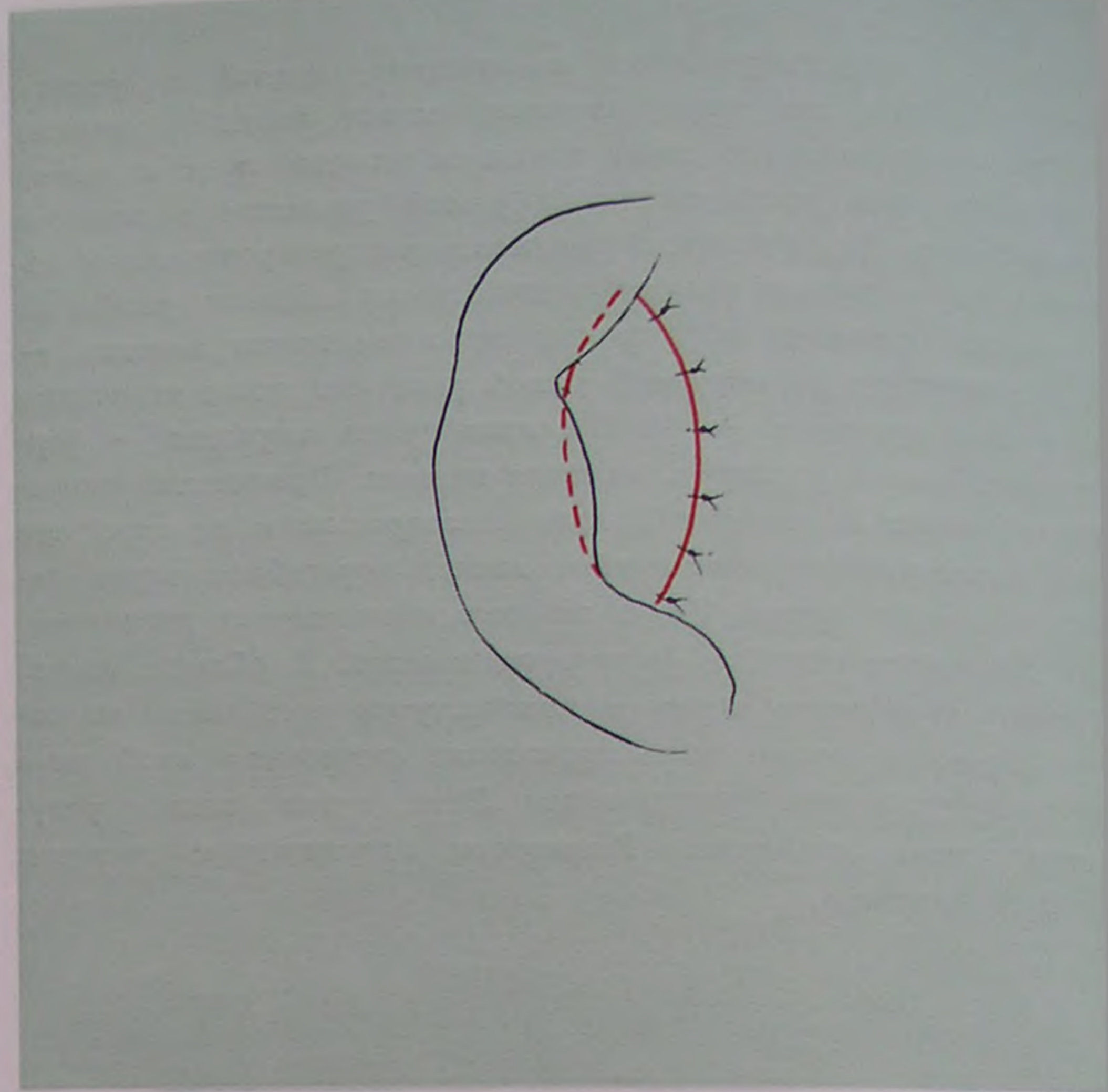


(4)

выделяется гной. — 4. Первый этап операции. Рудимент ушной раковины перемещают кзади следующим образом: за рудиментом выкраивают веретенообразный лоскут кожи и производят отсепаровку его краев; у основания рудимента делают сквозной разрез.

— 5. К созданному отверстию спереди подшивают выкраенный веретенообразный лоскут, в то время как задний периметр

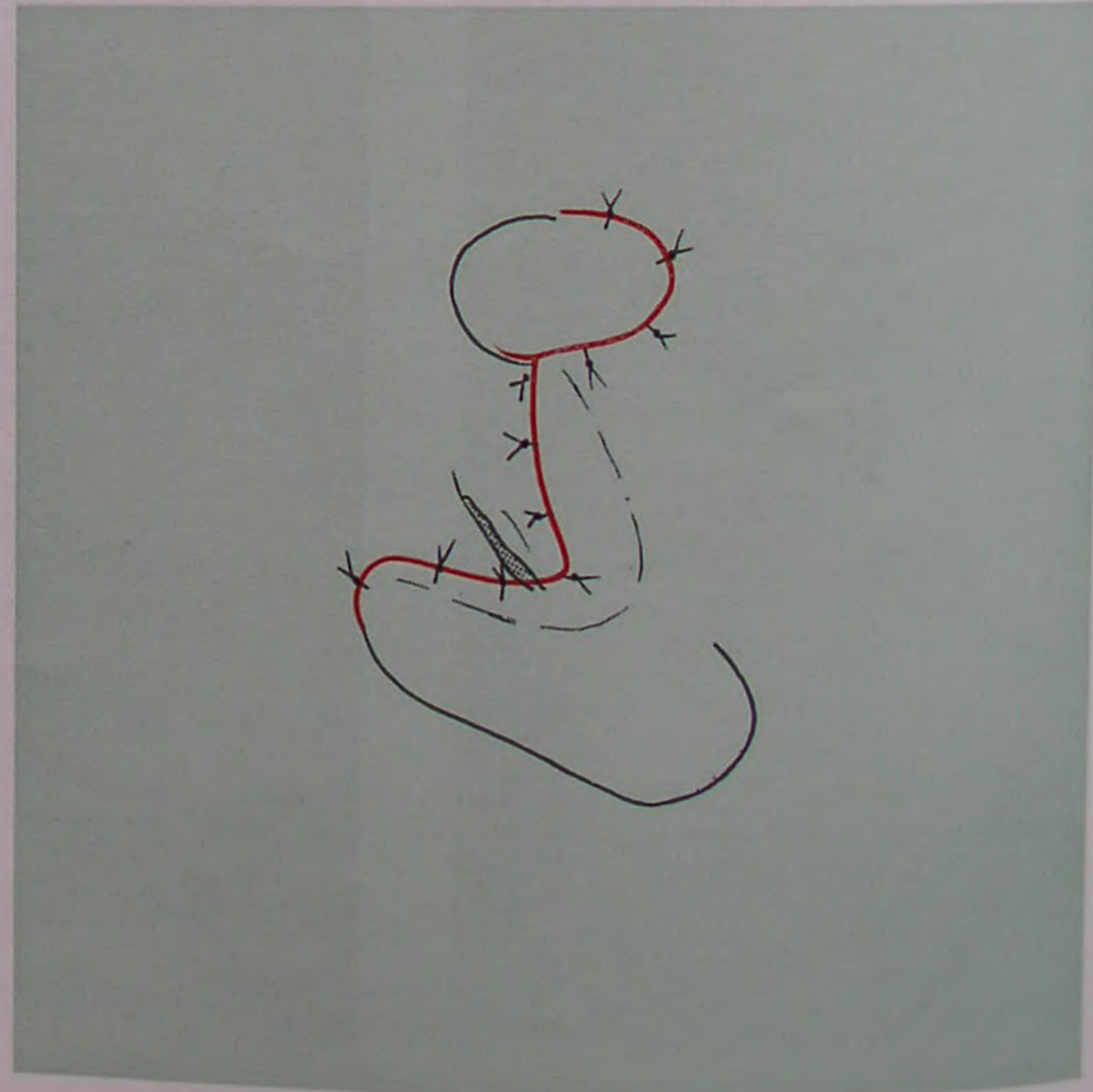
(6)

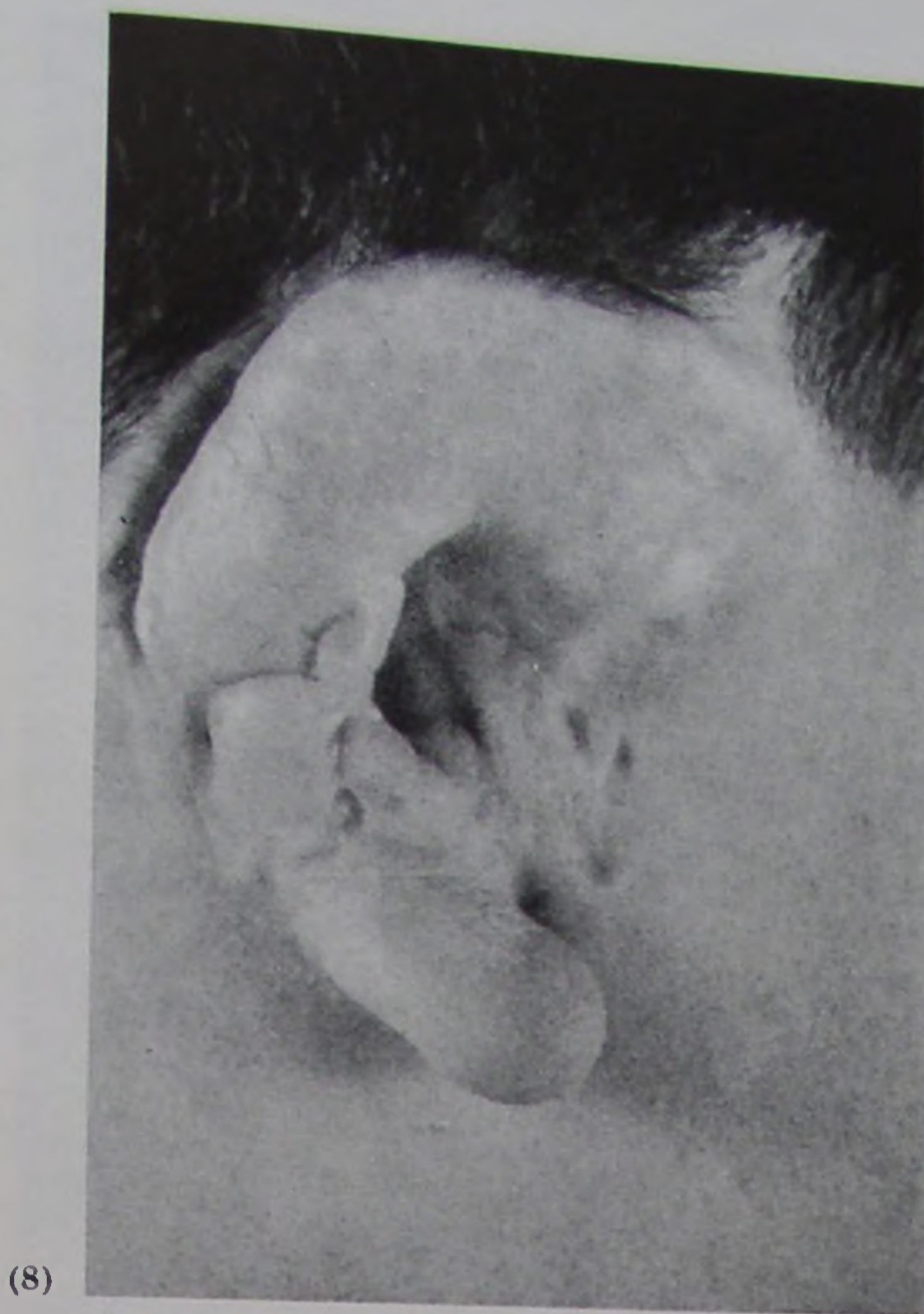


(5)

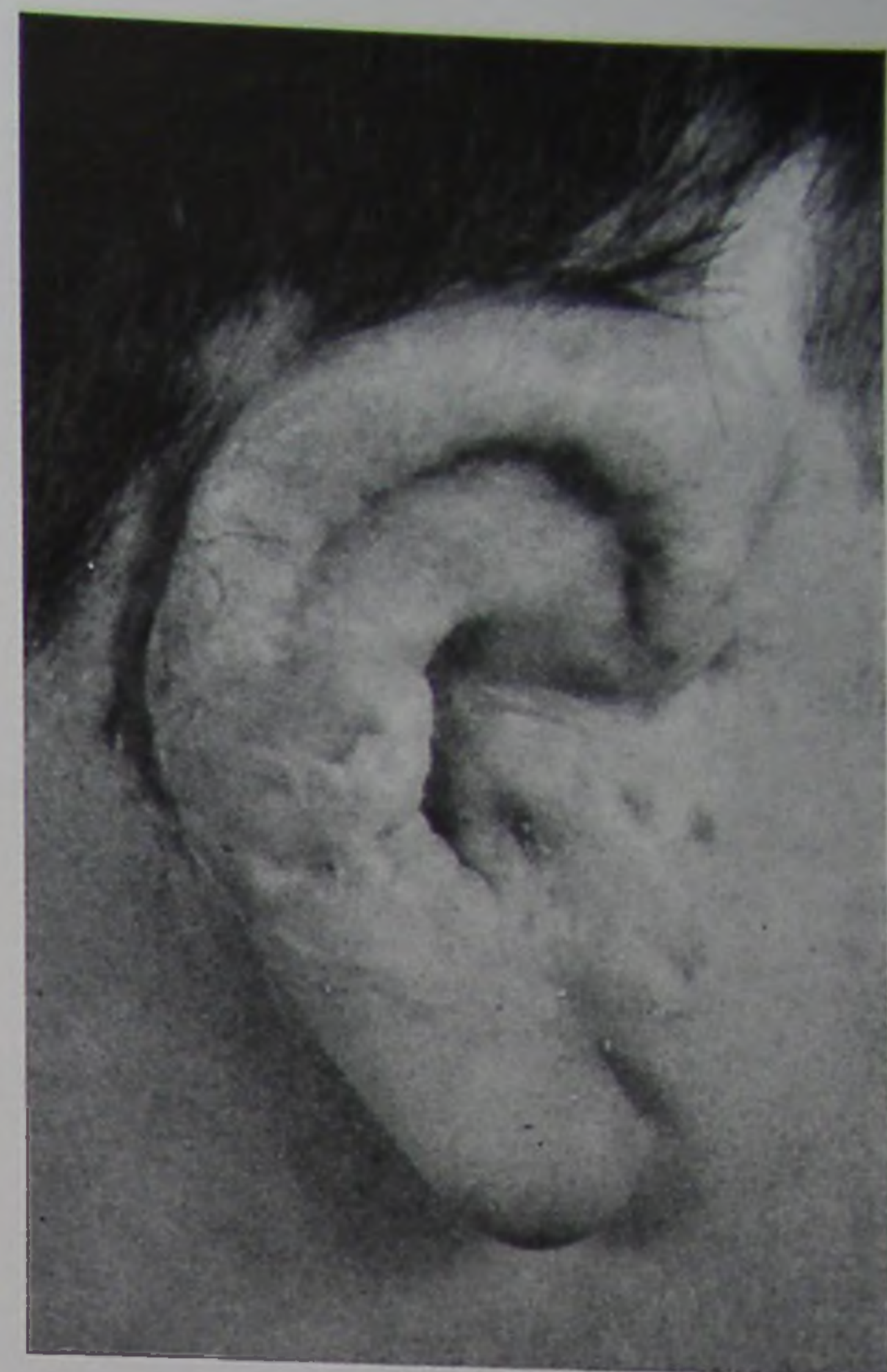
сквозного отверстия подшивают к переднему краю веретенообразного разреза. Выкраенный веретенообразный лоскут в течение нескольких месяцев сморщился и втянулся вглубь. — 6. Второй этап операции. Рассечение рудимента ушной раковины на границе верхней и средней трети. — 7. Верхнюю часть подсаживают в разрез, спускающийся кпереди и книзу, нижнюю

(7)





(8)

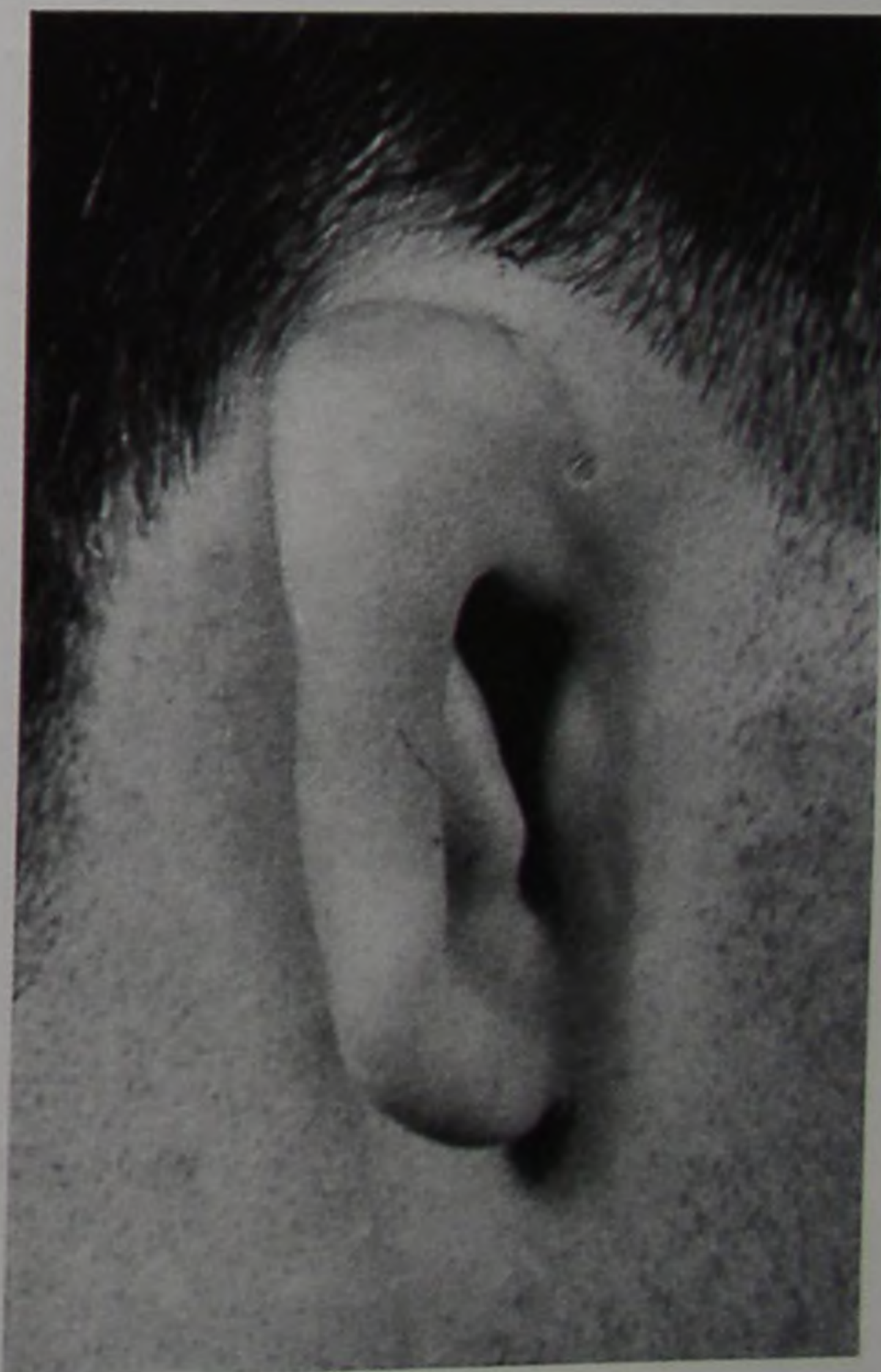


(9)

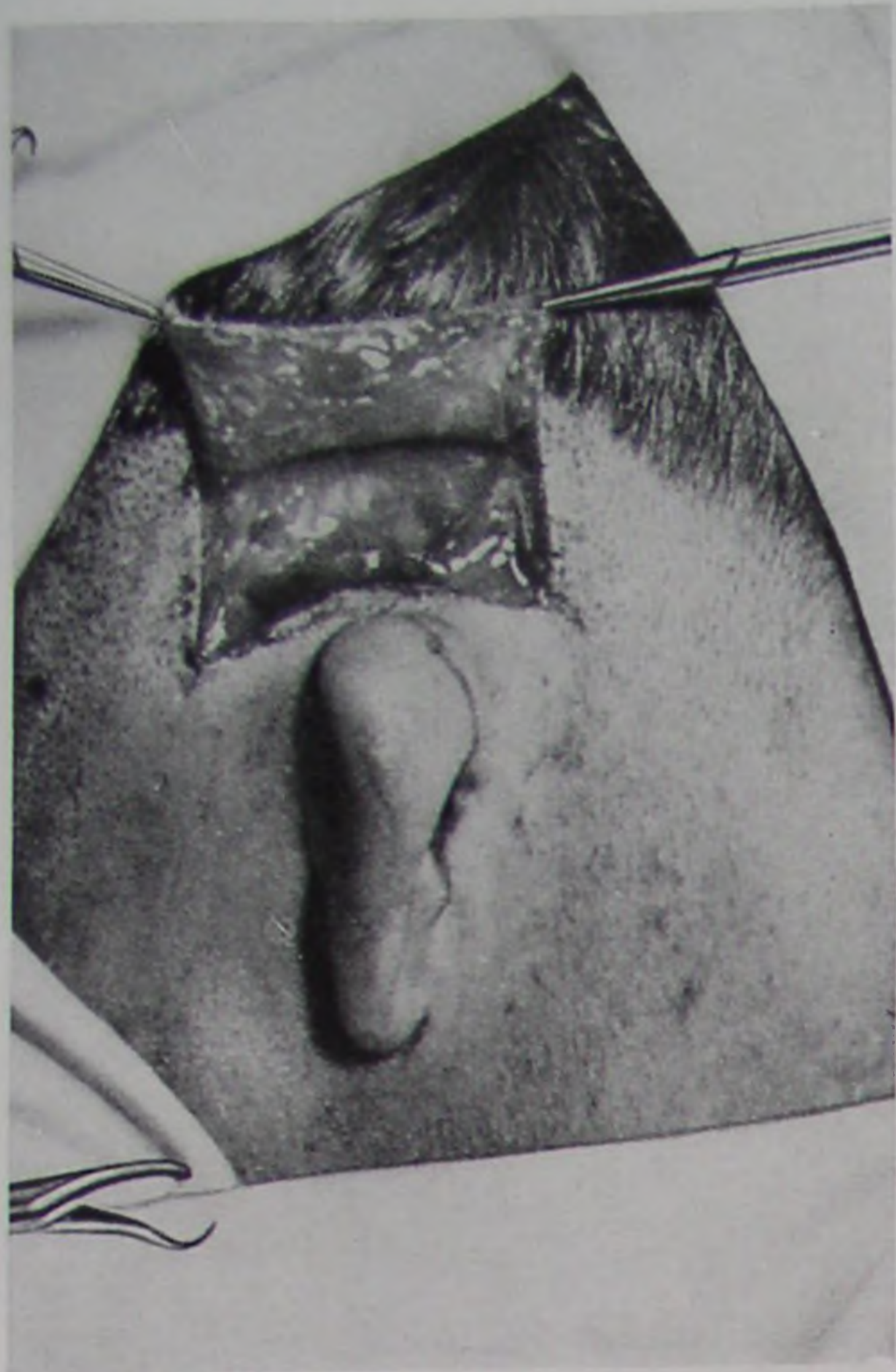
часть — в косой разрез, направляющийся под и за трепанационное отверстие. Третий этап операции. Производят пересадку хрящевого остова, сформированного по методу Танцера, а еще спустя год — трансплантацию кожного вкладыша в пространство между ушной раковиной и черепом. — 8. В течение следующего года наступило сморщивание кожного покрова и сглаживание поверхности ушной раковины. Пришлось дополнить и вкладыш между ушной раковиной и черепом. — 9. С помощью желобчатого долота заново произведено оформление очертаний хрящевого остова ушной раковины; кожа при помощи матрацного шва была втянута в углубление ладьи.

Р И С. 311.

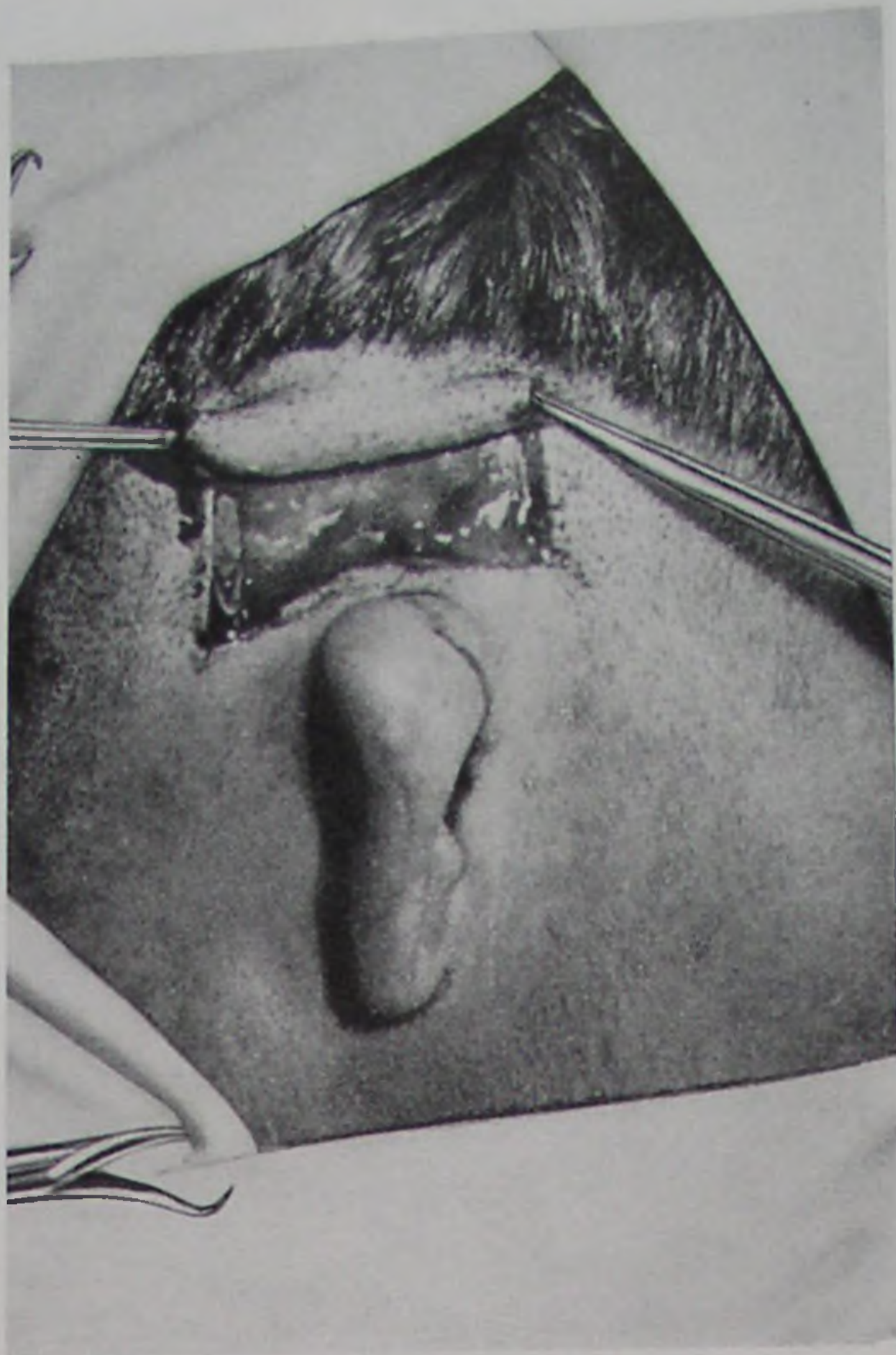
Недоразвитие и деформация правой ушной раковины, главным образом ее правой половины. Больной М. М., 16 лет, история болезни № 41665. 1. Нижняя часть завитка, средний отдел раковины и ушная мочка довольно хорошо развиты. — 2, 3. В целях увеличения участка безволосой кожи, волосистый покров



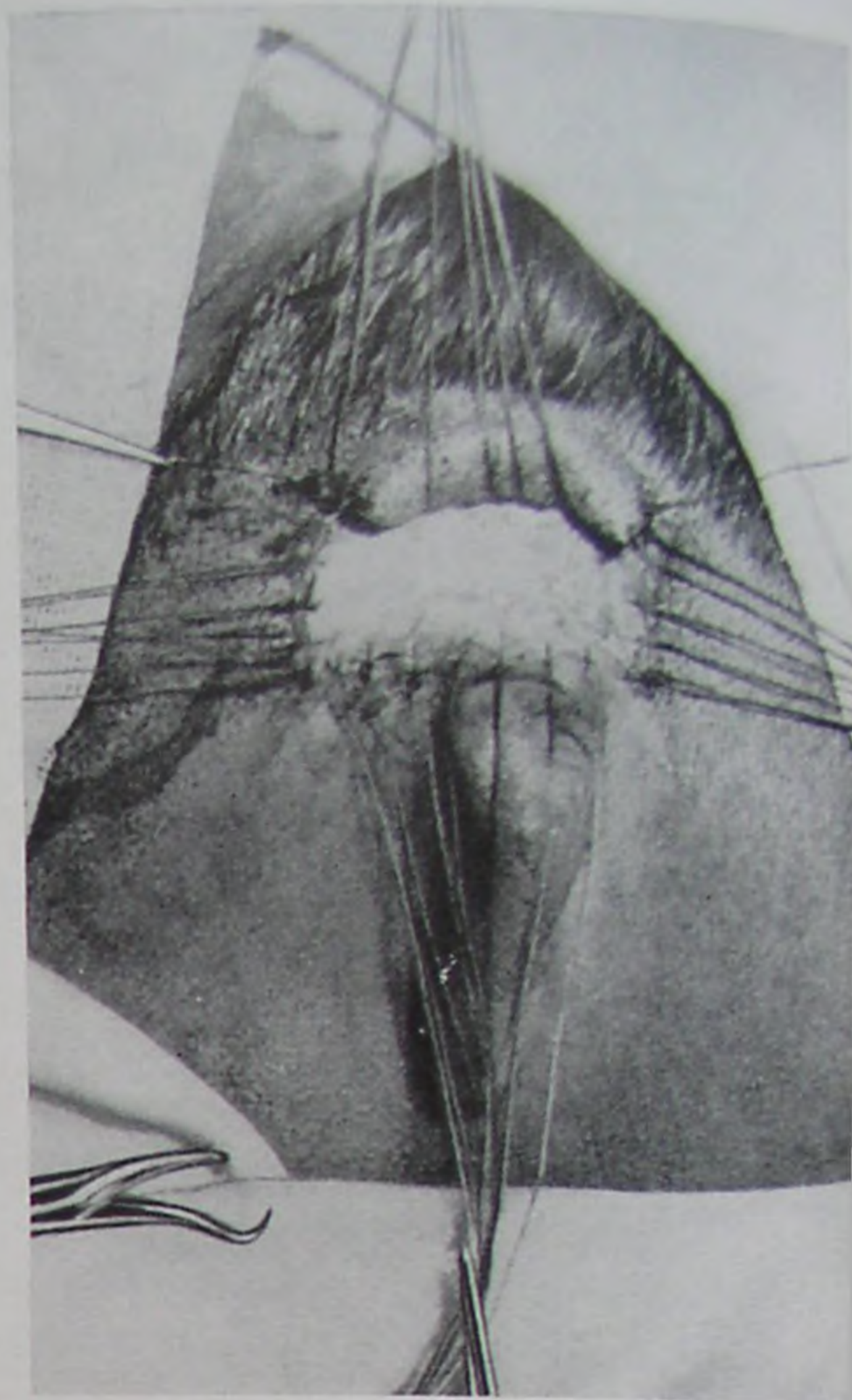
(1)



(2)



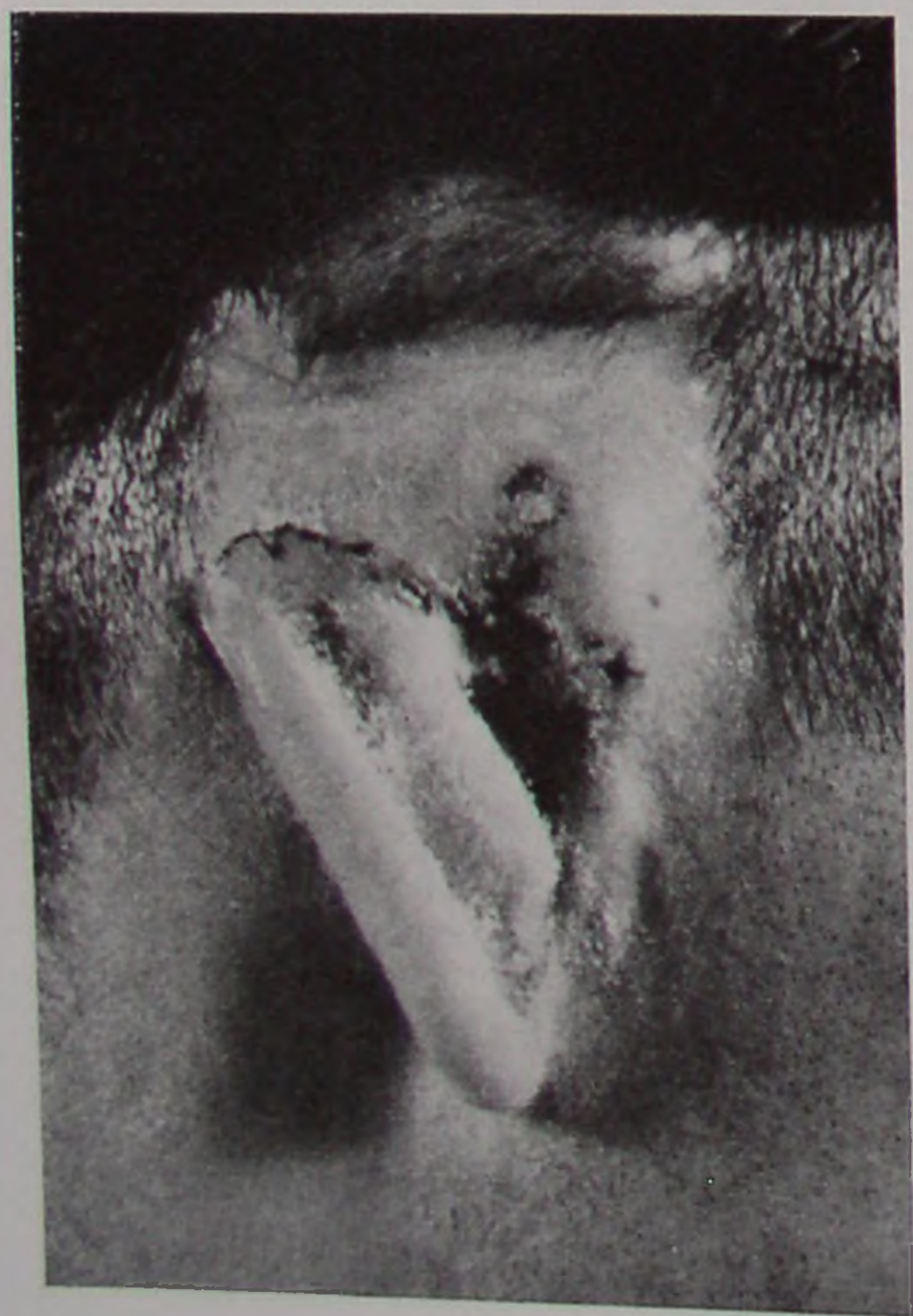
(3)



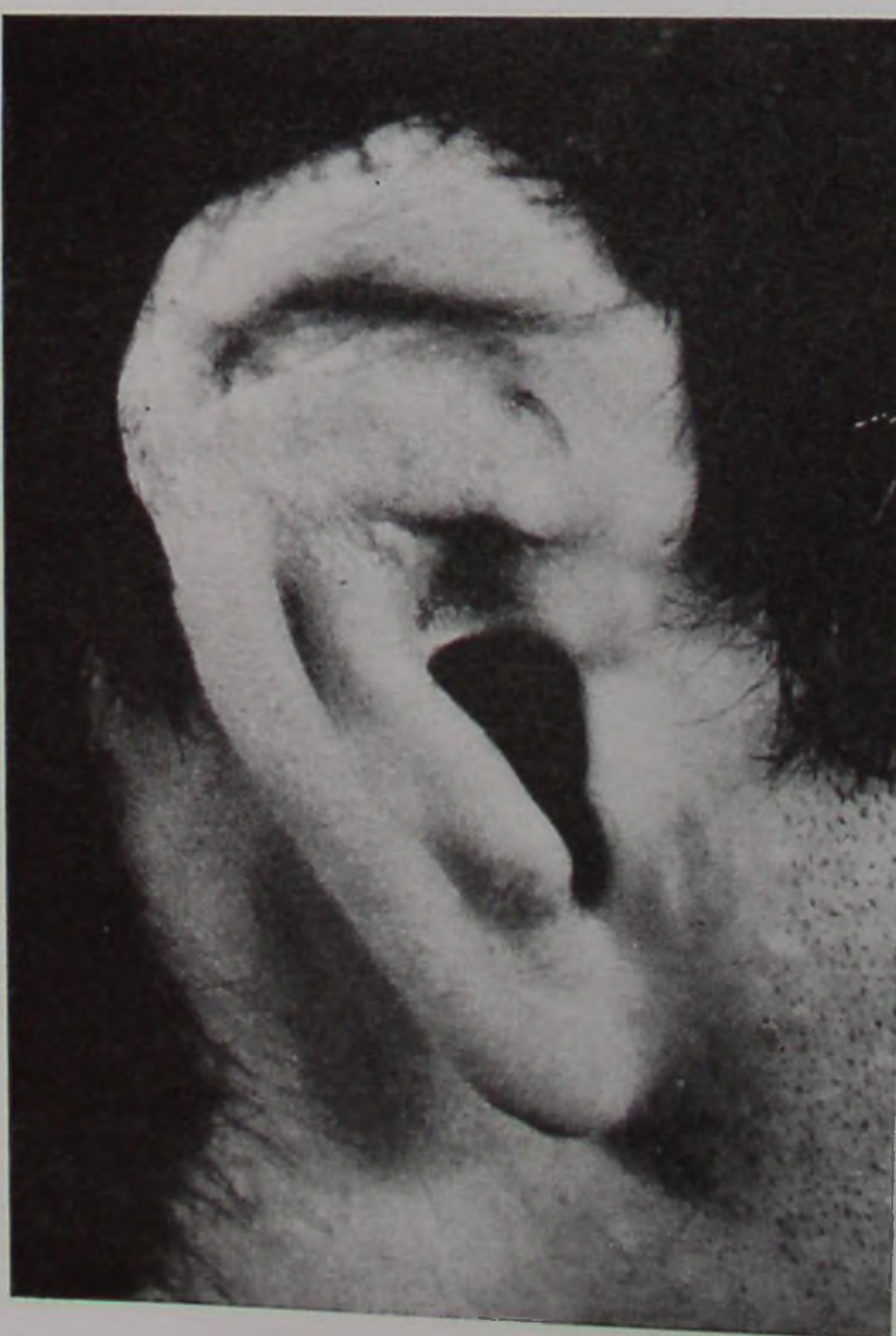
(4)

голове очерчивают полукруглым разрезом и смещают кзади, временно фиксируя его в этом положении. — 4. На возникший дефект пересаживают кожный трансплантат во всю толщину (по Пиру и др.). — 5. К трансплантату подсаживают верхний распарованный край рудимента ушной раковины. — 6. В форми-

руемую ушную раковину пересаживают остов, вырезанный из реберного хряща, после того как ему была придана соответствующая форма. Окончательно сформированная ушная раковина отделена по заднему краю от черепа при помощи кожного вкладыша.



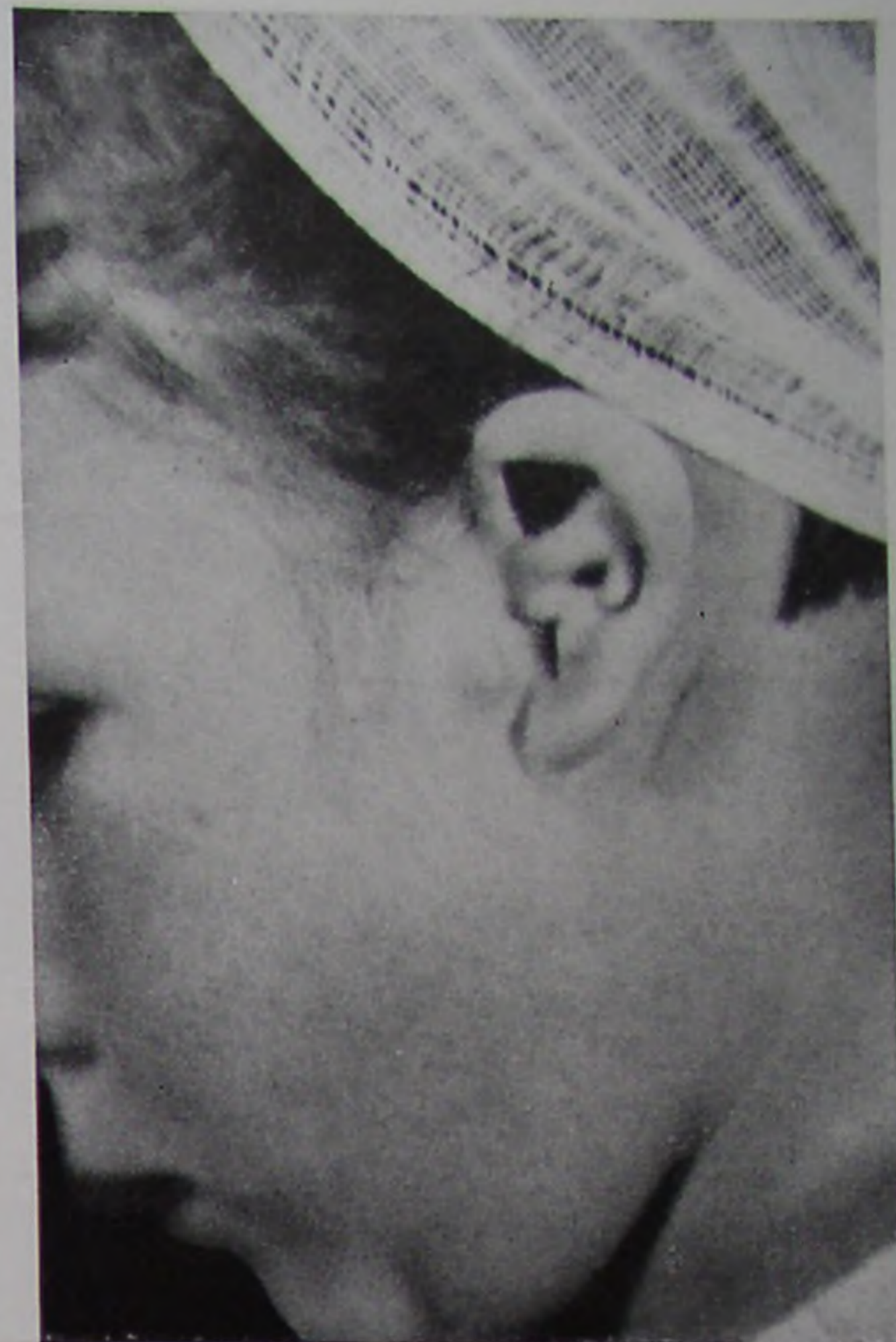
(5)



(6)



(1)



(2)

(3)

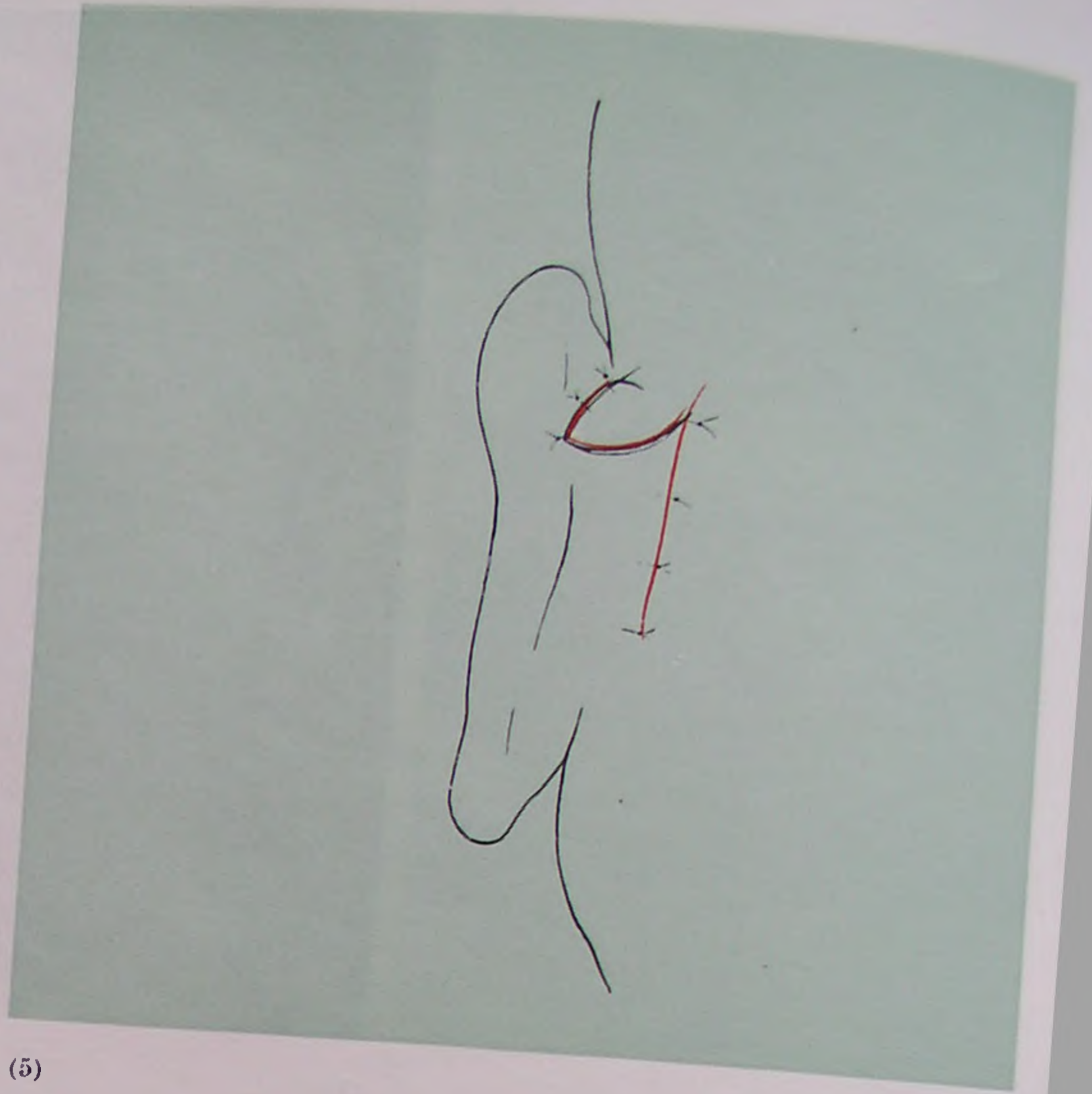


Р И С. 312.

Врожденная деформация левой ушной раковины. Больной И. М., история болезни № 2970. 1, 2. Левая ушная раковина меньше правой и плотно прилегает к черепу, в то время как правая ушная раковина сильно оттопырена. Атрезия наружного слухового прохода; неправильные очертания рельефа передней стороны ушной раковины, где валообразные возвышения чередуются с глубокими бухтами, в которые втянута истонченная кожа. Произведена пластика наружного слухового прохода при помощи кожного вкладыша во всю толщину на стеновом слепке. На передней поверхности ушной раковины иссечены неправильные по форме части хряща, причем некоторые из удаленных частей были перемещены на другое место, где имелся недостаток хрящевой ткани. В отдельных бухтах пришлось произвести иссечение больших участков кожи. — 3. В верхнем отделе передней поверхности ушной раковины возник дефект кожного покрова, для закрытия кото-



(4)



(5)

(6)



рого в области сосцевидного отростка был выкроен кожный лоскут с верхней ножкой. — 4, 5, 6. Выкроенный лоскут подведен к передней поверхности ушной раковины через поперечный сквозной разрез последней. В том месте, где лоскут проходит сквозь ушную раковину, с него срезают эпидермис и фиксируют при помощи швов к краям разреза в ушной раковине; выступающую



(7)



(8)

разреза часть лоскута вшивают в дефект. — 7, 8. Больной в возрасте 9 лет. В дальнейшем ушная раковина была углублена и выстлана трансплантатом, выкроенным из правой ушной ра-

вины, которая была одновременно уменьшена и приближена к черепу. — 9, 10. Больной в возрасте 22 лет. Ушная раковина резко деформирована.

(9)

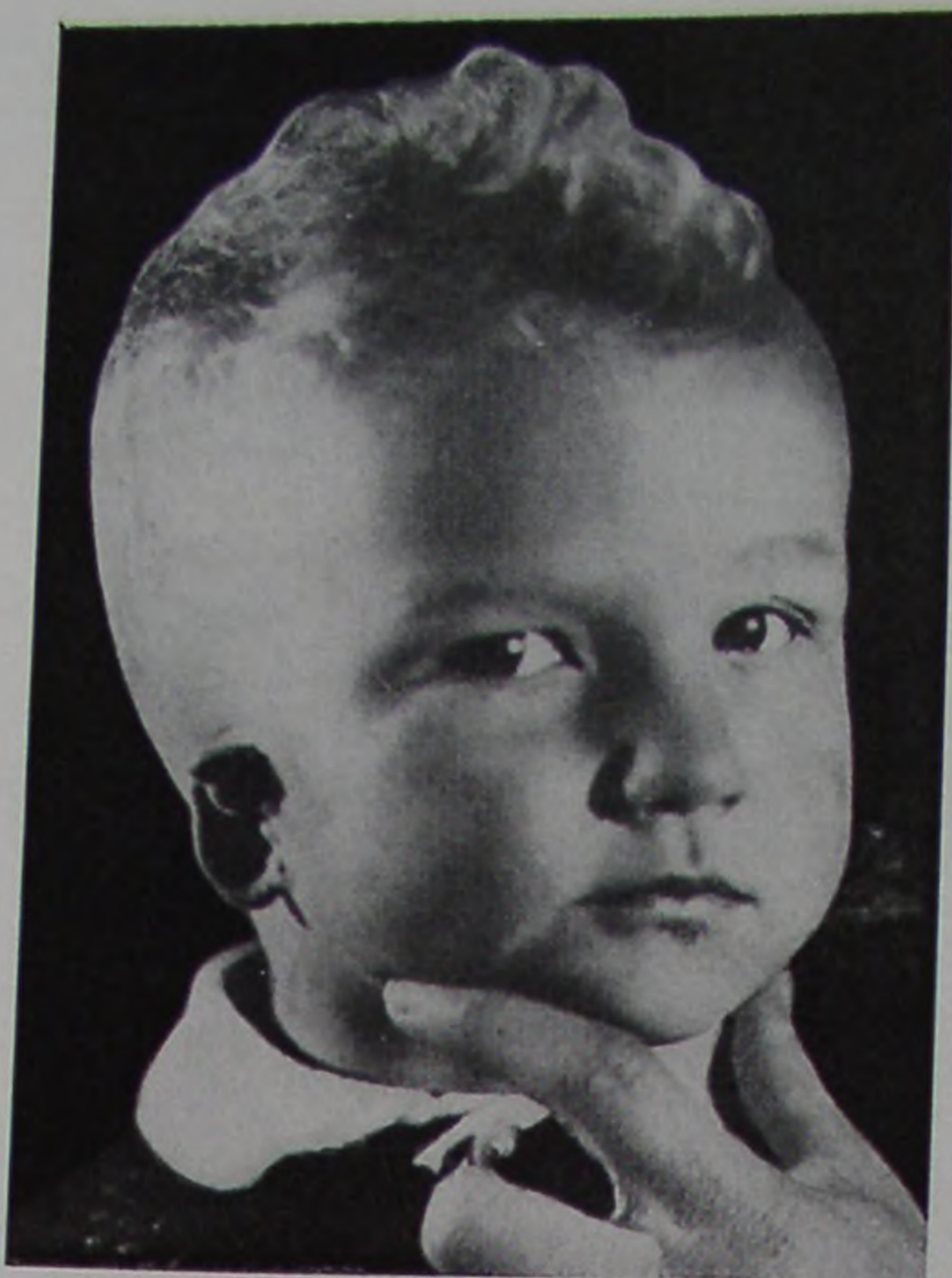


(10)





(1)

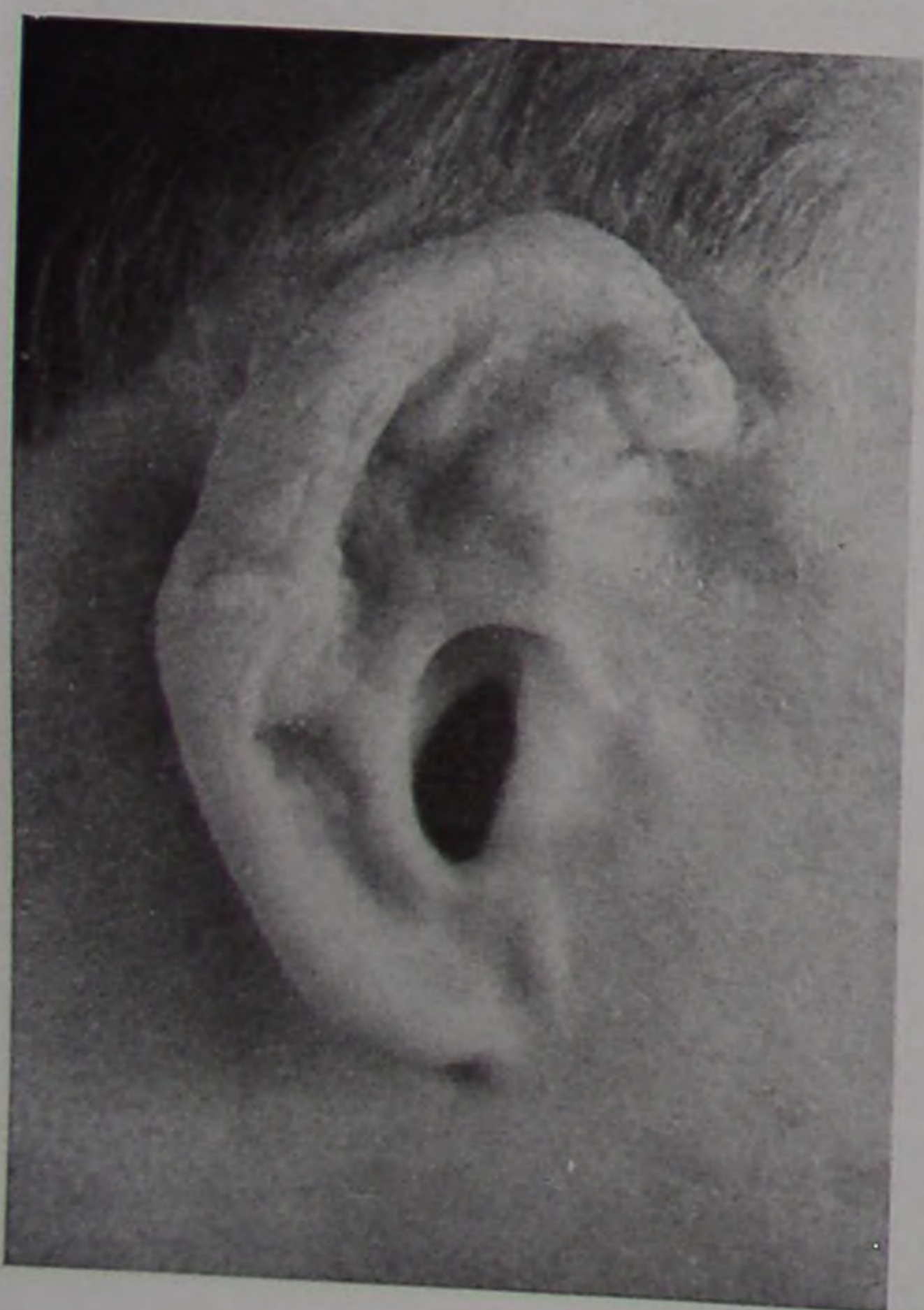


(2)



(3)

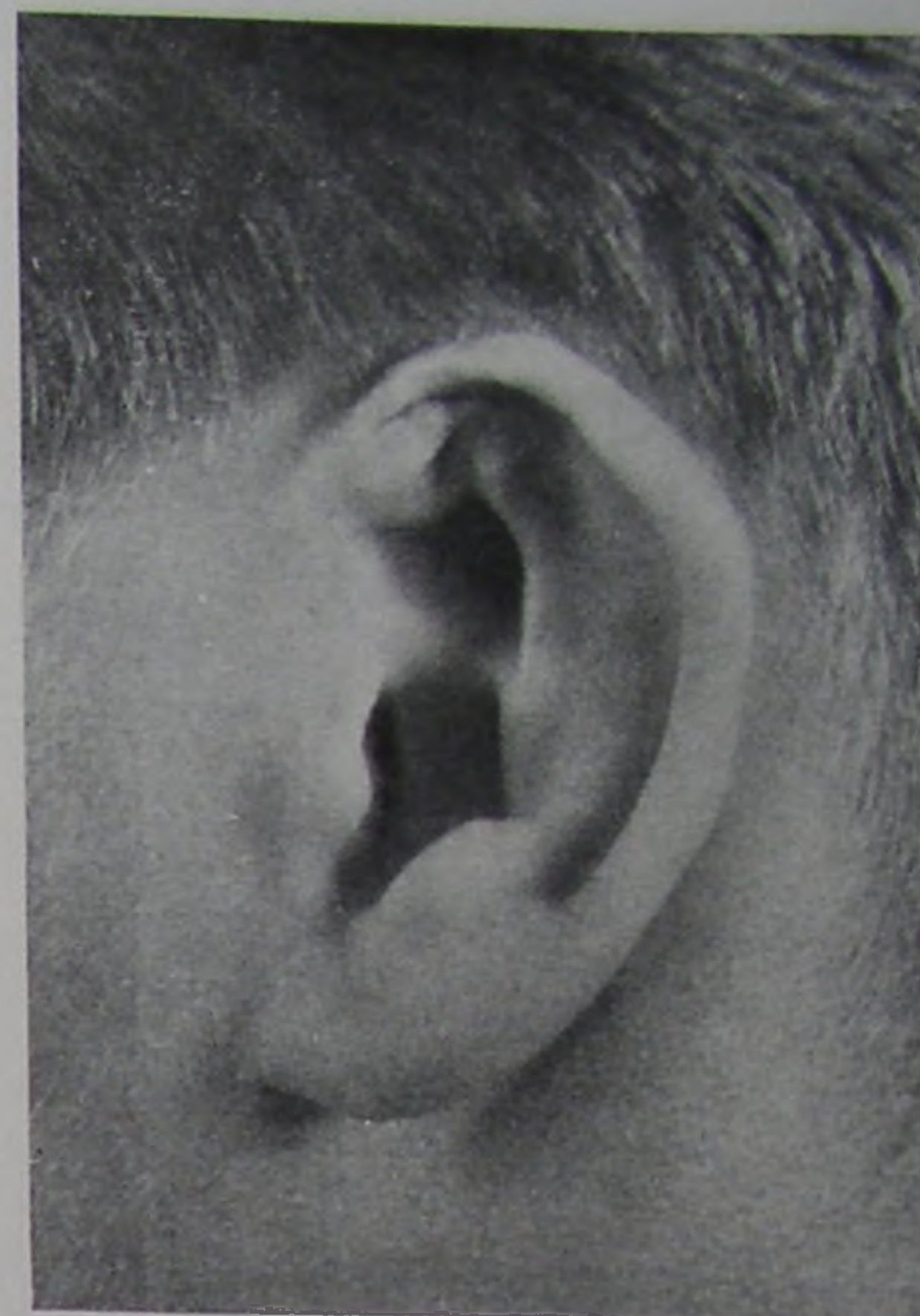
(4)



Р И С. 313.

Врожденная несимметрическая деформация ушных раковин. Больной Л. М., 2 лет, история болезни № 12 967. 1, 2. Недоразвитие правой ушной раковины, верхний отдел которой сильно скручен. Влево — складывающееся ухо. — 3. Верхнюю часть правой ушной раковины отсекают от черепа и расслаивают; путем многочисленных надрезов достигают выравнивания хряща. Оформленному таким образом отделу ушной раковины придают более вертикальное положение. Затем к ушной раковине подшивают выкроенный на шее стебельчатый лоскут и под кожу пересаживают нехватящую часть хрящевого остова. На левой ушной раковине рассекают ее верхний отогнутый край, а треугольный лоскут основанием кверху, выкроенный с задней поверхности ушной раковины, подшивают к этому разрезу. Кроме того, с обеих сторон были произведены дополнительные операции. — 4, 5. Внешний

вид ушных раковин у больного в 18-летнем возрасте весьма мало удовлетворителен. Левая ушная раковина слишком плотно прилегает к черепу, а на ее верхнем краю продолжает оставаться деформация. Форма правой ушной раковины весьма несовершенна.



(5)

Р И С. 314.

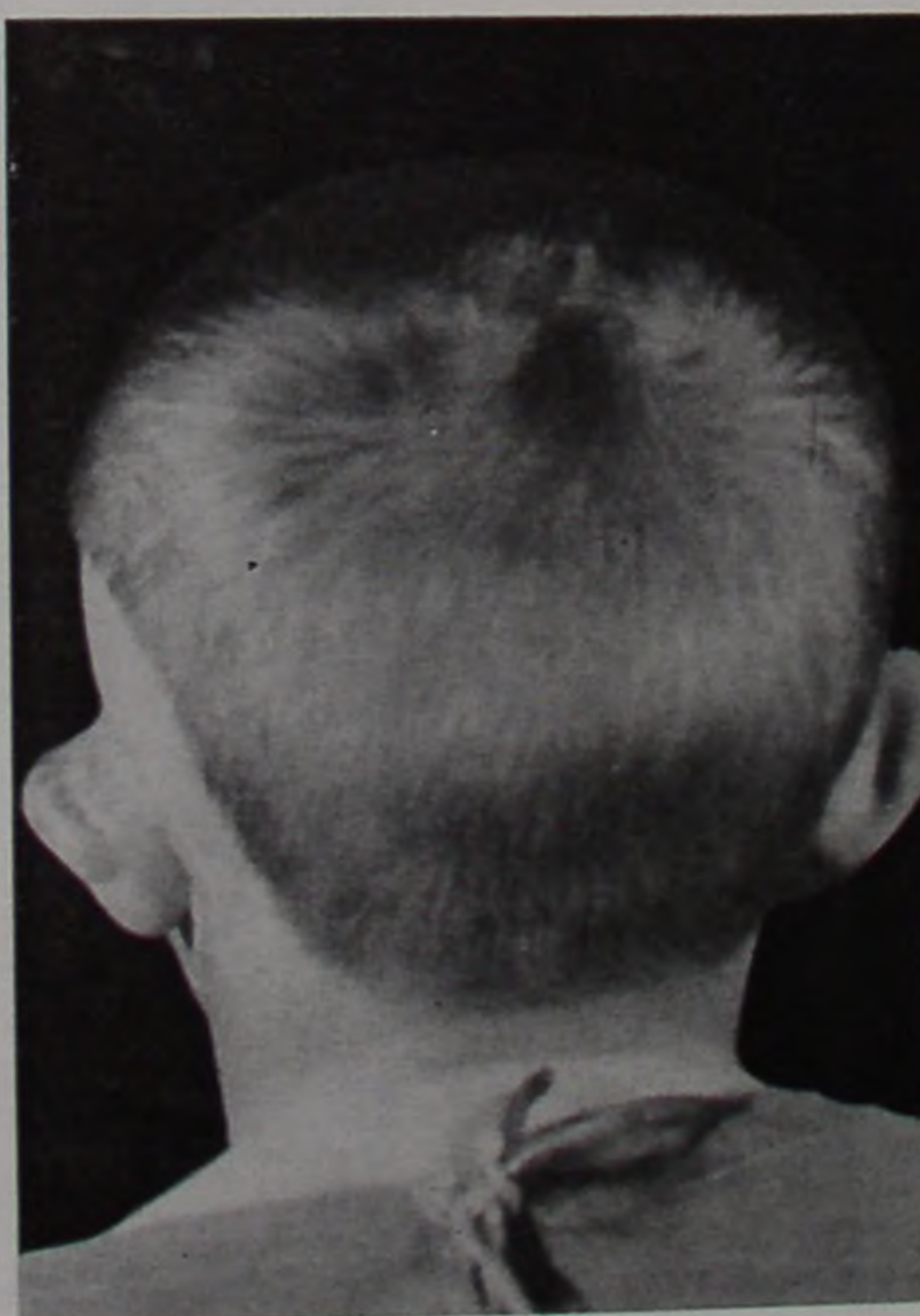
Складывающееся ухо. Больной Л. Ф., 11 лет, история болезни № 2364. 1, 2, 3. Влево — складывающееся ухо: верхняя часть ушной раковины перегибается вперед; кроме того, ухо оттопырено,

отходя от черепа под прямым углом. Левая ушная раковина меньше правой, тоже сильно оттопырена. Козелок, завиток и противозавиток резко деформированы, а наружный слуховой проход рудиментарен. Отчетливо выраженное недоразвитие левой щеки. Отогнутая часть левой ушной раковины в объеме завитка и противозавитка отсечена от черепа, переведена в вертикальное положение и подшита к сделанному на коже черепа разрезу в тре-

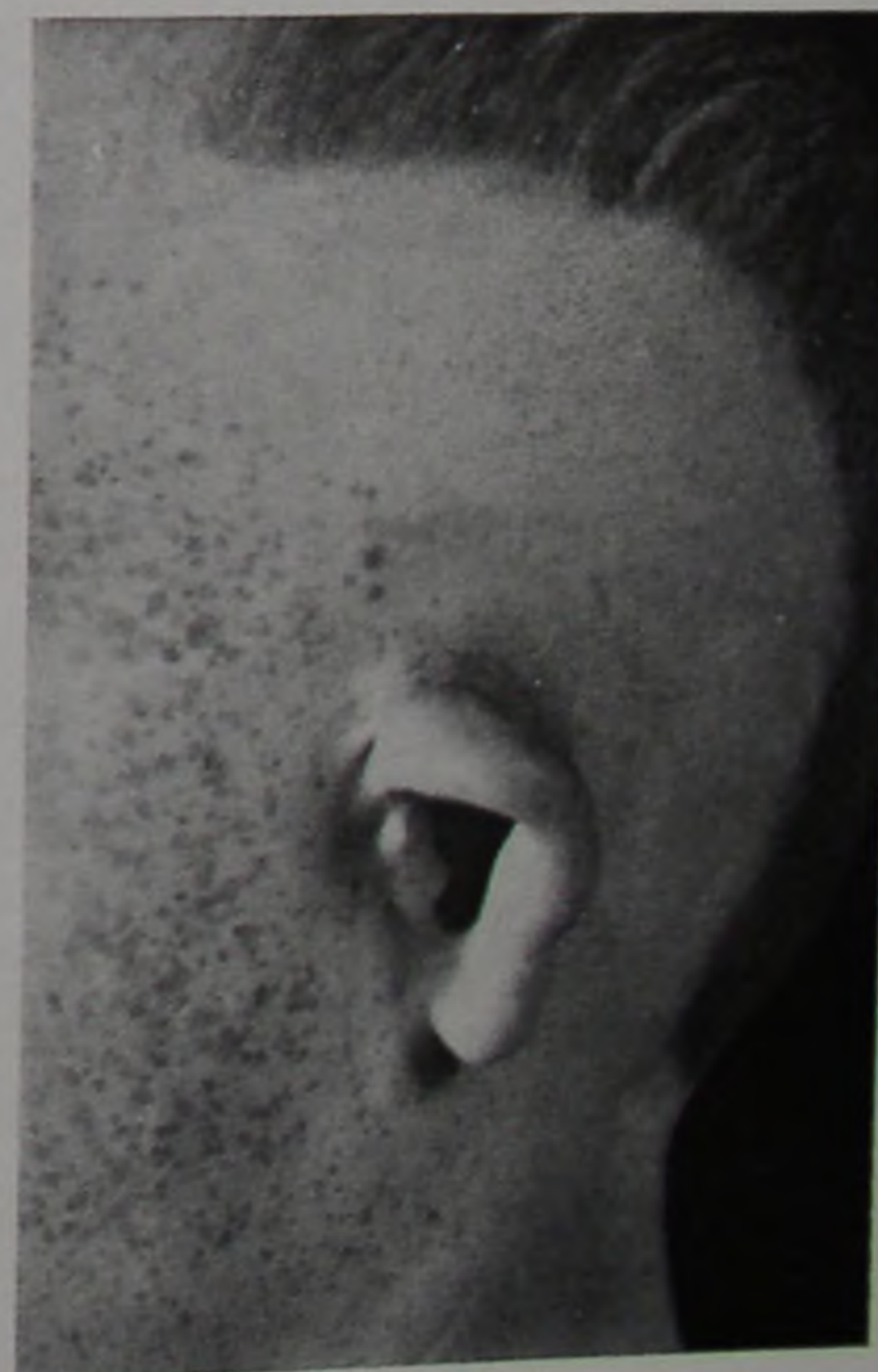
(1)



(2)



(3)





(4)



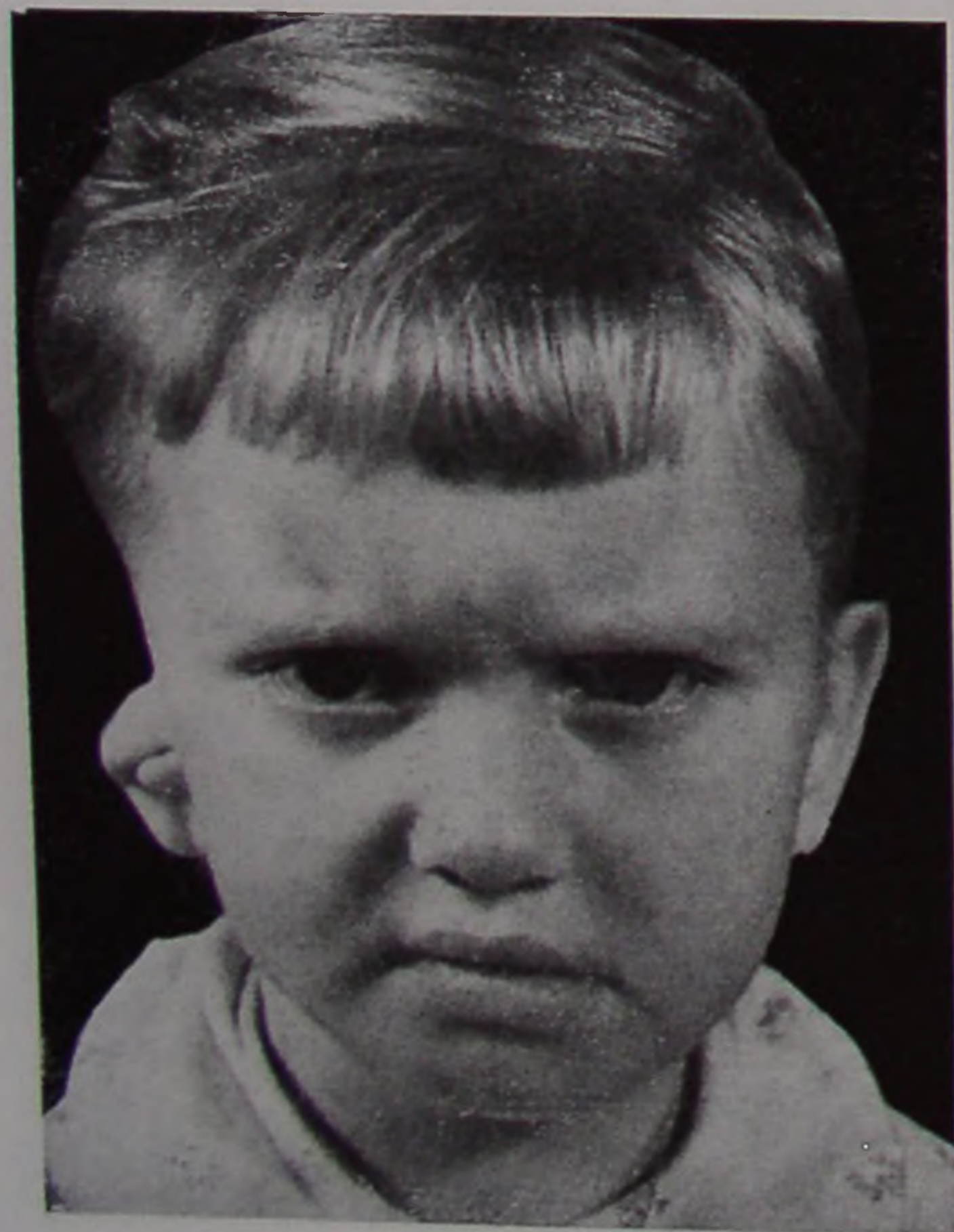
(5)



(6)

буемом положении. — 4. Путем надрезов хряща, противозавиток и ножка завитка были развернуты, а при помощи матрацных швов, по мере возможности, им была придана правильная форма. В дальнейшем был произведен ряд дополнительных операций и имплантация хряща, взятого из другой ушной раковины при

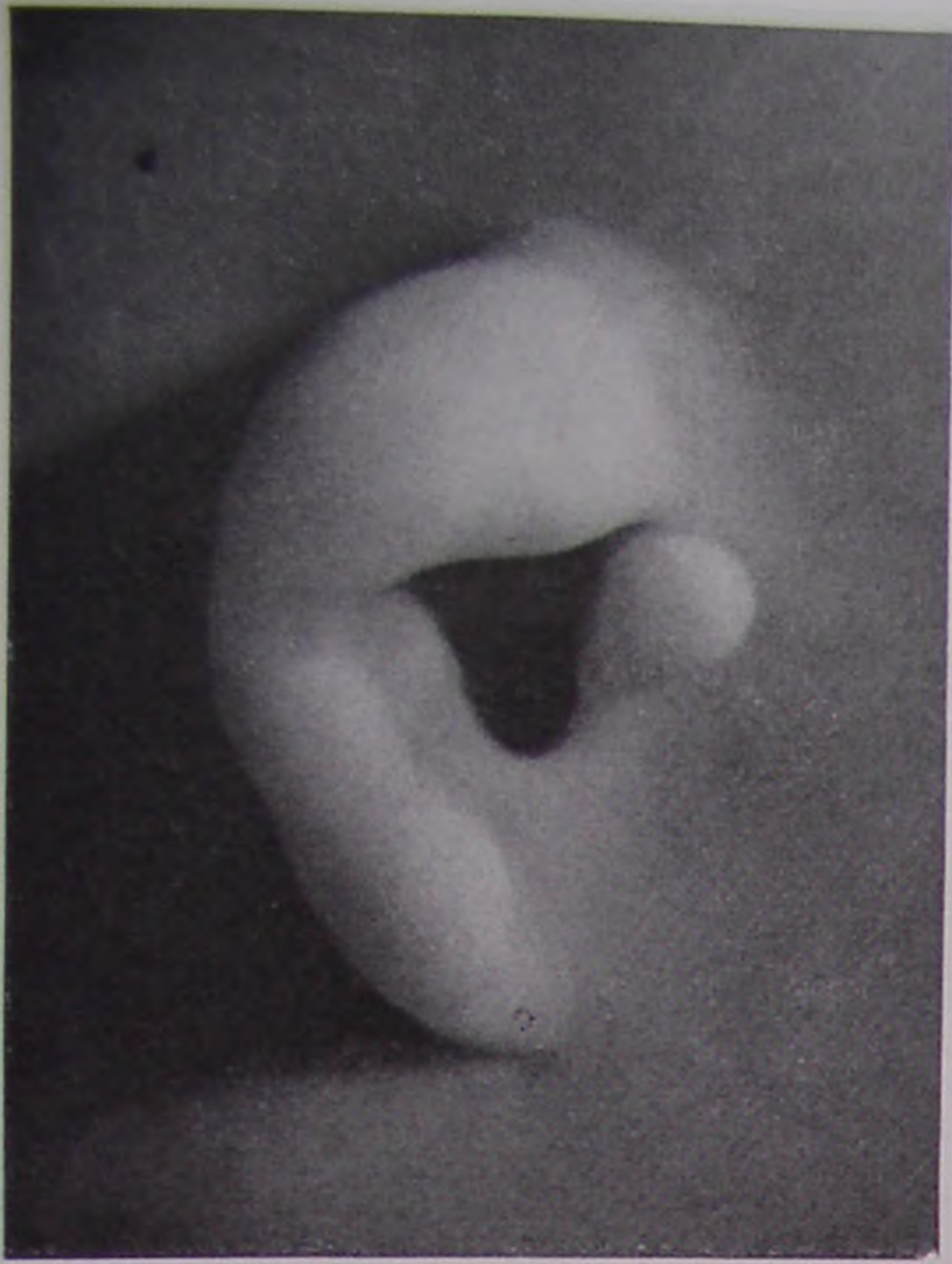
операции по поводу торчащего уха. — 5, 6. Больной через 20 лет после операции. Достигнутая при операции форма ушной раковины в общем сохранена. Обе ушные раковины прилегают к черепу, так что при их обозрении спереди и сзади дефект не очень сильно бросается в глаза.



(1)

Р И С. 315.

Врожденное недоразвитие и деформация правой ушной раковины. Больная О. Т., 5 лет, история болезни № 3245. 1. Нормально развита только ушная мочка; верхняя часть полностью отогнута книзу. — 2. Ушная раковина в общем хорошо развита, в области



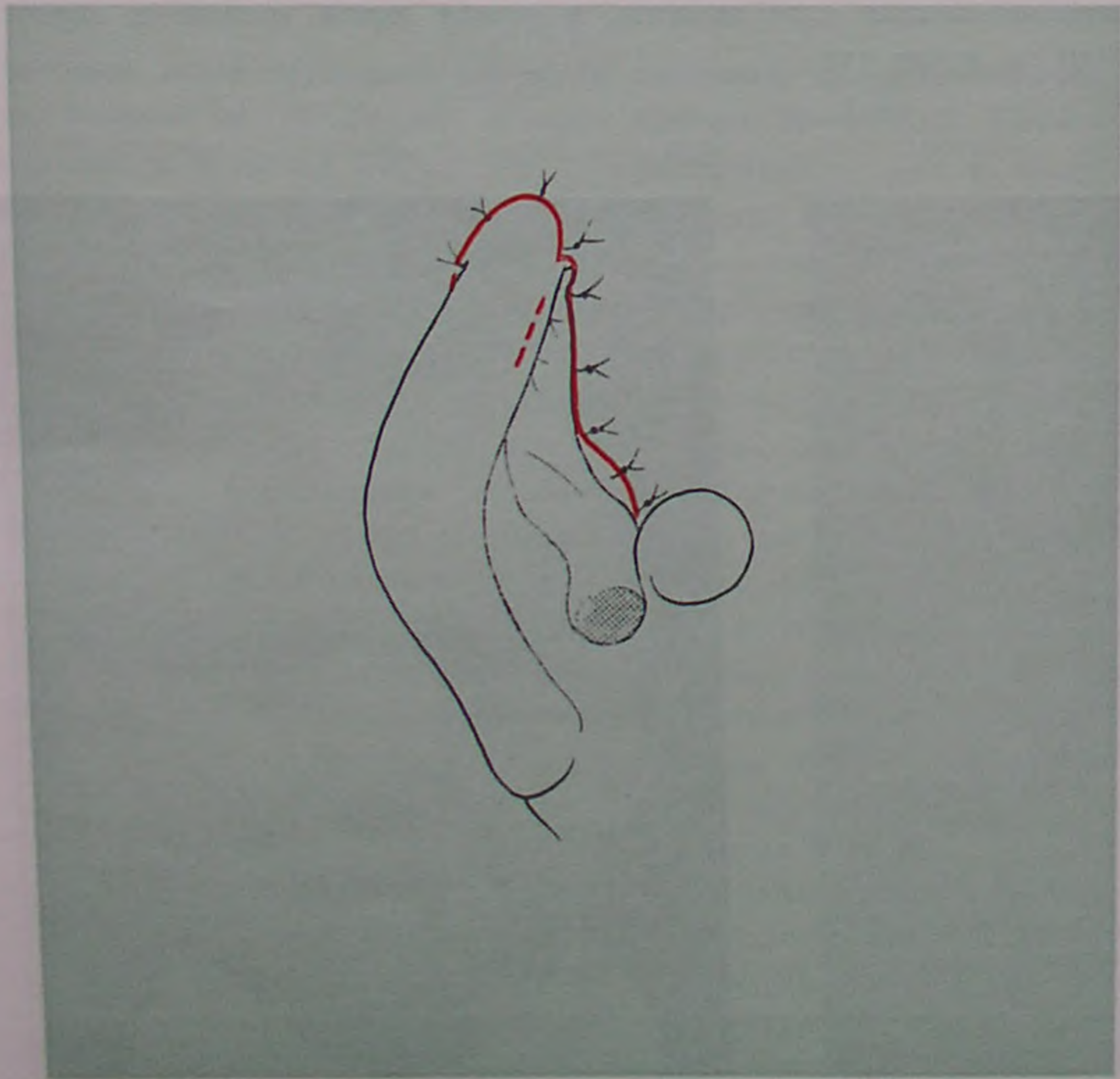
(2)



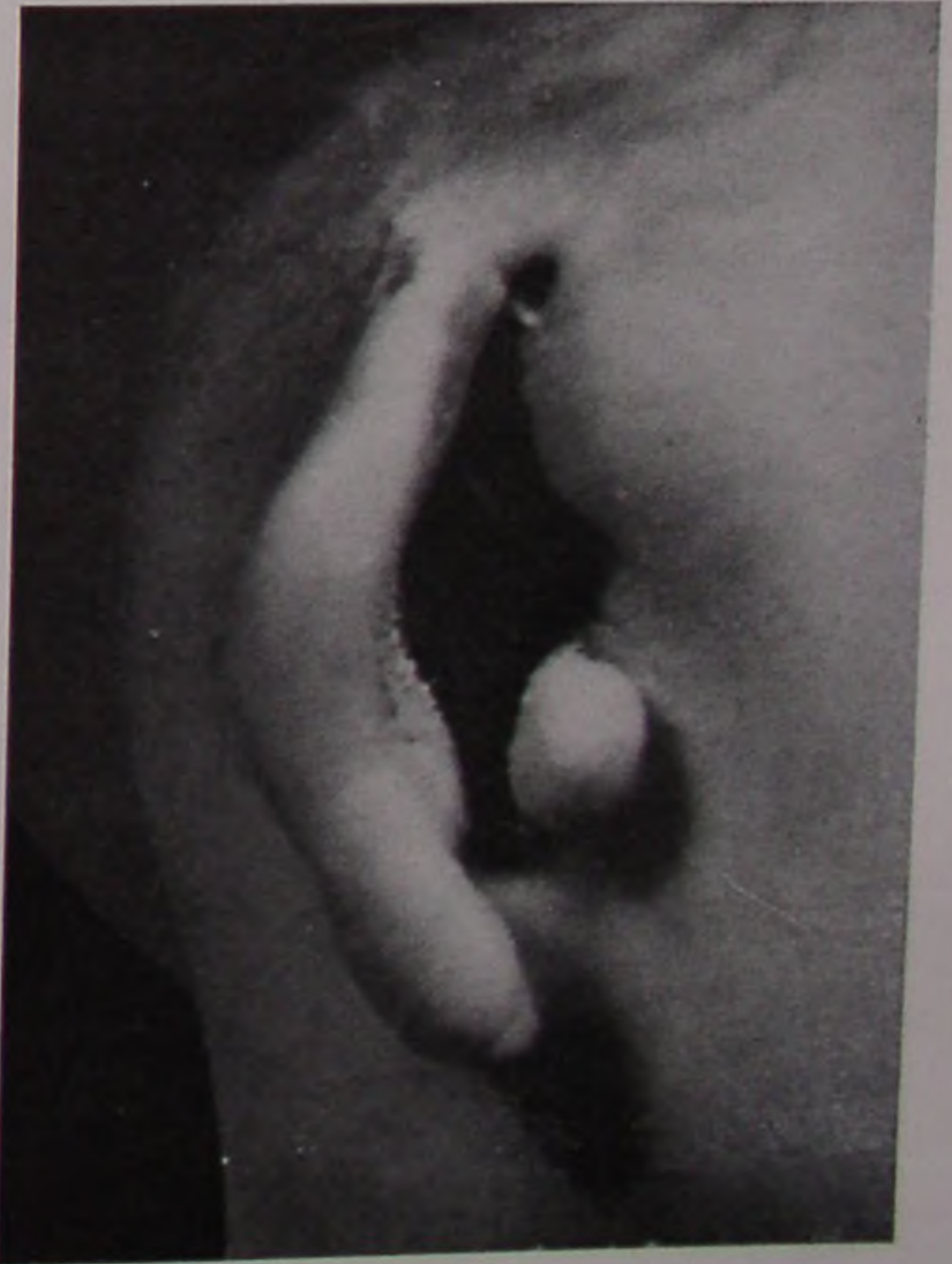
(3)

козелка имеется высокий шаровидный выступ. Отчетливо выра-
женное недоразвитие правой половины лица. — 3. Крышеобразно
отогнутая часть ушной раковины отрезана; глубокие изгибы

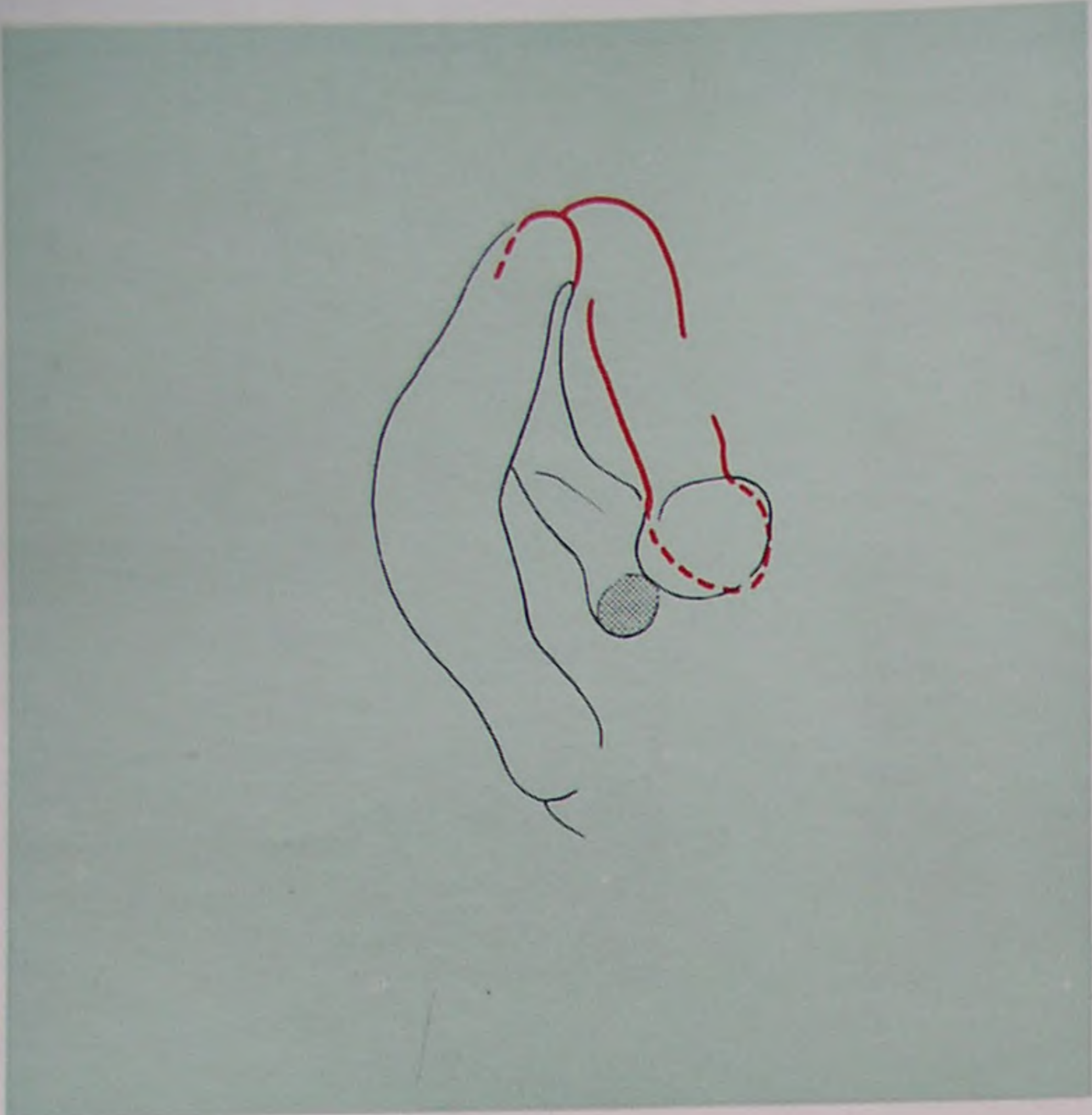
хряща выравнены путем насечек. — 4. Выкраивают лоскут и пе-
ресаживают в слегка выпуклый и расположенный в почти верти-
кальном направлении разрез. — 5. Вид после окончания этой



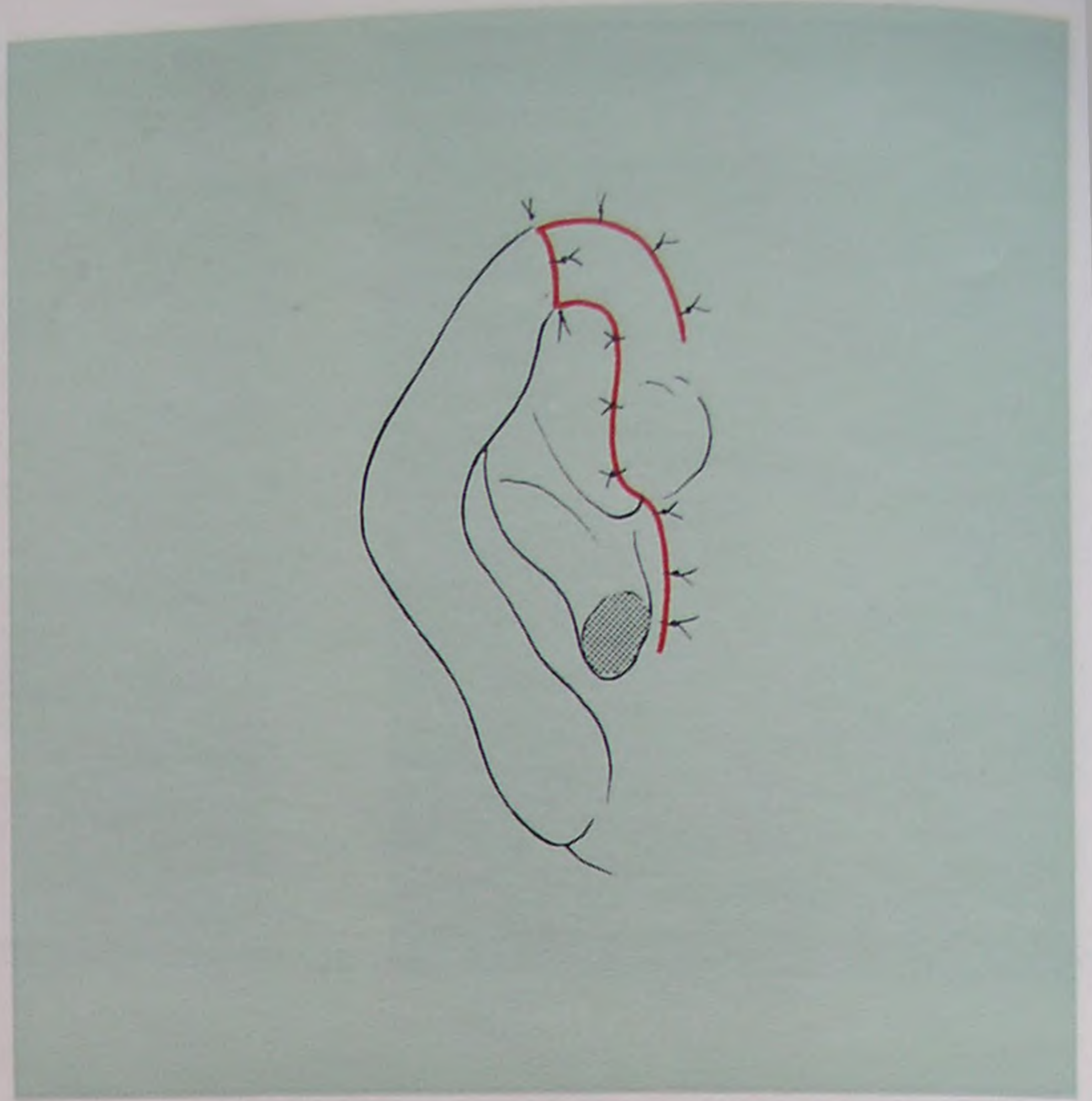
(4)



(5)



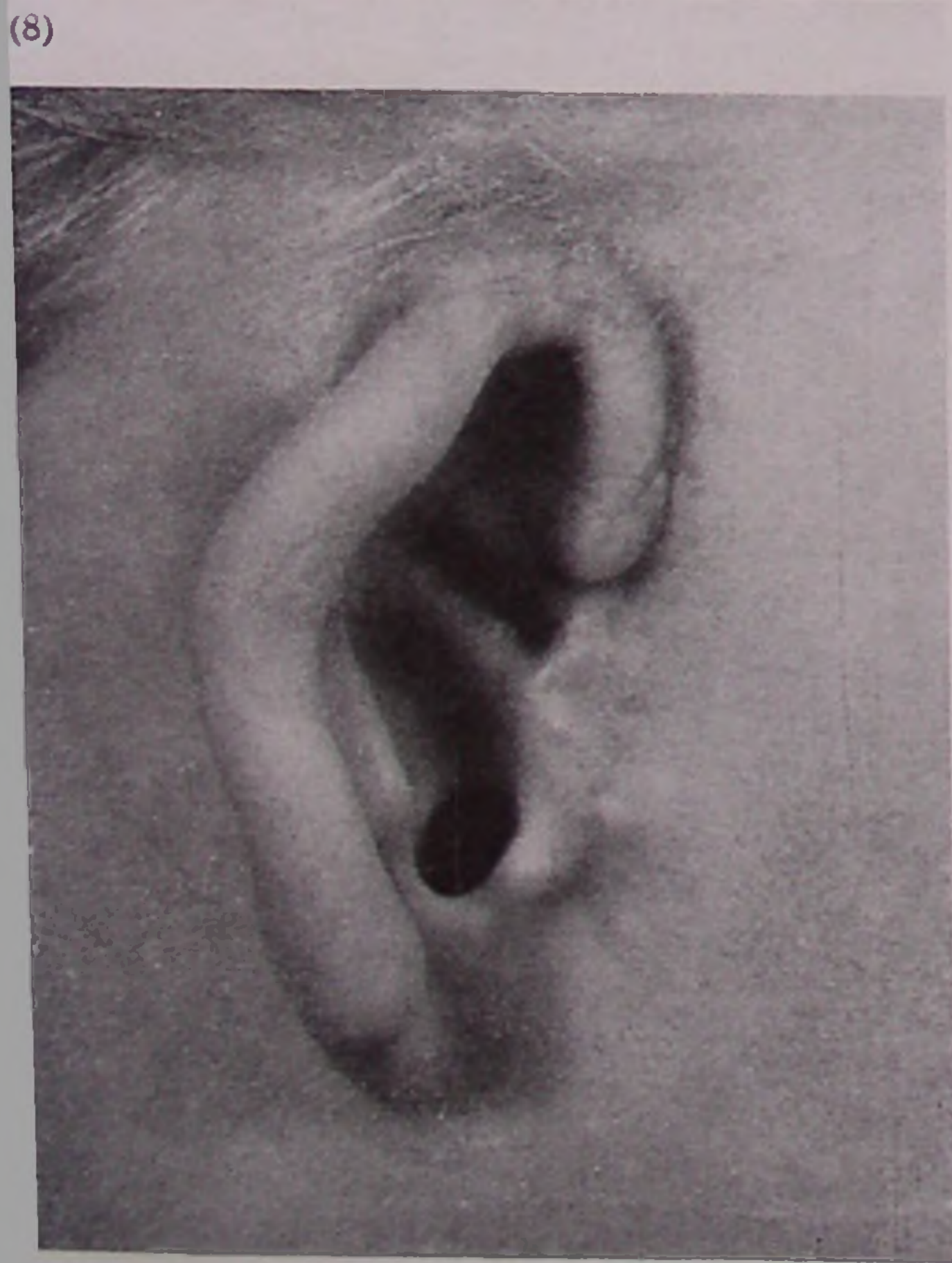
(6)



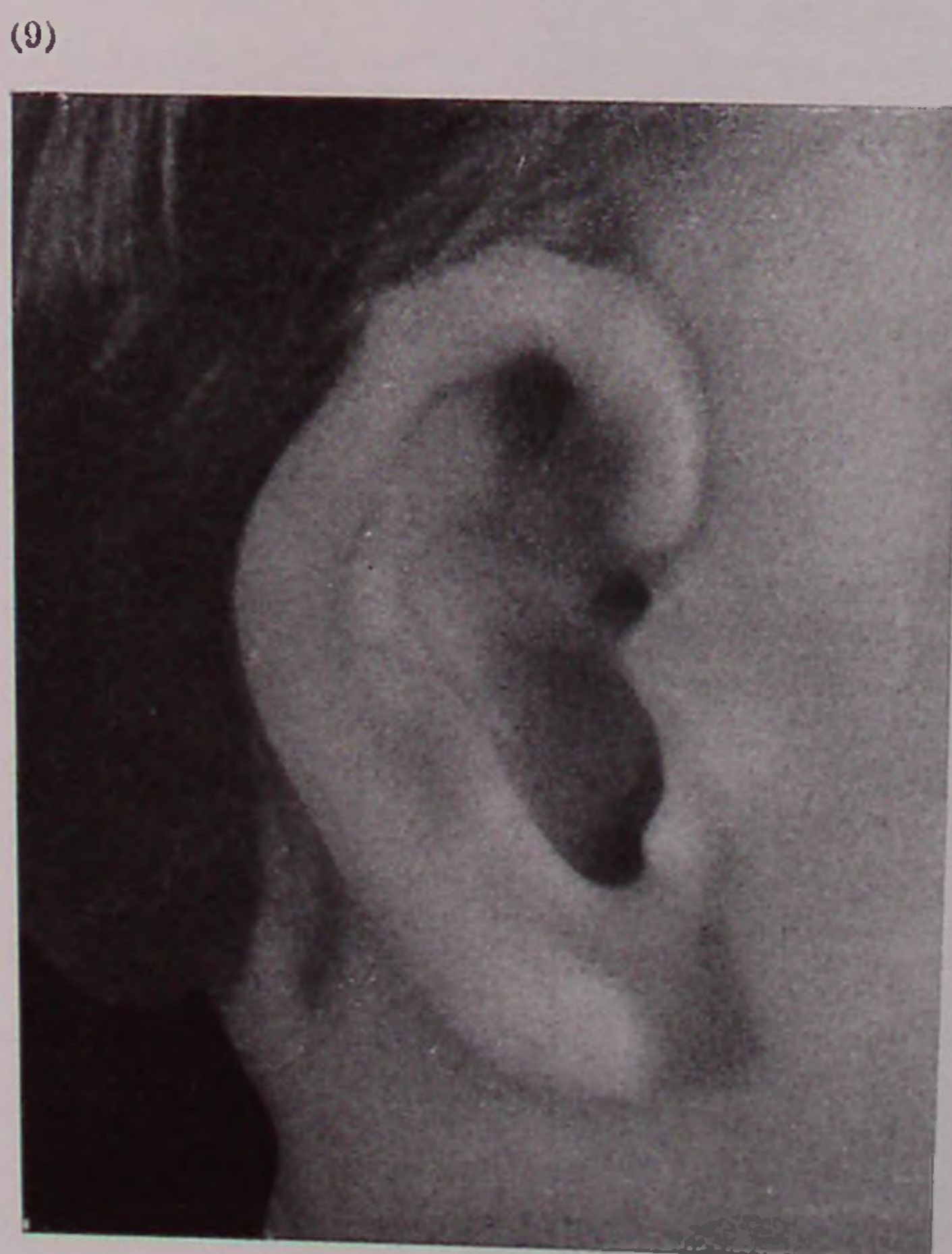
(7)

фазы операции. — 6. При помощи окаймляющего разреза шаровидный выступ, расположенный перед наружным слуховым проходом выкраивают вместе с лентой кожи, направляющейся кверху, к месту пересадки верхнего конца рудимента ушной раковины. Этот лоскут, подготавливаемый в два этапа, располагается на узкой кожной и более широкой подкожной ножках. — 7. Лоскут повернут и подсажен к разрезу, направление которого примерно соответствует расположению ножки завитка. — 8. Вид ушной

раковины после окончания этого этапа операции. Противозавиток отсутствует. — 9. В дальнейшем был произведен ряд дополнительных операций на передней поверхности ушной раковины. Верхняя часть ушной раковины отсечена от черепа, а под кожу пересажен кожный вкладыш. — 10. Больная после окончания лечения. Ушная раковина не очень сильно бросается в глаза, хотя противозавиток едва заметен, а ушная мочка меньше и короче, чем на левом ухе.



(8)



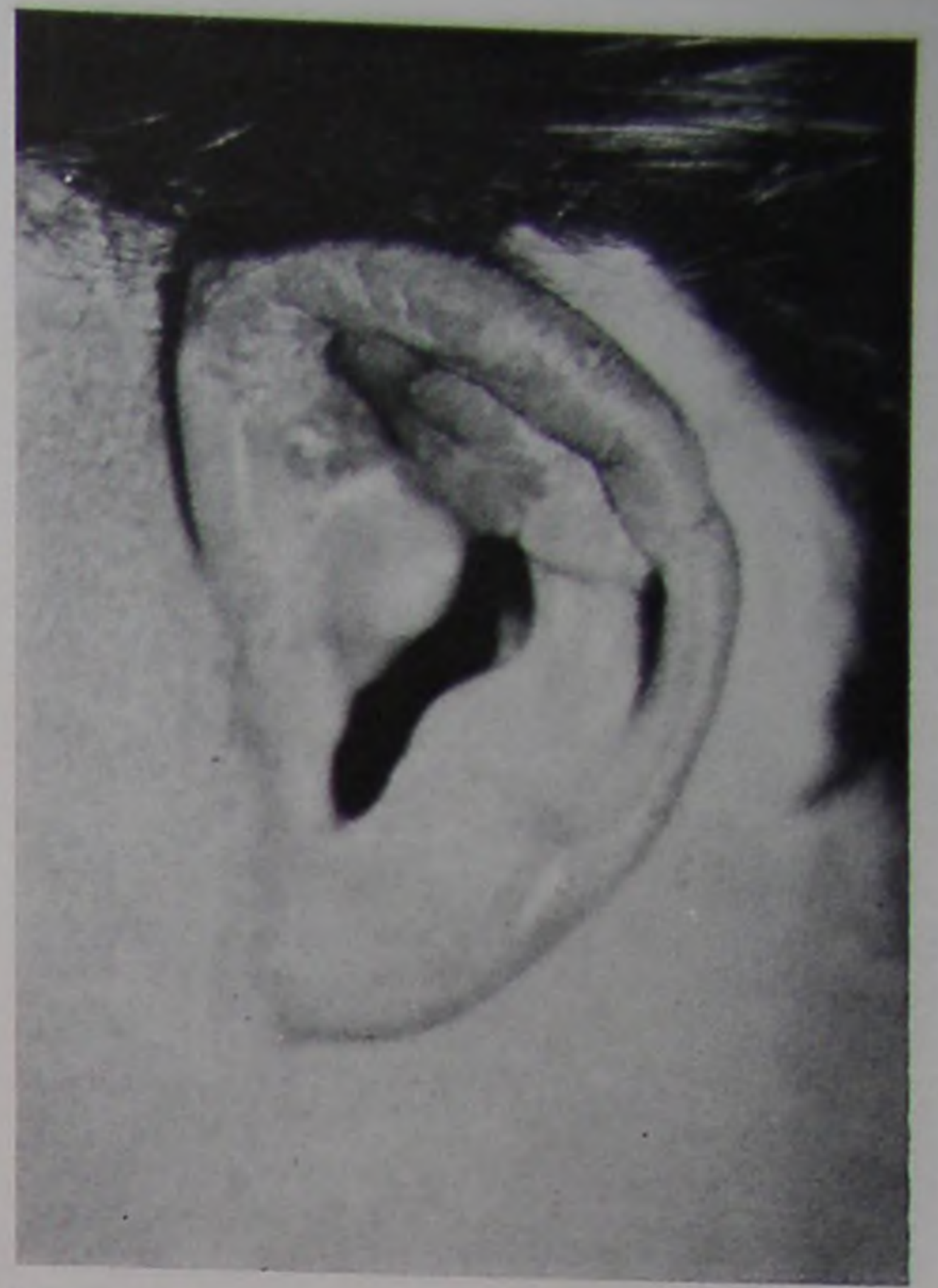
(9)



(10)



(1)

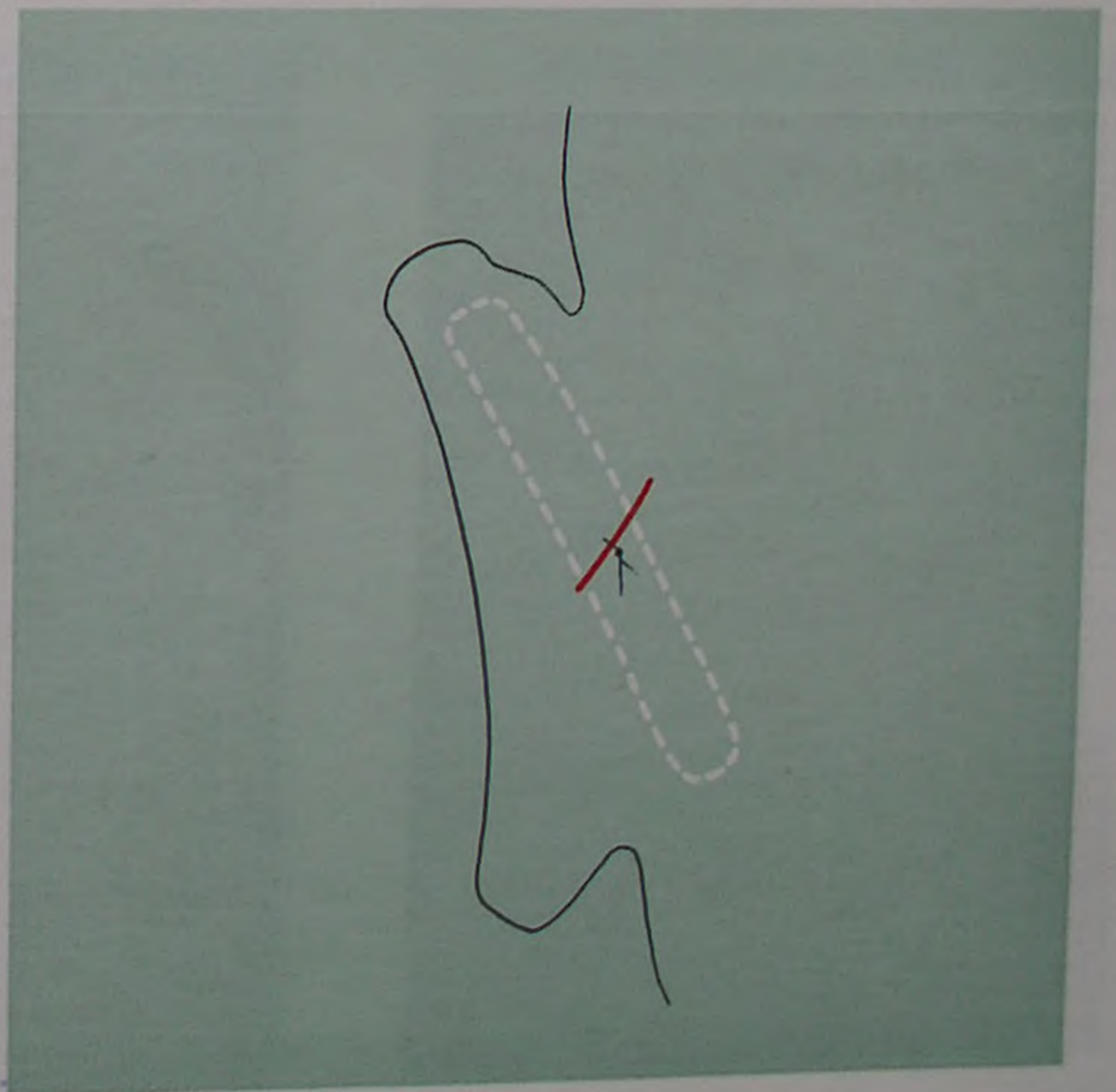


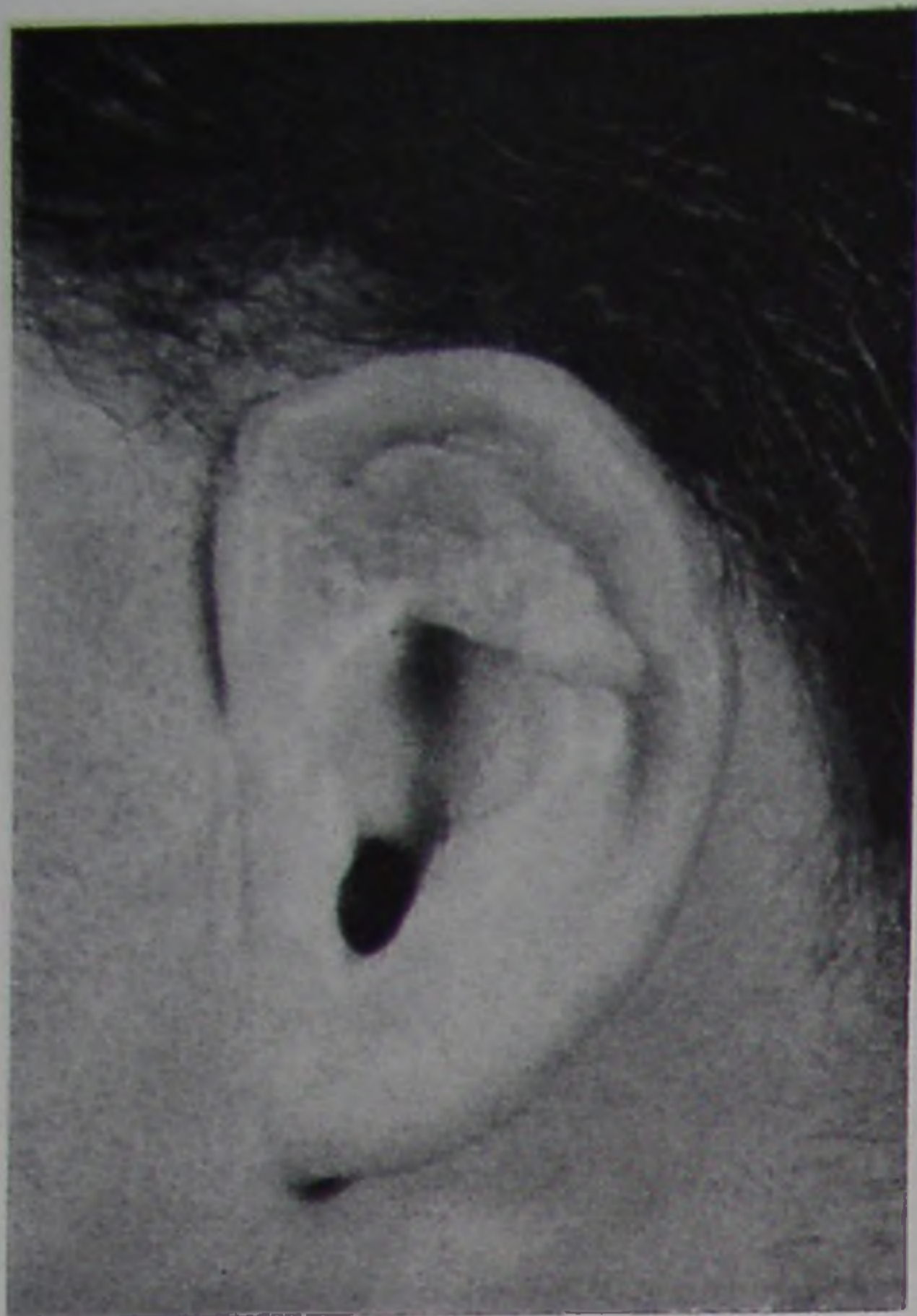
(2)

Р И С. 316.

Состояние после неудачных операций по поводу складывающегося уха. Больной М. П., 14 лет, история болезни № 4562. 1. Первоначально у больного имело место складывающееся ухо и явное недоразвитие левой половины нижней челюсти. В детстве больной подвергся ряду операций как на ушной раковине, так и на лице. Верхняя часть ушной раковины имеет неправильную форму; выявляются сморщенные рубцы и сильно деформированные края завитка. — 2. Иссечение рубцов и хряща производят в таком направлении, чтобы образовалось углубление ладьи ушной раковины, в которое затем пересаживают кожный трансплантат. Часть удаленного хряща пересаживают к верхнему переднему краю завитка. В дальнейшем вновь наступило сморщивание углубления ладьи; коррекция и в этот раз производилась путем пересадки хрящевых пластинок к краю завитка. В верхней части ушной раковины продолжает наблюдаться тенденция к складыванию, а потому в экспериментальных целях была произведена имплантация плоской пластинки из слоновой кости. Эта пластинка была введена сзади в область верхнего отдела ушной раковины, а ее второй конец подсунут через вертикальный разрез, произведенный на коже сосцевидного отростка, под надкостницу последнего. Край разреза на ушной раковине и на черепе зашиты. Имплантированная пластинка из слоновой кости прекрасно удерживает положение ушной раковины. — 3. Положение пластинки.

(3)





(4)

— 4. Через 11 лет после операции ушная раковина в общем сохраняет приданную ей форму, а пластинка из слоновой кости продолжает удерживать положение ушной раковины, не вызывая у больного никаких жалоб; поэтому пластинка оставлена на месте. Произведено оформление ножек противозавитка.

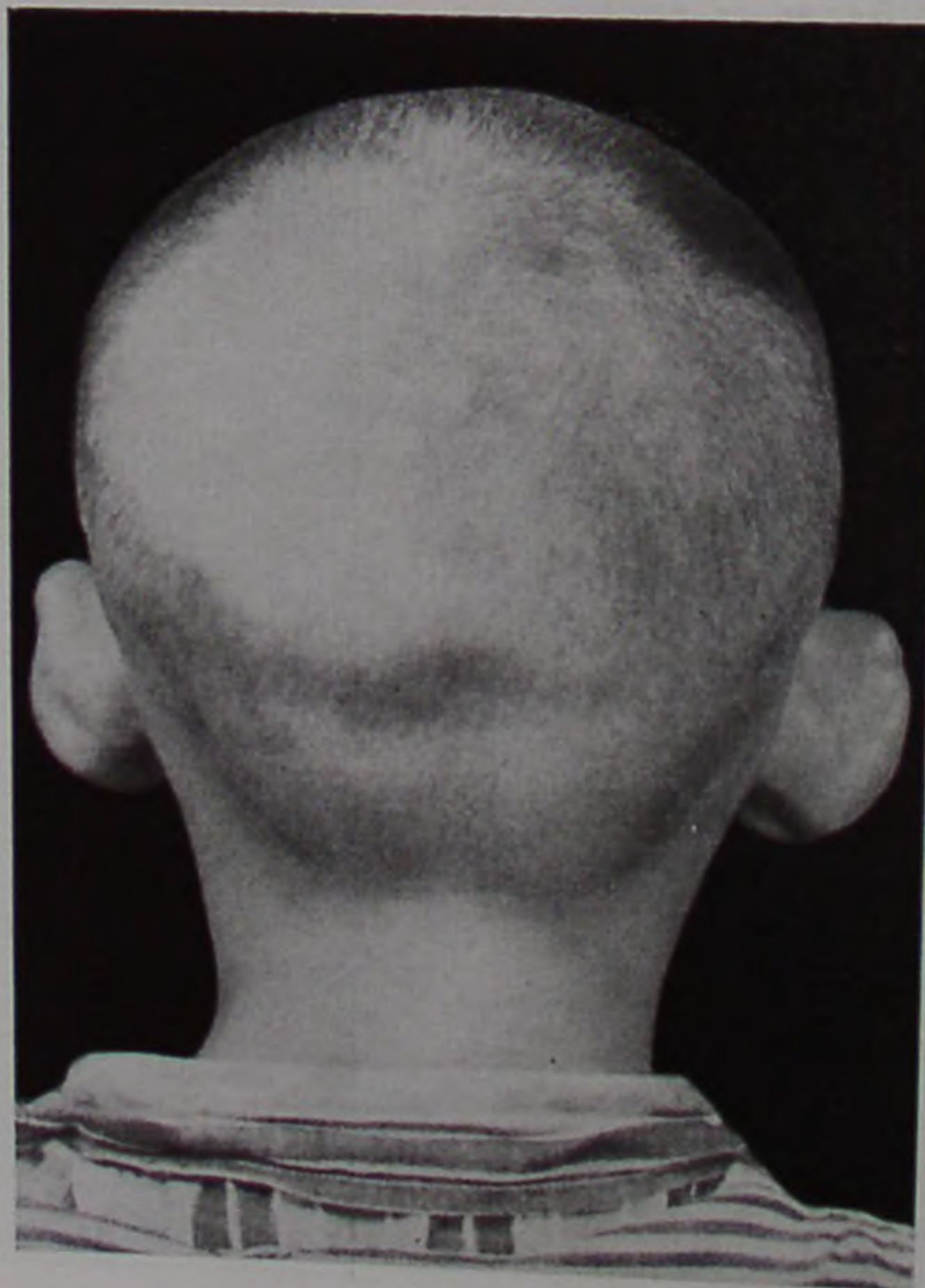
Р И С. 317.

Торчащие уши. Больной Л. Б., 8 лет, история болезни № 42 388. 1, 2. Торчащие несимметричные уши. — 3, 4. Толстые, отогнутые книзу завитки; влево эта деформация выражена более резко, чем вправо. Противозавитки слабо дифференцированы. Единое

(1)

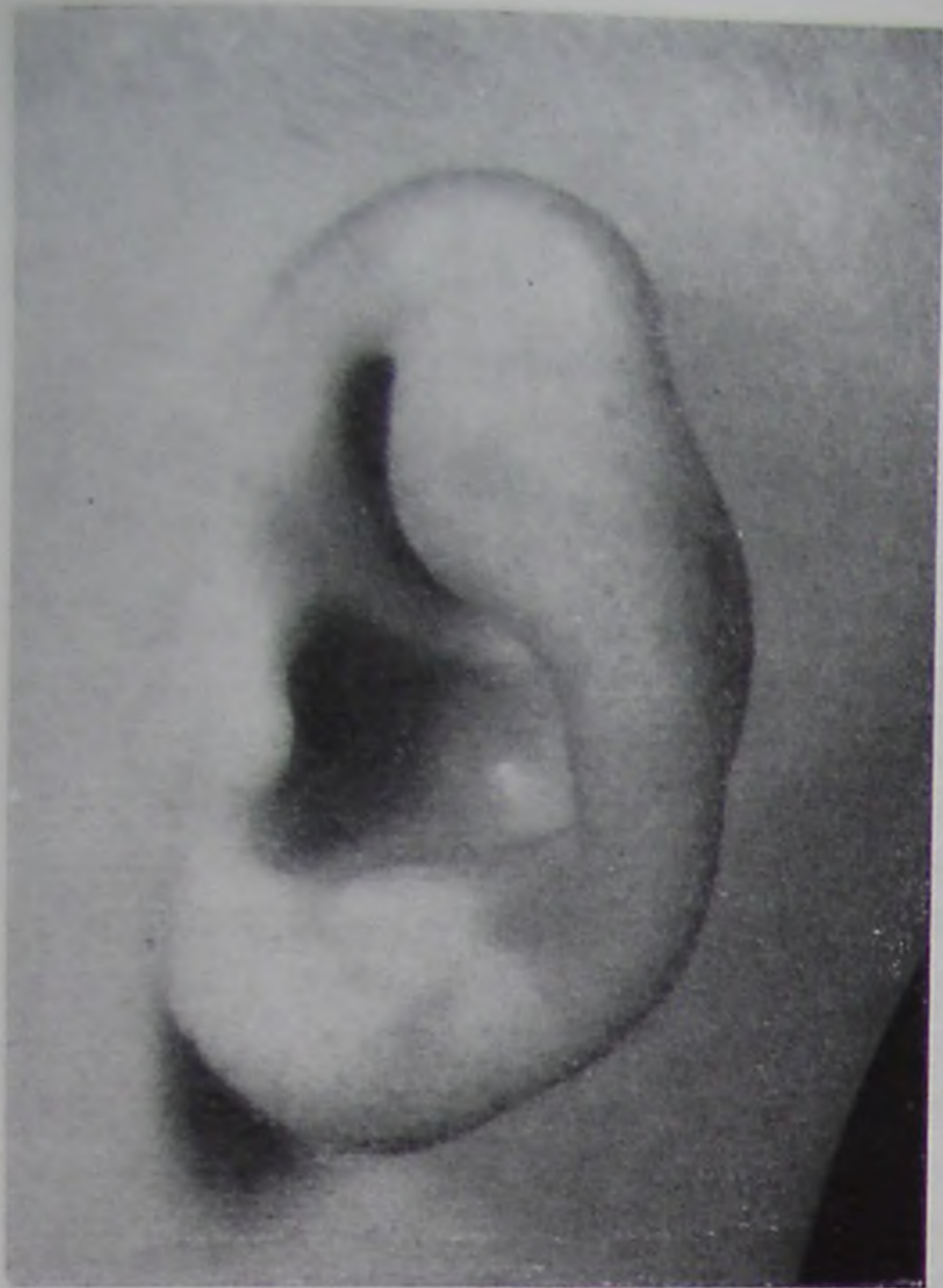


(2)



(3)

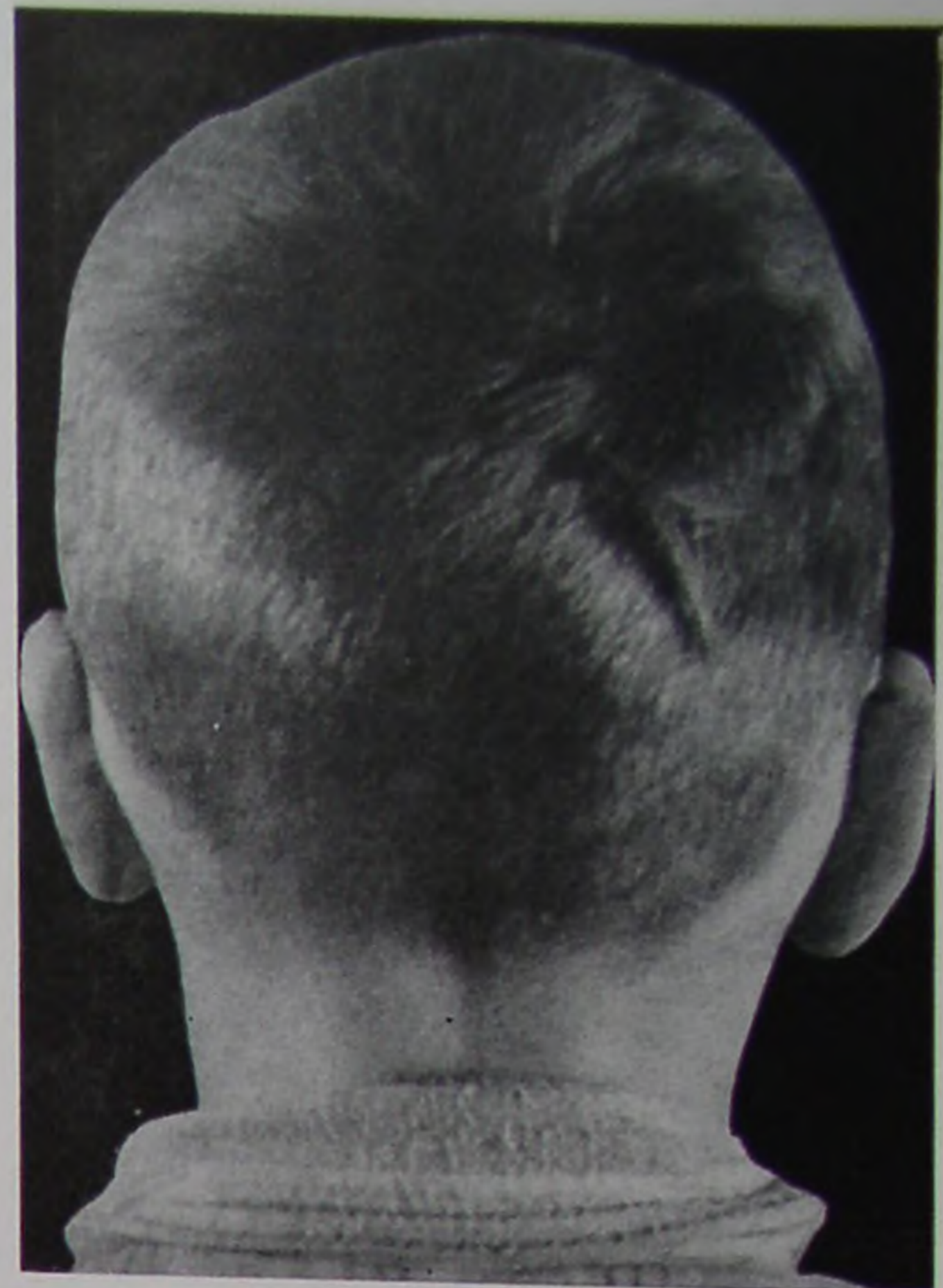




(4)



(5)

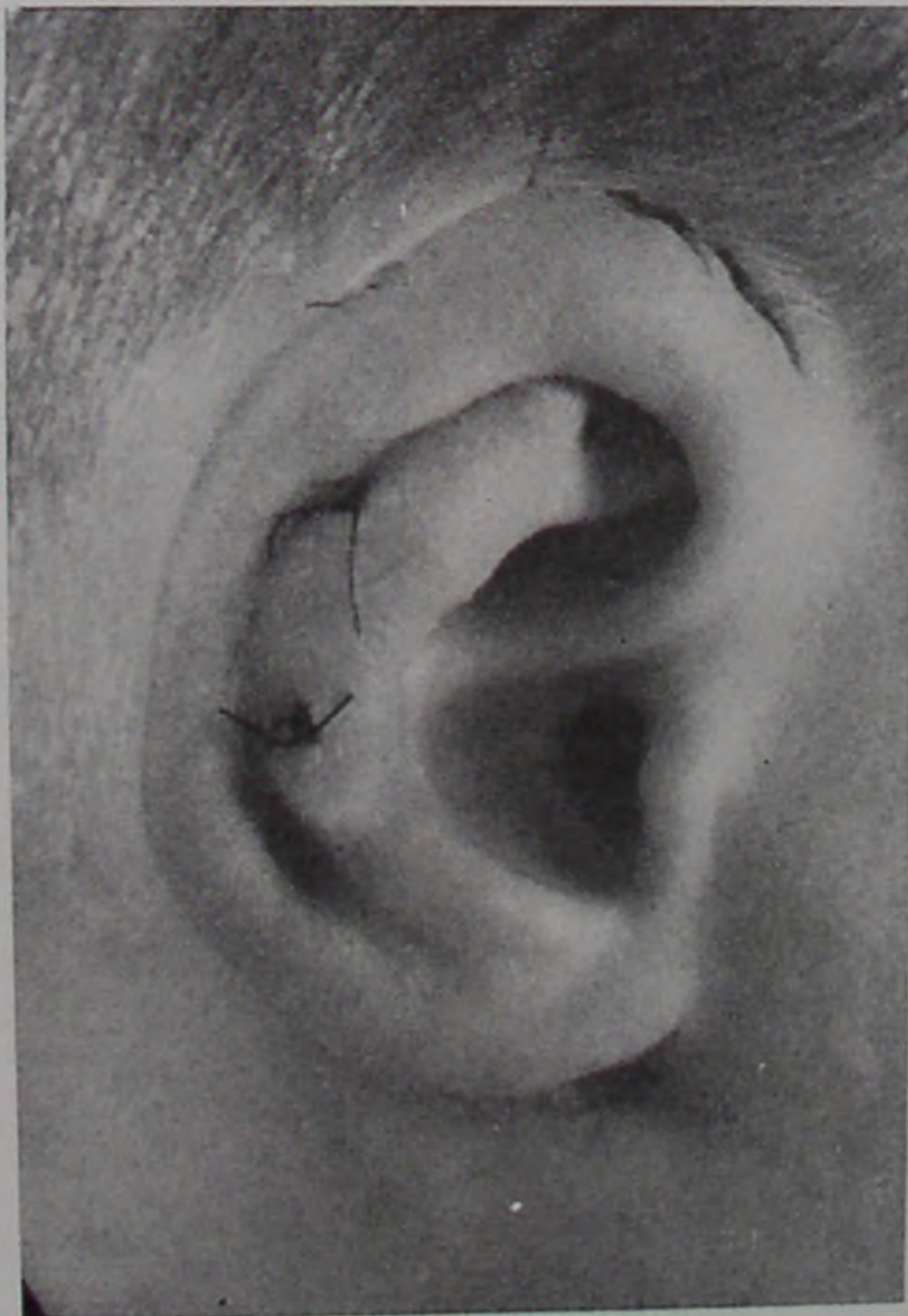


(6)

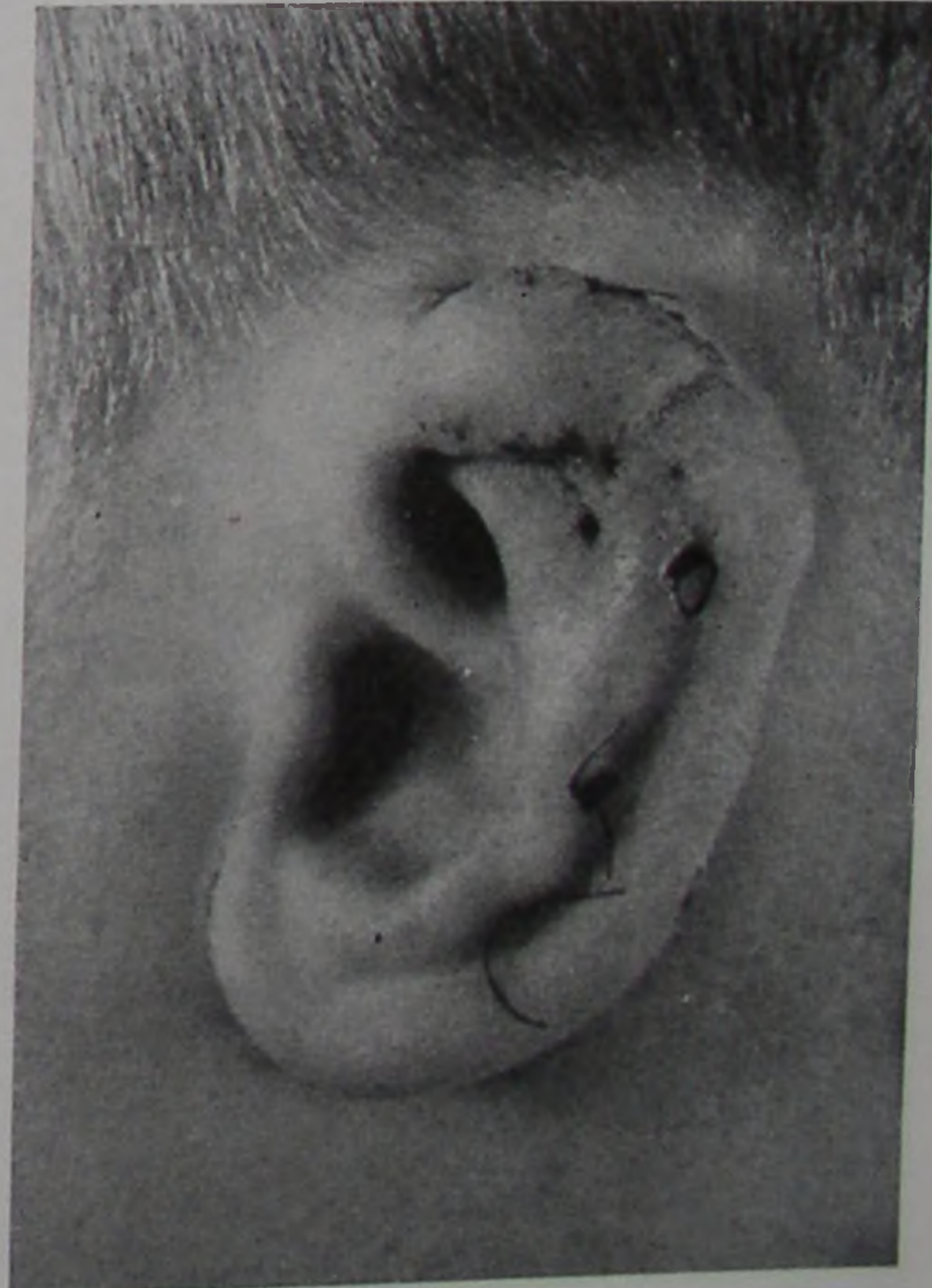
сглаженное углубление ушной раковины способствует тому, что она своей формой напоминает разливную ложку. — 5, 6. В первый этап операции произведена репозиция ушных раковин путем иссечения полосок хряща с их краев; произведена приблизитель-

ная коррекция противозавитков. — 7, 8. Дальнейшее формирование раковин — противозавитка и завитка. В местах формирования отдельных частей противозавитка наложены матрацные швы. Операцию произвел Ладислав Фаркаш.

(7)



(8)





(1)

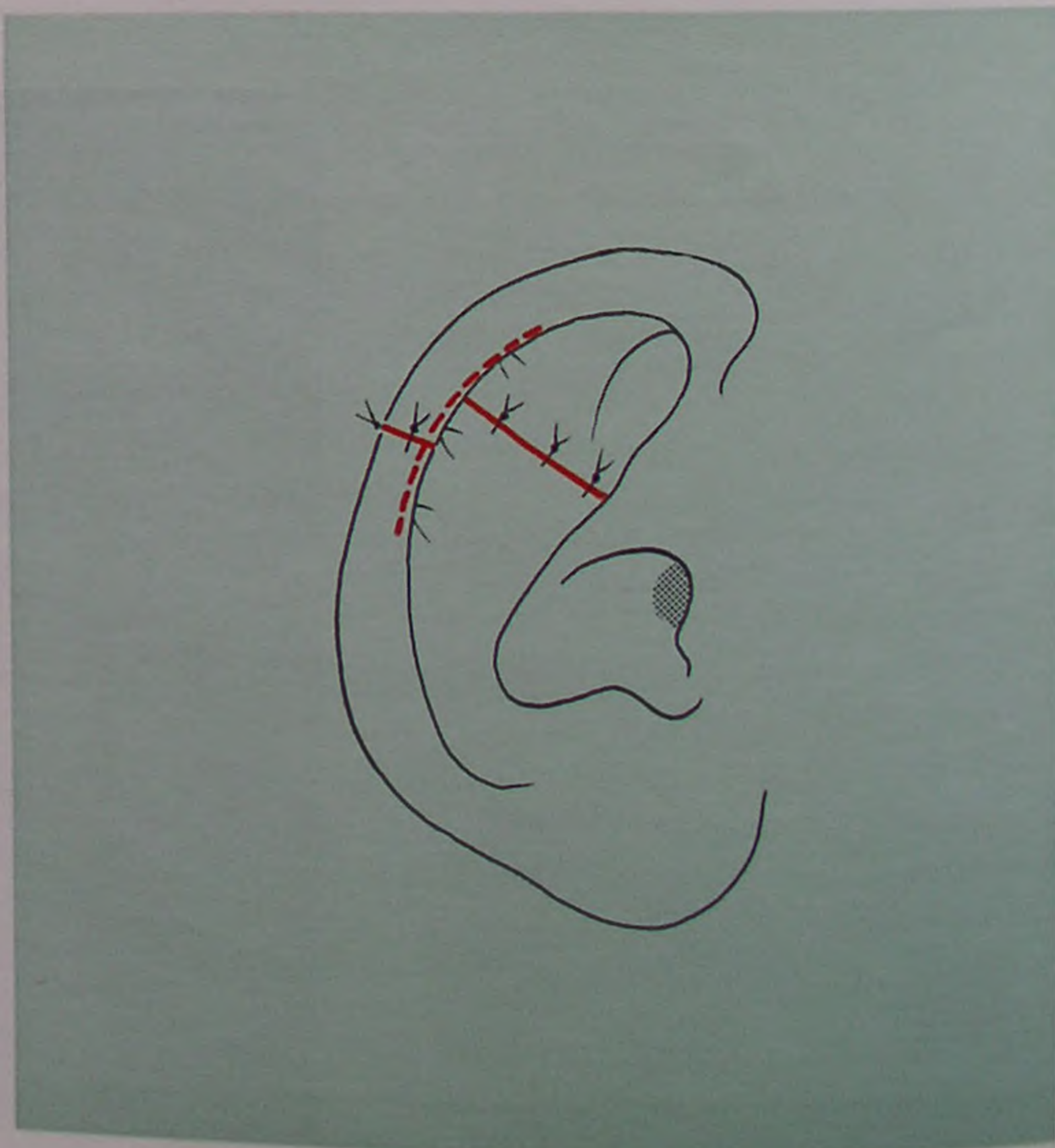
Р И С. 318.

Листообразная ушная раковина. 1. Сглаженный край завитка с аномальными очертаниями противозавитка. — 2. На краю ушной раковины делают сквозной разрез, расположенный сбоку от перелома противозавитка и производят иссечение всего сглаженного края завитка. В области хрящевых выступов производят всю толщину ушной раковины клиновидное иссечение. Из отлогого края завитка иссекают полоску, ширина которой равна ширине клиновидного иссечения. — 3. Шов, наложенный на ушную раковину, не совпадает с линией шва, наложенной рану после клиновидного иссечения. В результате этого при заживании рубца не наступает втягивания края ушной раковины.

(2)

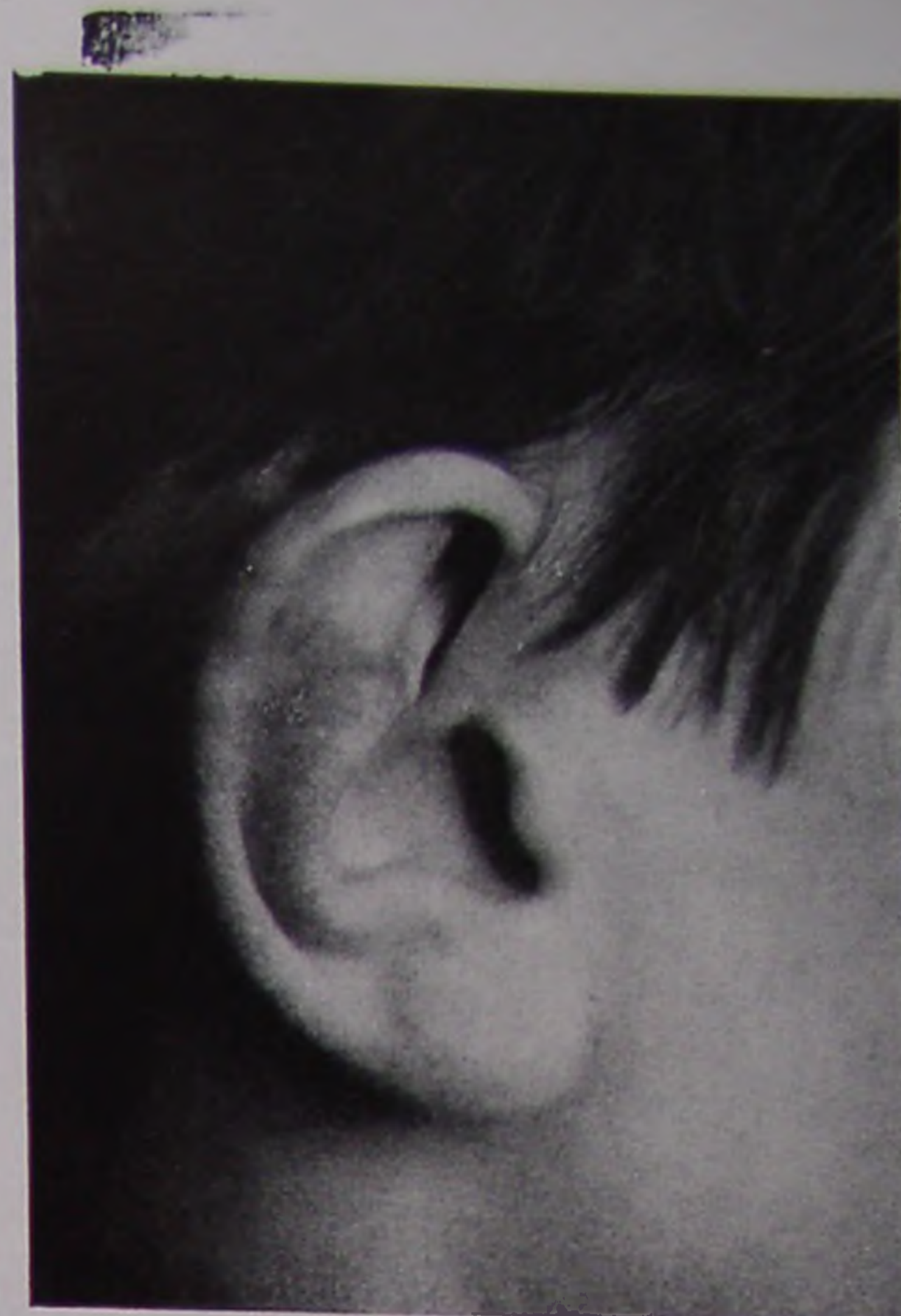


(3)





(4)



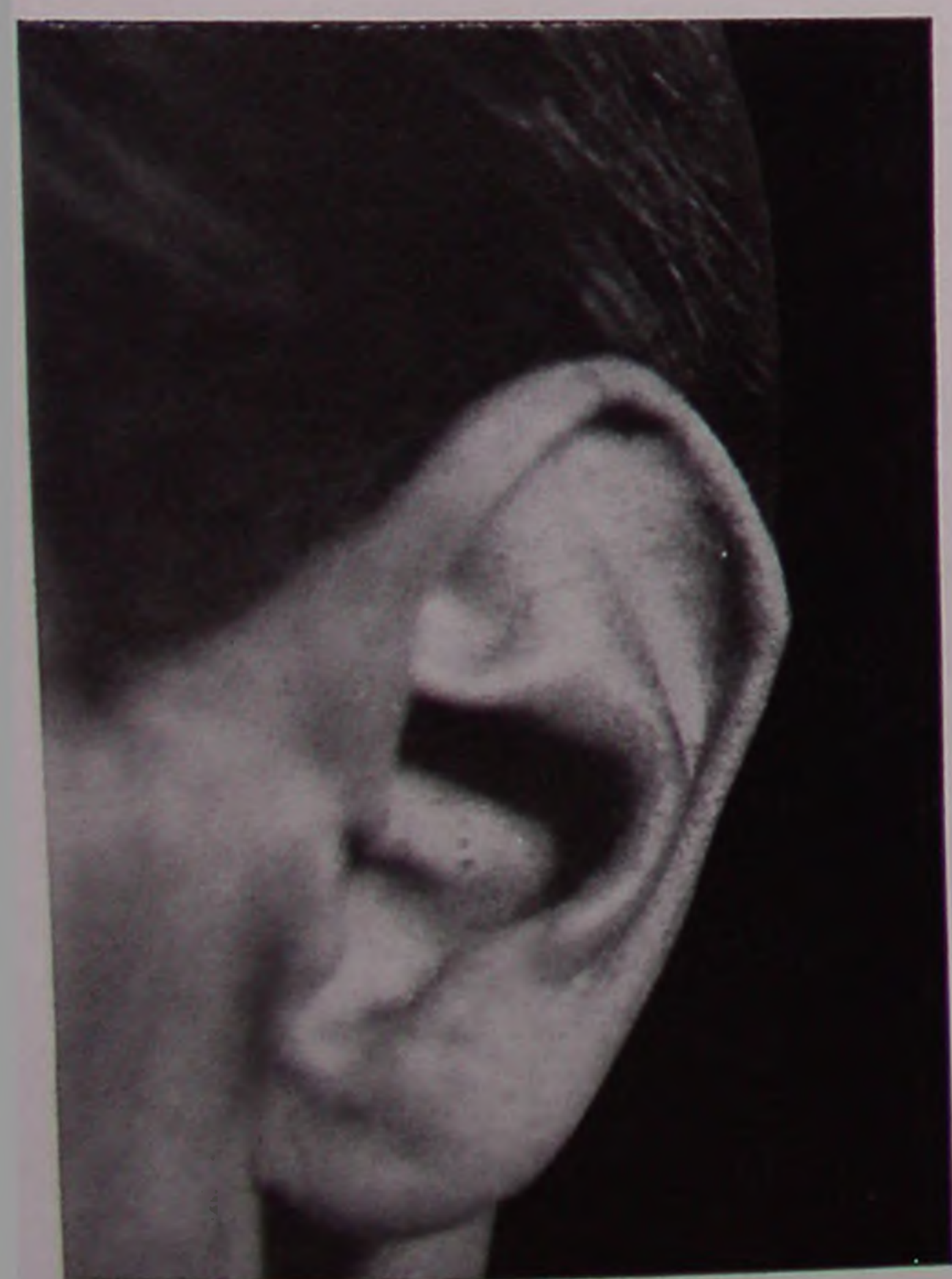
(5)

— 4. Деталь пришивания нового края завитка. — 5. Больная после окончания лечения.

Р И С. 319.

Сглаженный край завитка. Больной Б. Ц., 40 лет, история болезни № 3298. 1. Край завитка, выступающий кзади в виде

тупого угла, частично сглажен; на хряще ножки завитка выявляются некоторые неправильности. — 2, 3, 4, 5. Схемы ука-



(1)



(2)



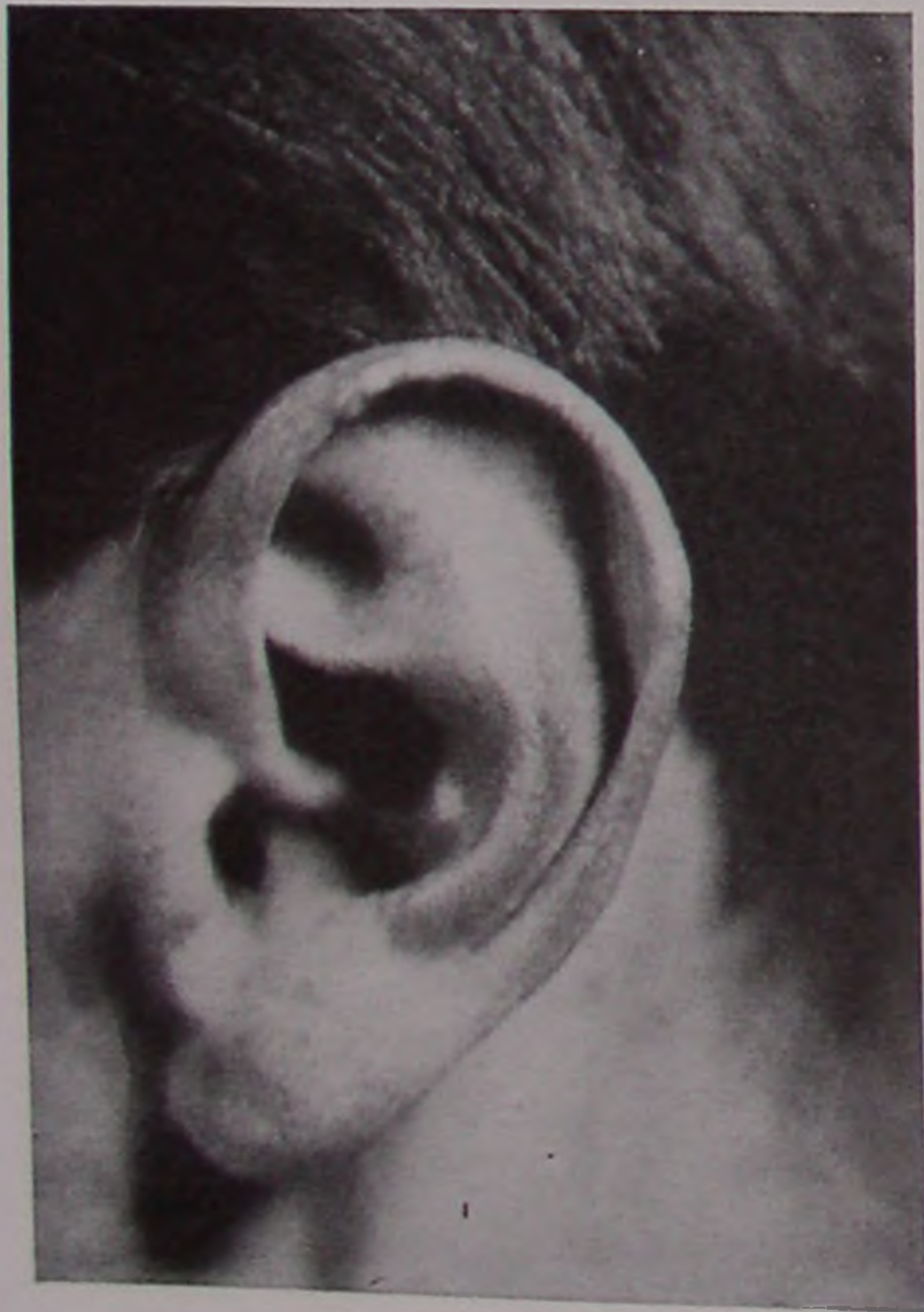
(3)



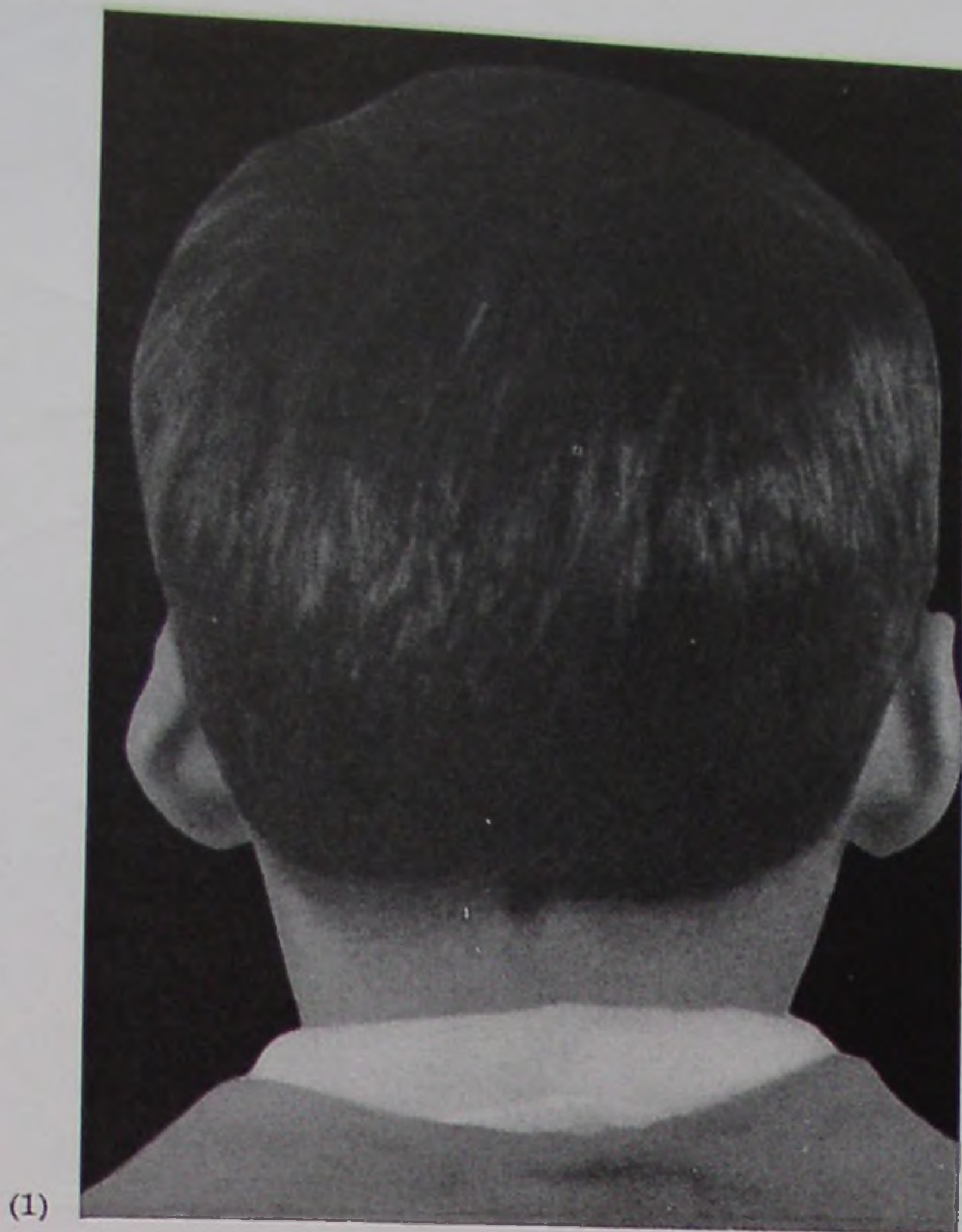
(4)

(5)

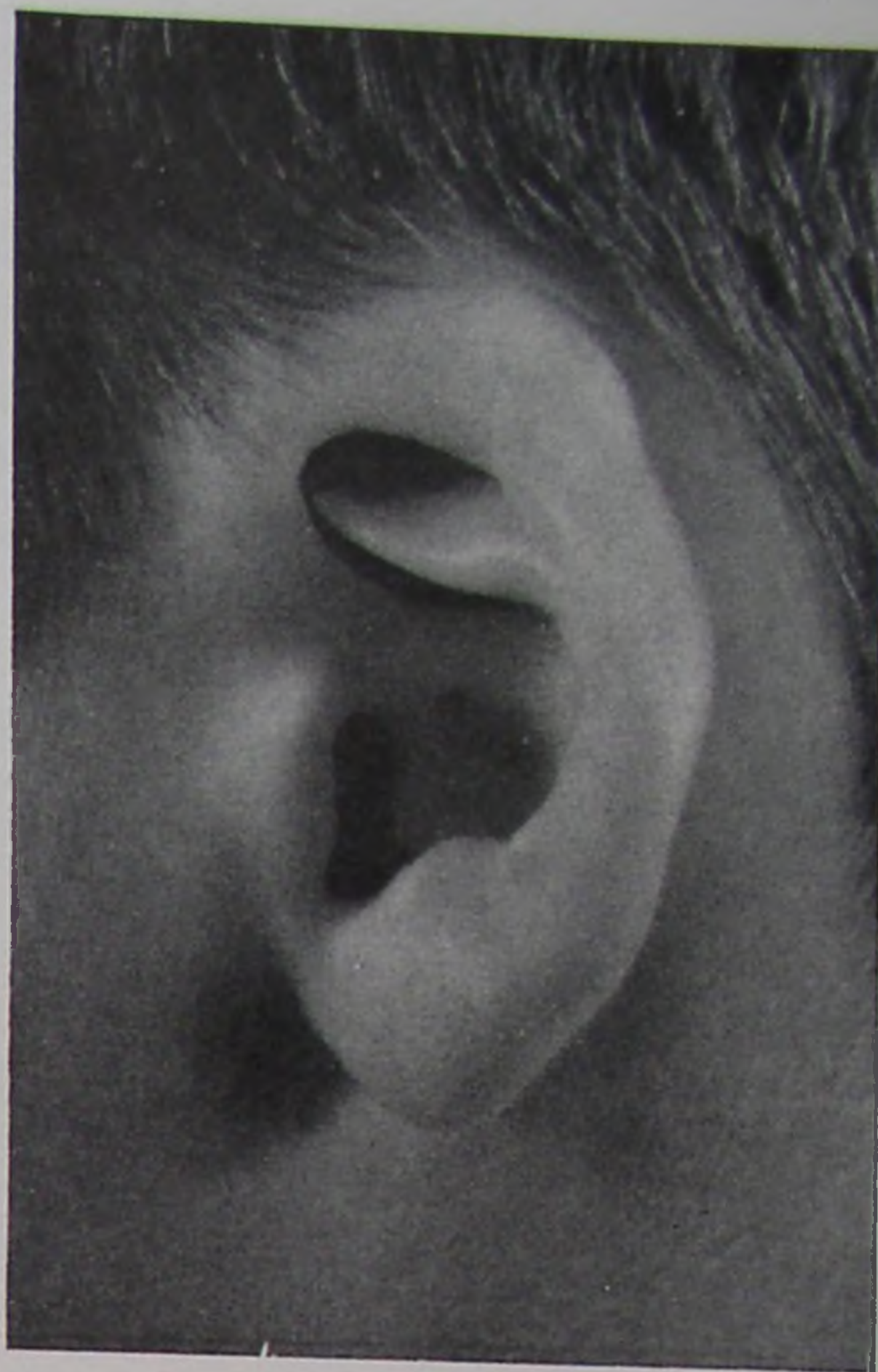
(6)



зывают способ коррекции края завитка. Произведено иссечение поперечного хрящевого вала ушной раковины и коррекция ножки завитка. — 6. Больной после окончания лечения. Операцию произвел Вацлав Карфик.



(1)



(2)

(3)

(4)

(5)

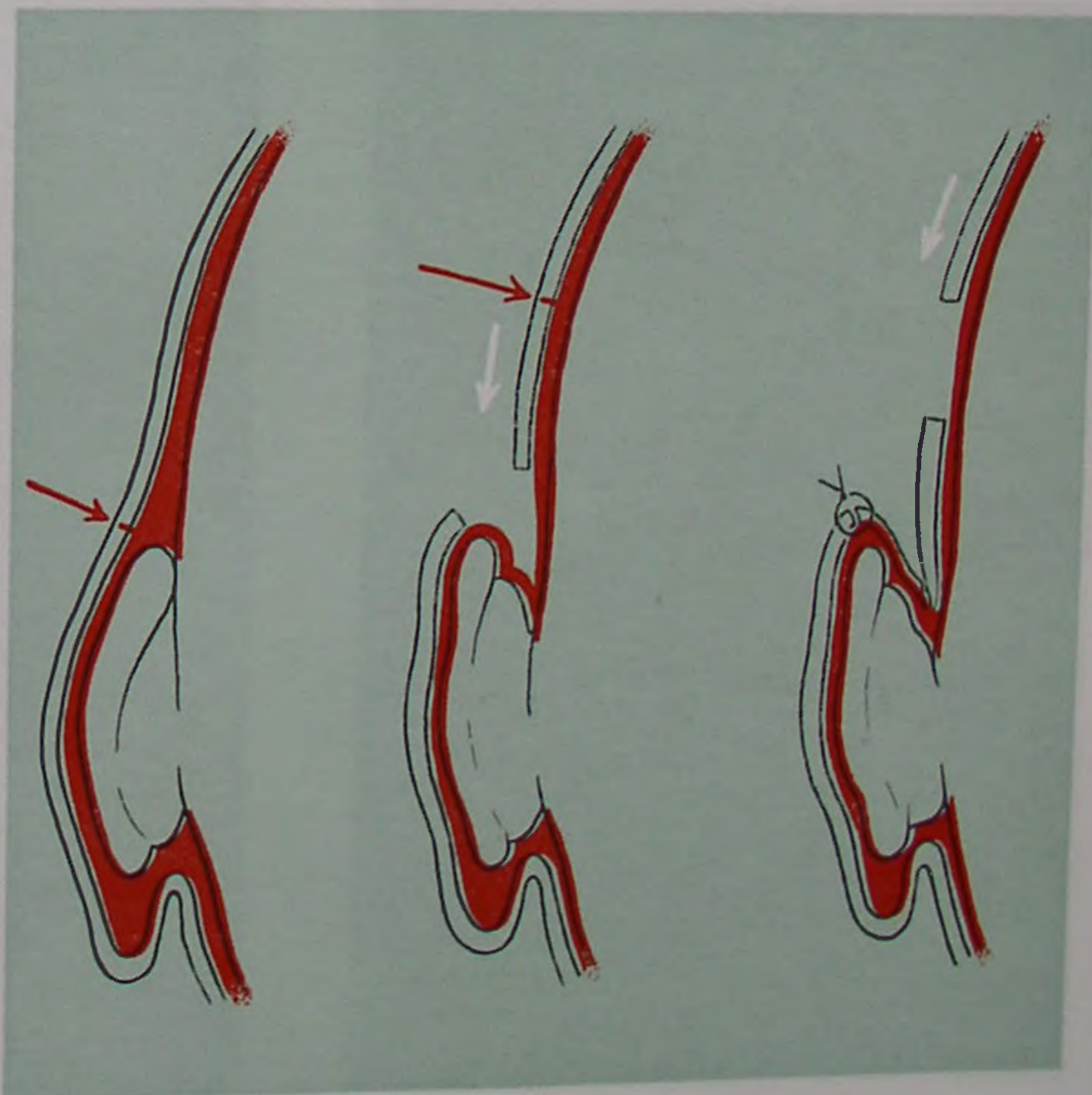


РИС. 320.

Погруженная ушная раковина. Больной М. К., 5 лет, история болезни № 52 288. 1. Верхние половины обеих ушных раковин, особенно левая, тесно прилегают к черепу, в то время как средние части раковин оттопырены. — 2. Верхний край левой ушной раковины погружен под кожу височной области. Очертания рельефа ушной раковины неправильны. Край завитка средней части раковины и козелка как бы сжаты вокруг центральной части. Противозавиток проходит в виде толстого валообразного утолщения от заднего края почти в горизонтальном направлении кпереди; под этим утолщением расположена вторая аналогичная складка, образованная ножкой завитка. — 3. Схематическое изображение расположения хрящевого остова под кожей, переходящей с виска на ушную раковину; указано место разреза в области этого перехода кожи. — 4. Верхнюю часть ушной раковины отделяют от черепа. Над основанием ушной раковины возник кожный дефект, равно как и на задней стороне ушной раковины. Намечены разрезы для выкраивания лоскута волосистой кожи, который будет смещен книзу. — 5. Зарисовка серповидного лоскута, над которым произведены вспомогательные кли-



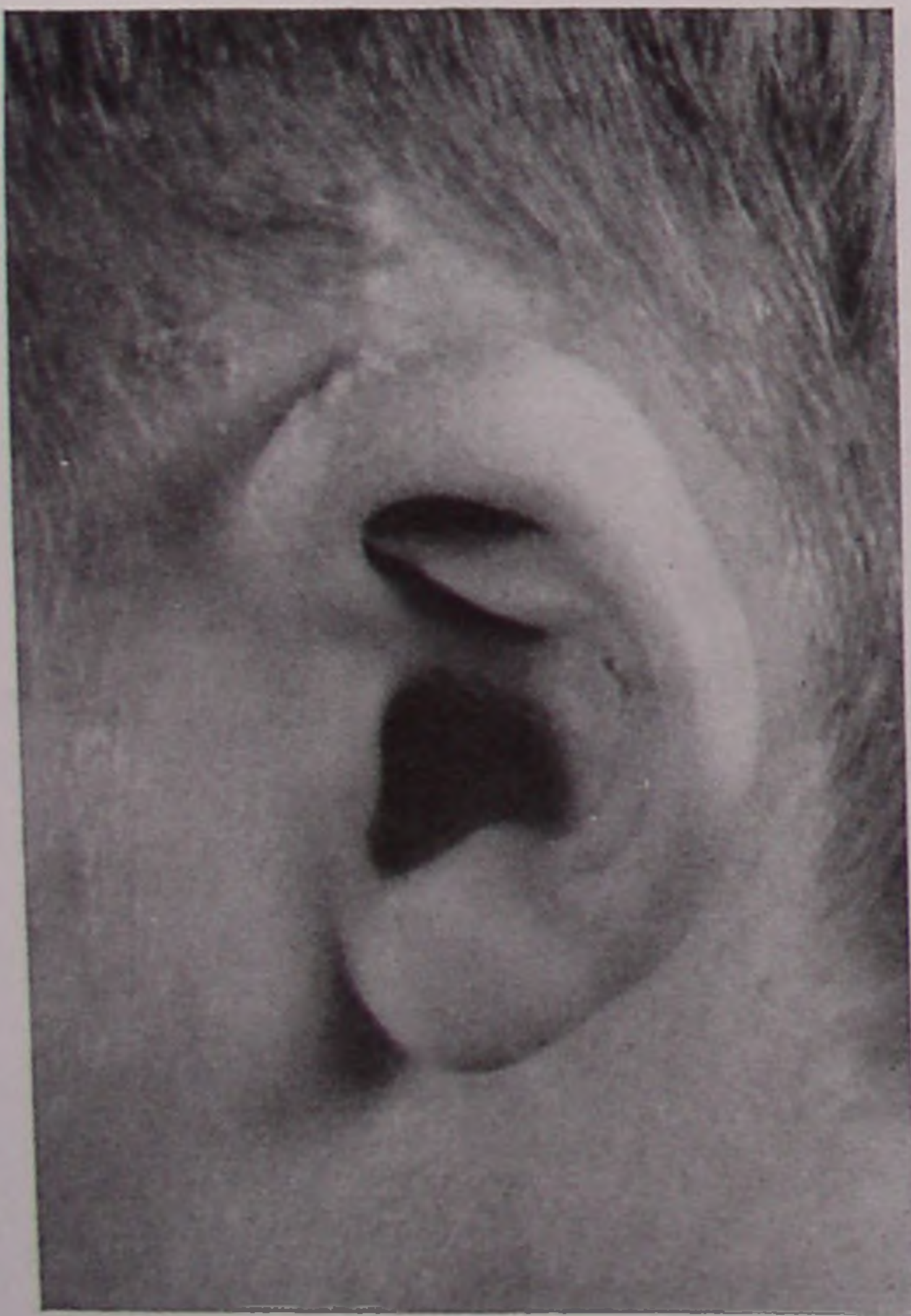
(6)

новидные иссечения. — 6. На рисунке представлен разрез лоскута волосистой кожи, смещенного к основанию ушной раковины. На обнаженную часть внутренней поверхности ушной раковины пересажен свободный кожный лоскут. — 7. Лоскут волосистой кожи

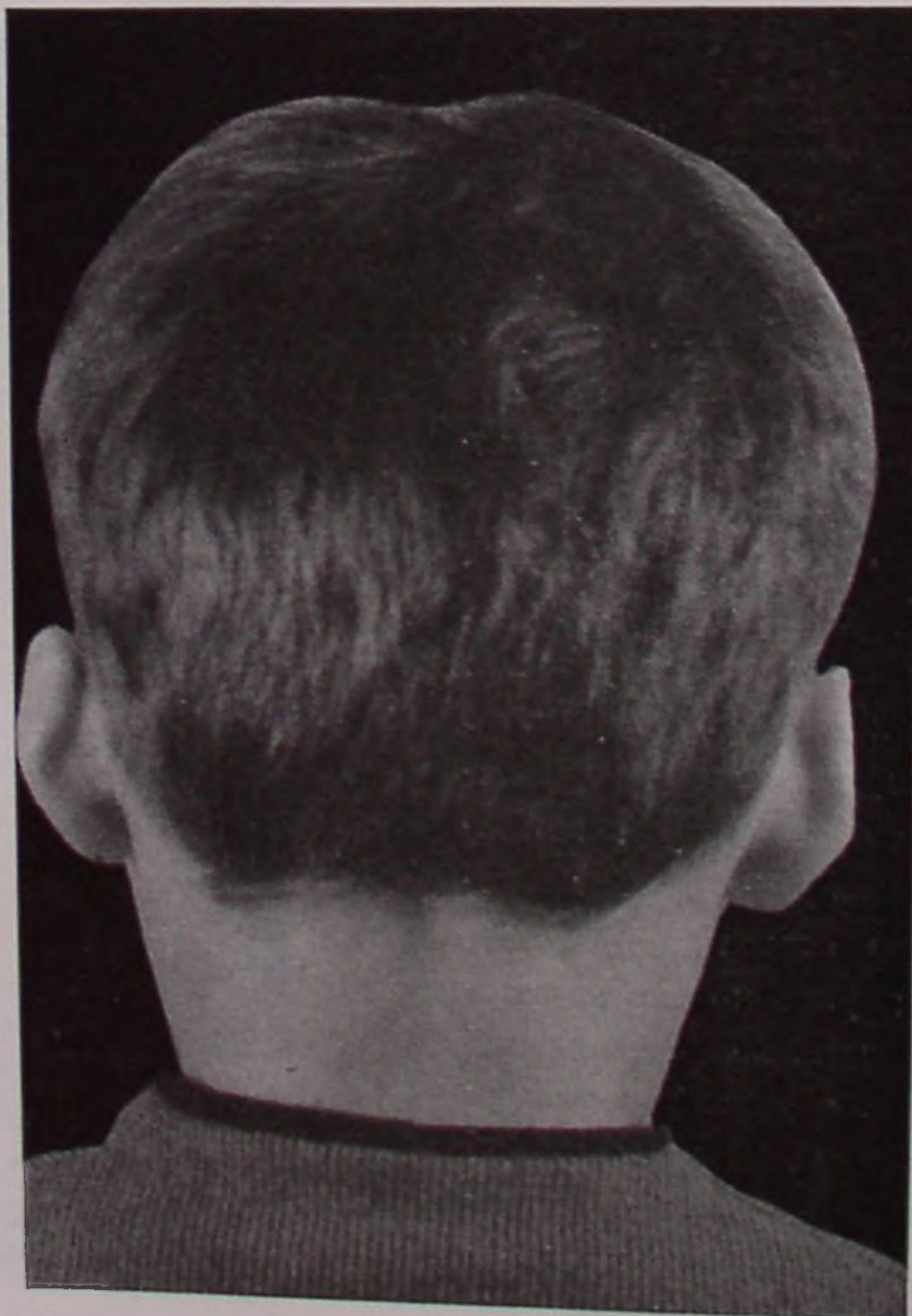


(7)

подсажен к ране и фиксируется в новом положении швами. — 8, 9. Больной после излечения. В будущем потребуется произвести коррекцию средней части ушной раковины и рельефа ее передней поверхности.



(8)



(9)



(1)



(2)



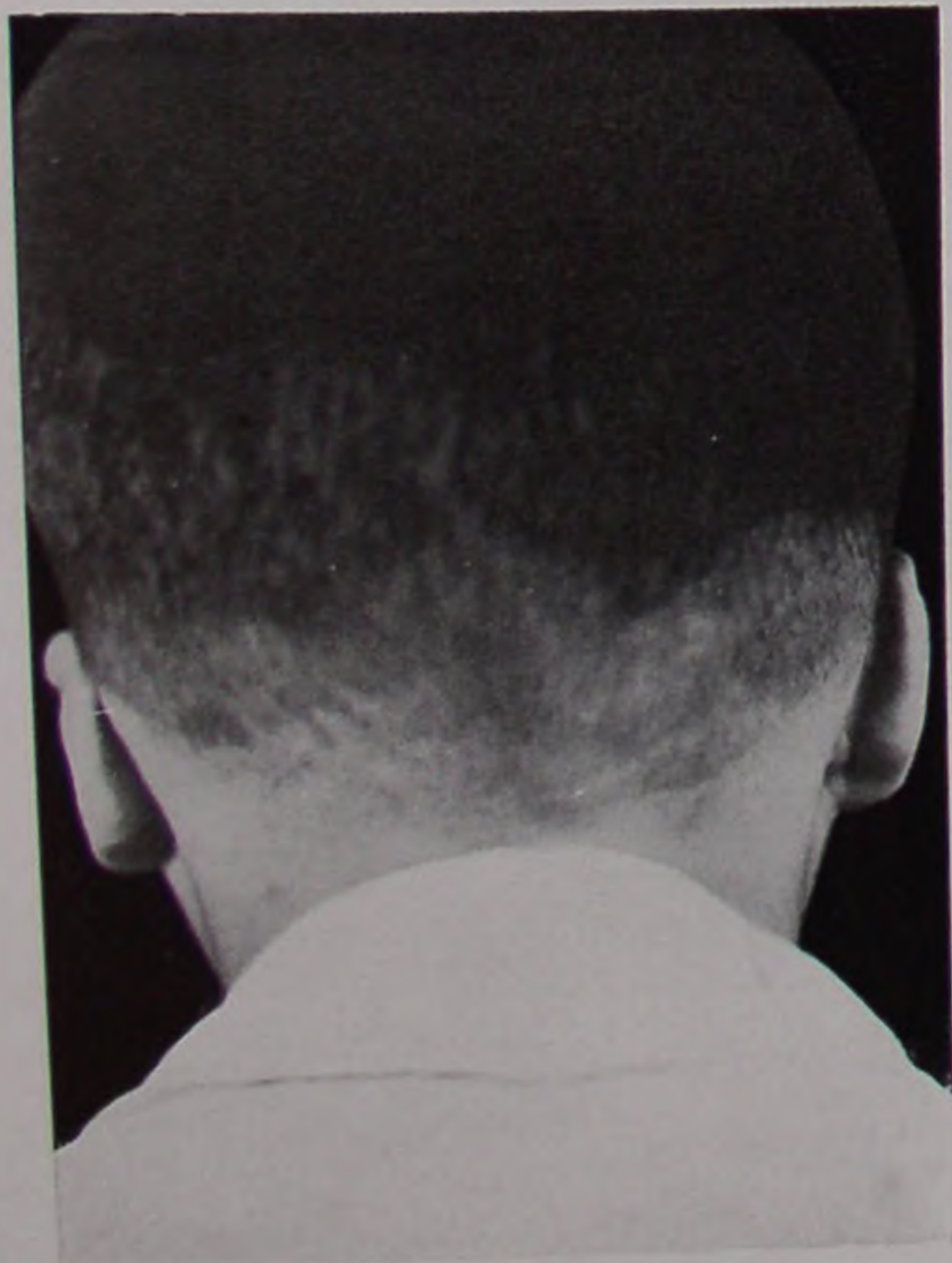
(3)

Р И С. 321.

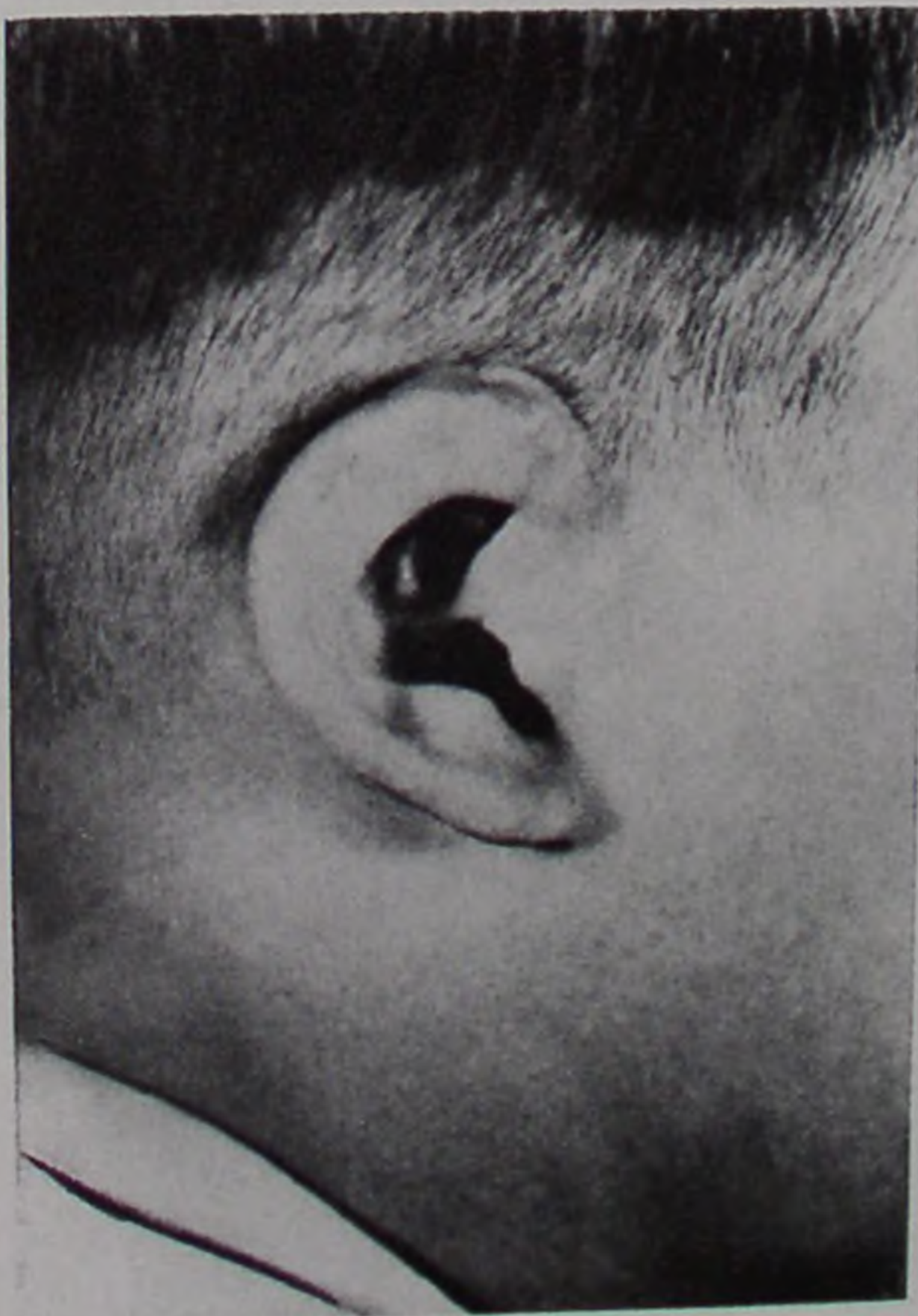
Другой случай погруженных ушных раковин. Больной И. Д., 9 лет, история болезни № 1505. 1, 2. Значительная деформация обеих ушных раковин, примерно того же типа, что и у предыдущего больного. Гипертрофия средних отделов ушных раковин, которые в этой области довольно сильно оттопырены. — 3, 4.

Больной после операции, при которой одновременно с освобождением ушных раковин, свободной пересадкой кожных лоскутов на возникшие на задней стороне раковин раневые поверхности и подсадкой выкроенных из височной области кожных лоскутов произведено с обеих сторон уменьшение самих раковин. — 5, 6. Оставшаяся после операции деформация рельефа передних (наружных) поверхностей ушных раковин столь же сложна, как и у предыдущего больного.

(4)



(5)

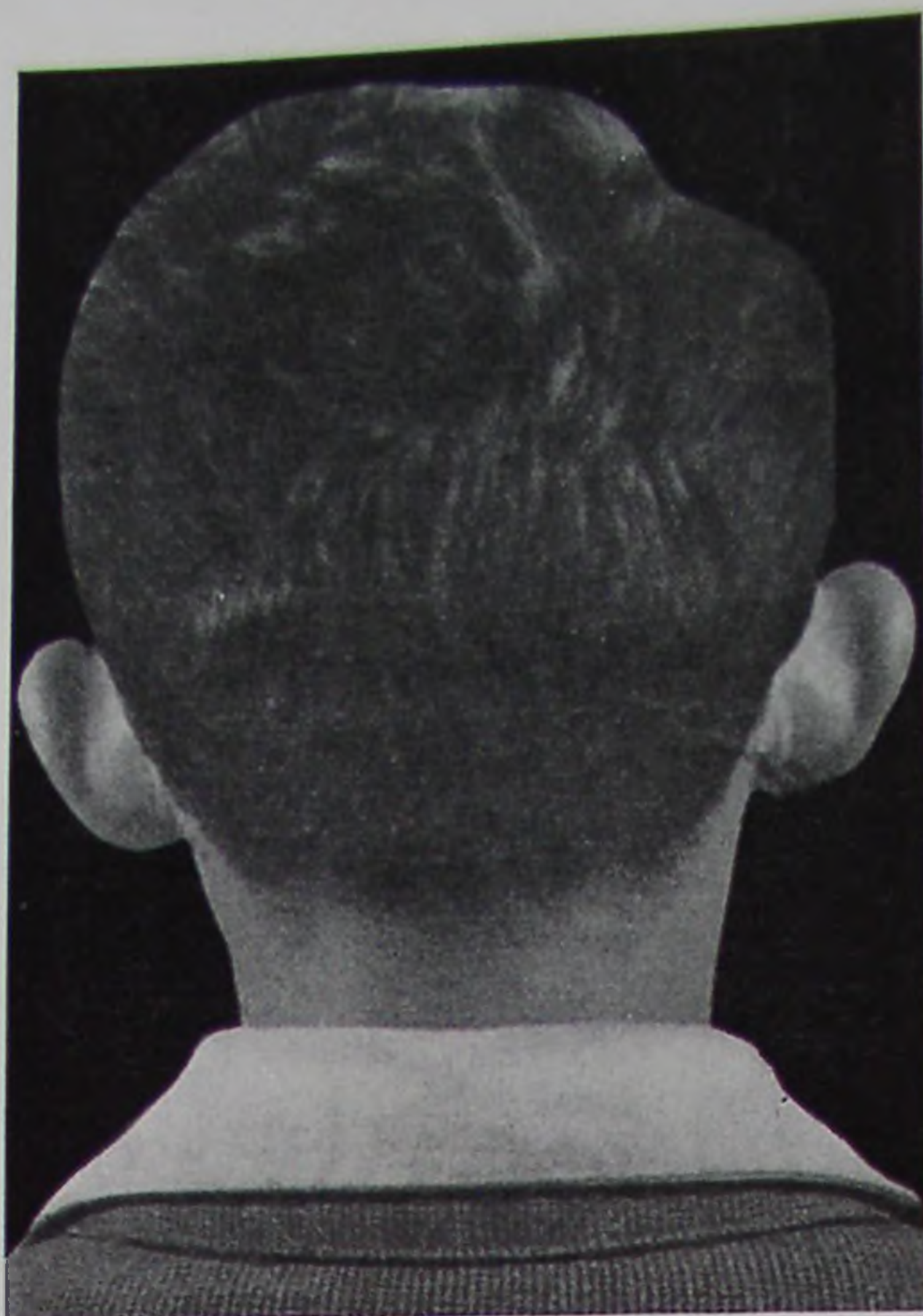


(6)





(1)

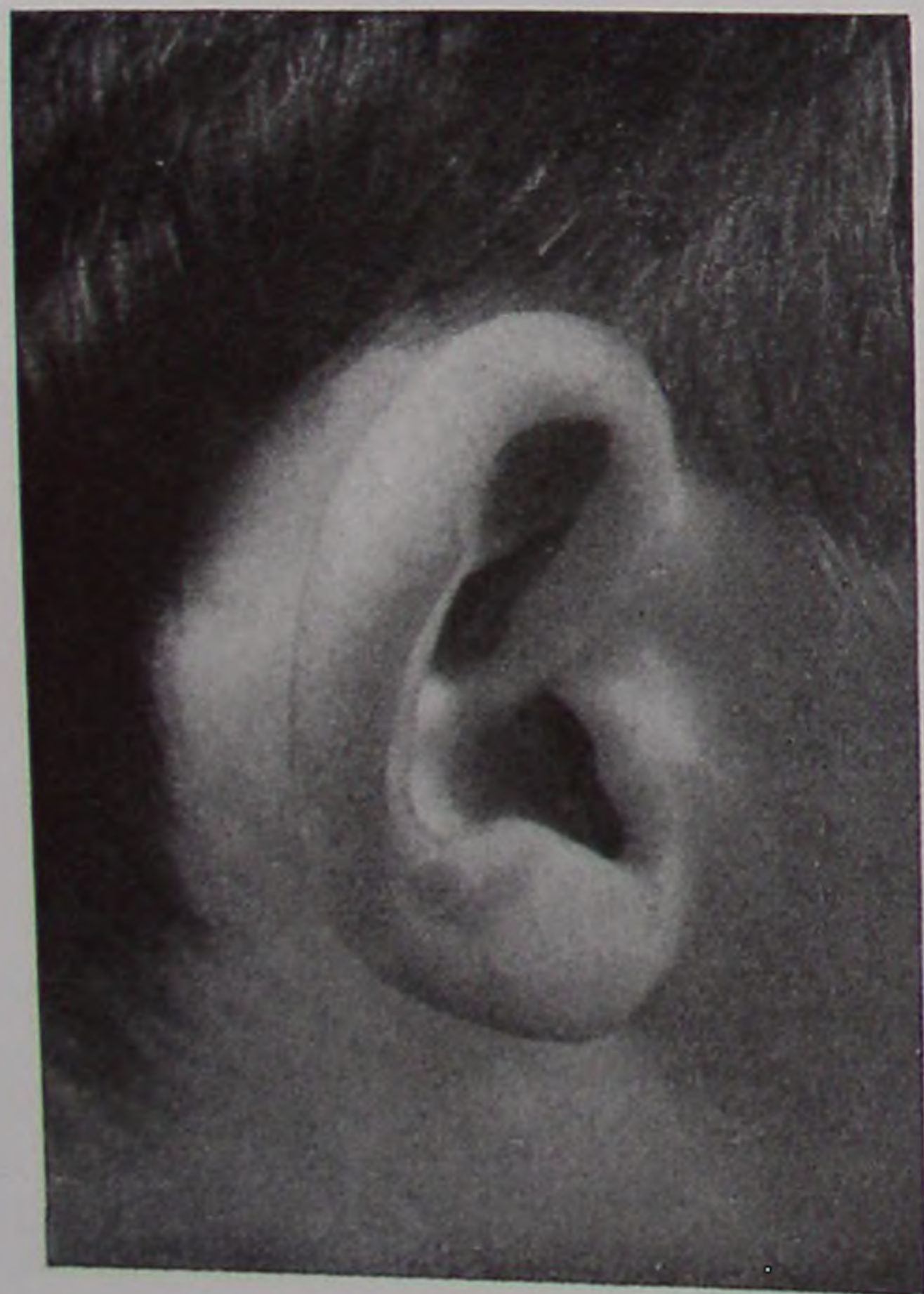


(2)

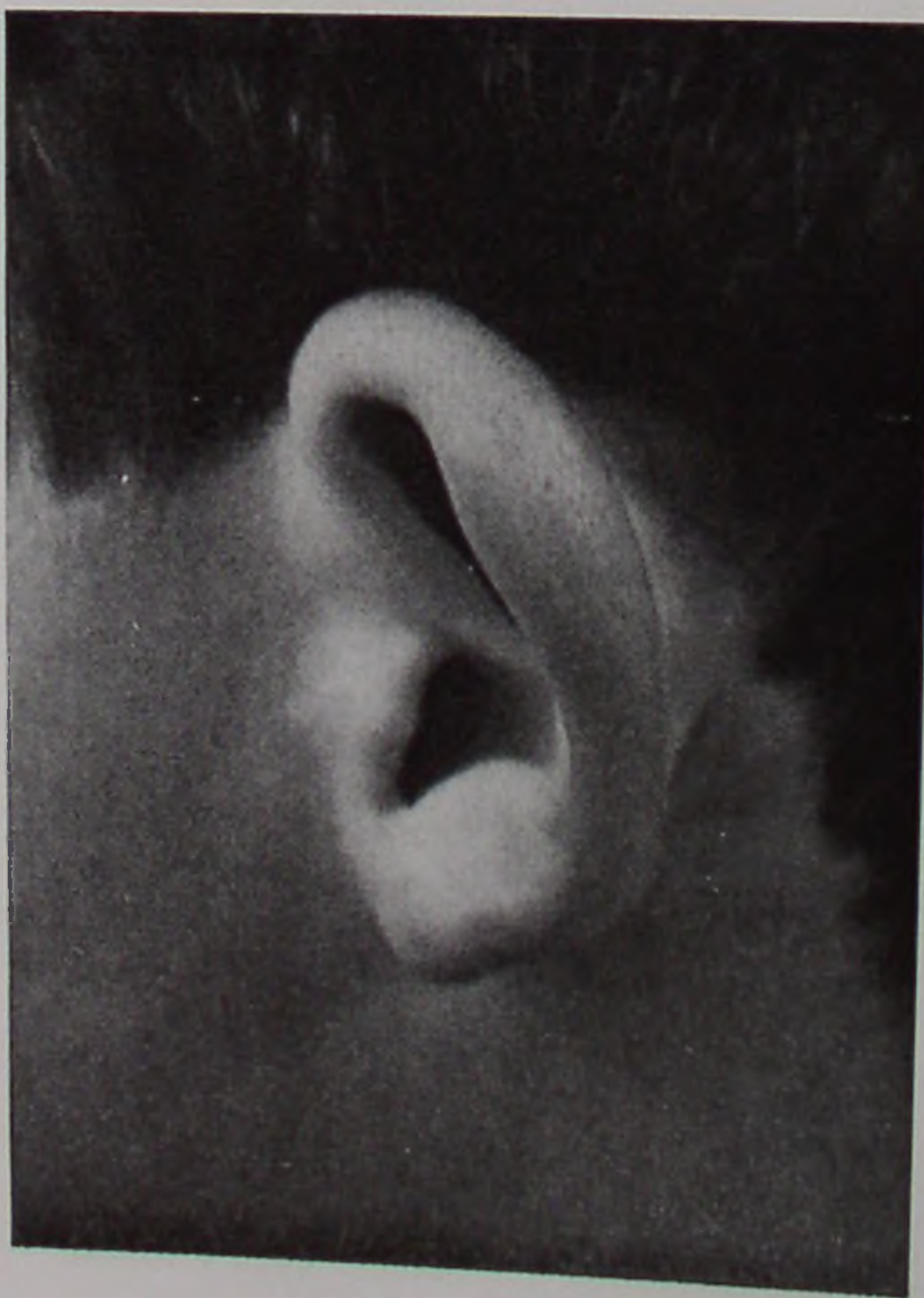
Р И С. 322.

Торчащие уши. Больной И. Т., 15 лет, история болезни № 48 087. 1—4. Несимметричные, торчащие, довольно бесформенные уши. Произведены иссечения веретенообразных лент кожи во всю длину задней поверхности ушных раковин и серповидные иссечения хряща в области задних краев ушных раковин. По ходу

(3)



(4)





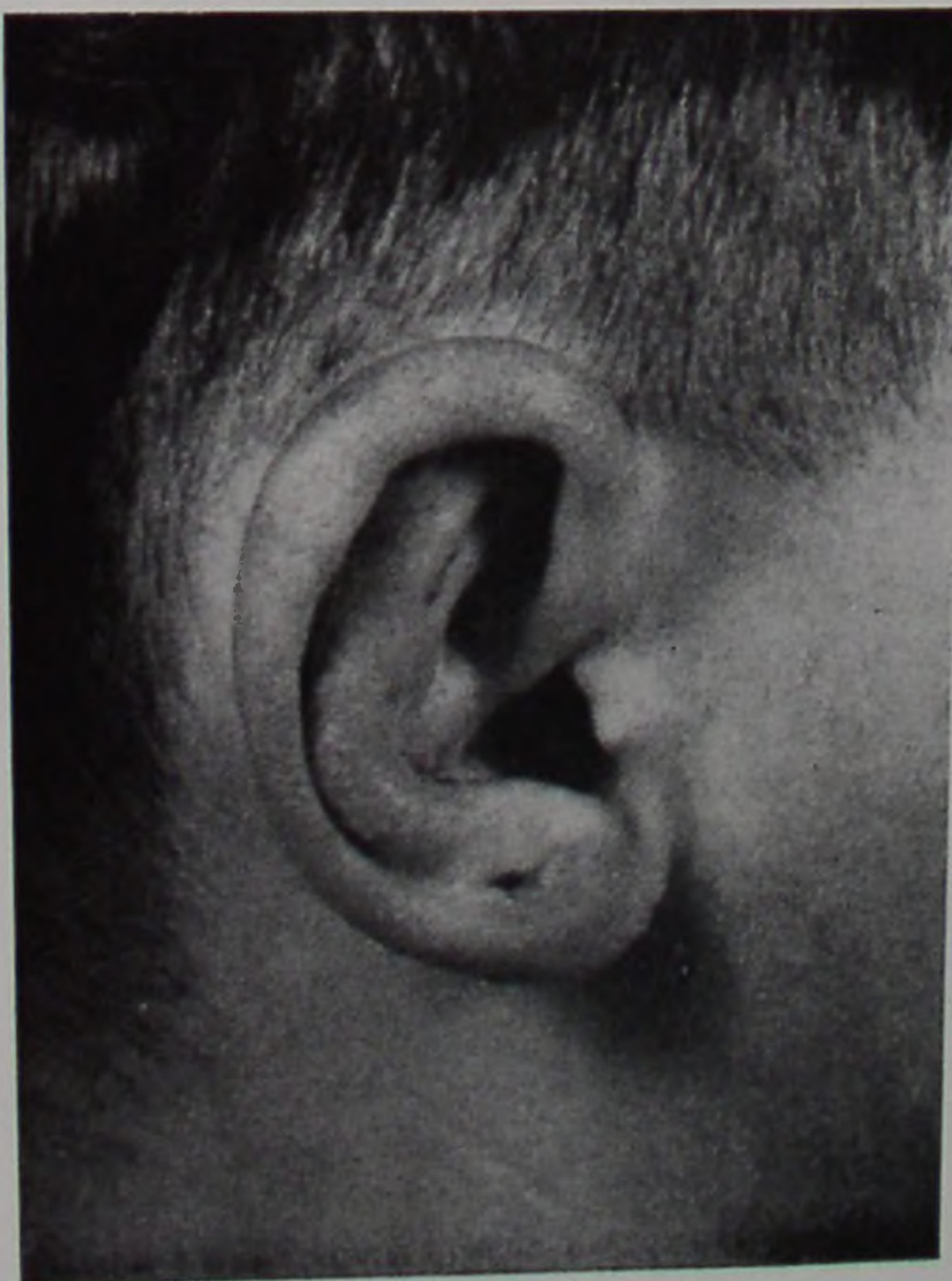
(5)



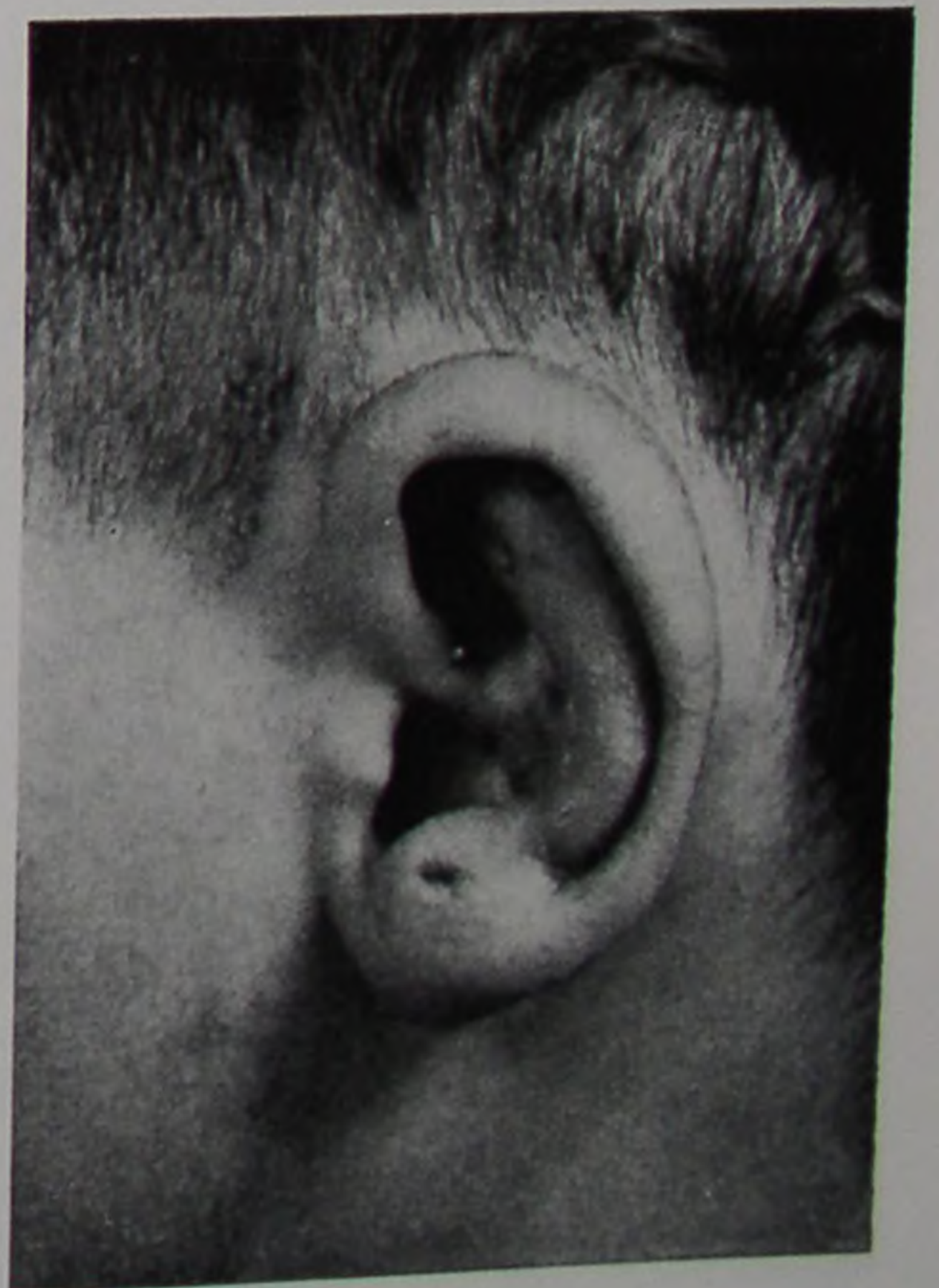
(6)

противозавитка на задней поверхности хряща произведен ряд параллельных надрезов, доходящих до передней надхрящницы. Произведена коррекция формы противозавитков при помощи матрацных швов. — 5—8. Больной после излечения. Операцию произвел Мирослав Кучера.

(7)

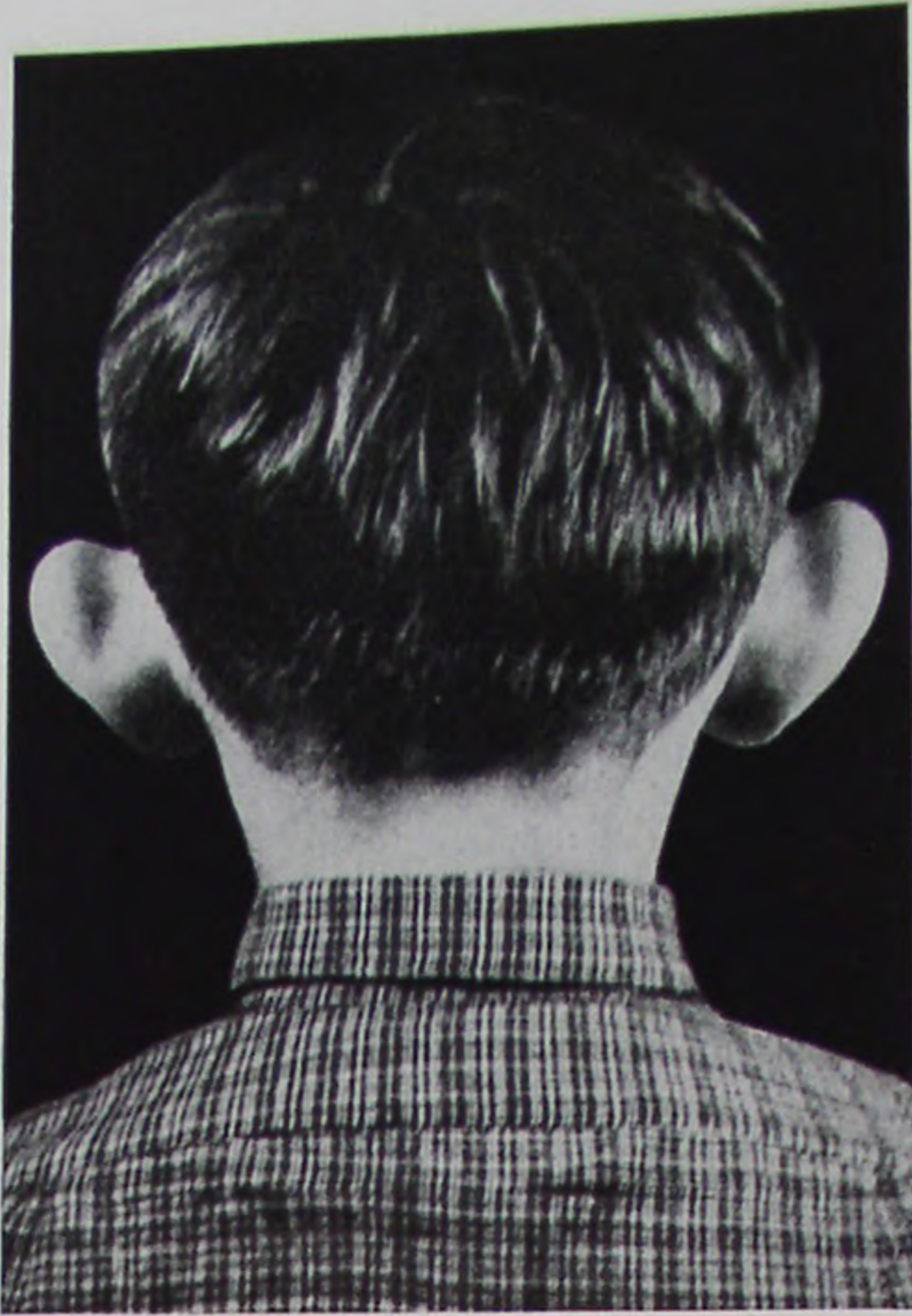


(8)





(1)



(2)

Р И

Большие торчащие ушные раковины. Больной Ф. П., 5
рия болезни № 36 952. 1, 2. Большие, очень сильно
ушные раковины. — 3, 4. Вид после отсечения края у
ковины и коррекции противозавитка. — 5, 6. Резуль
рекции противозавитка на правом и левом ухе не один

(3)

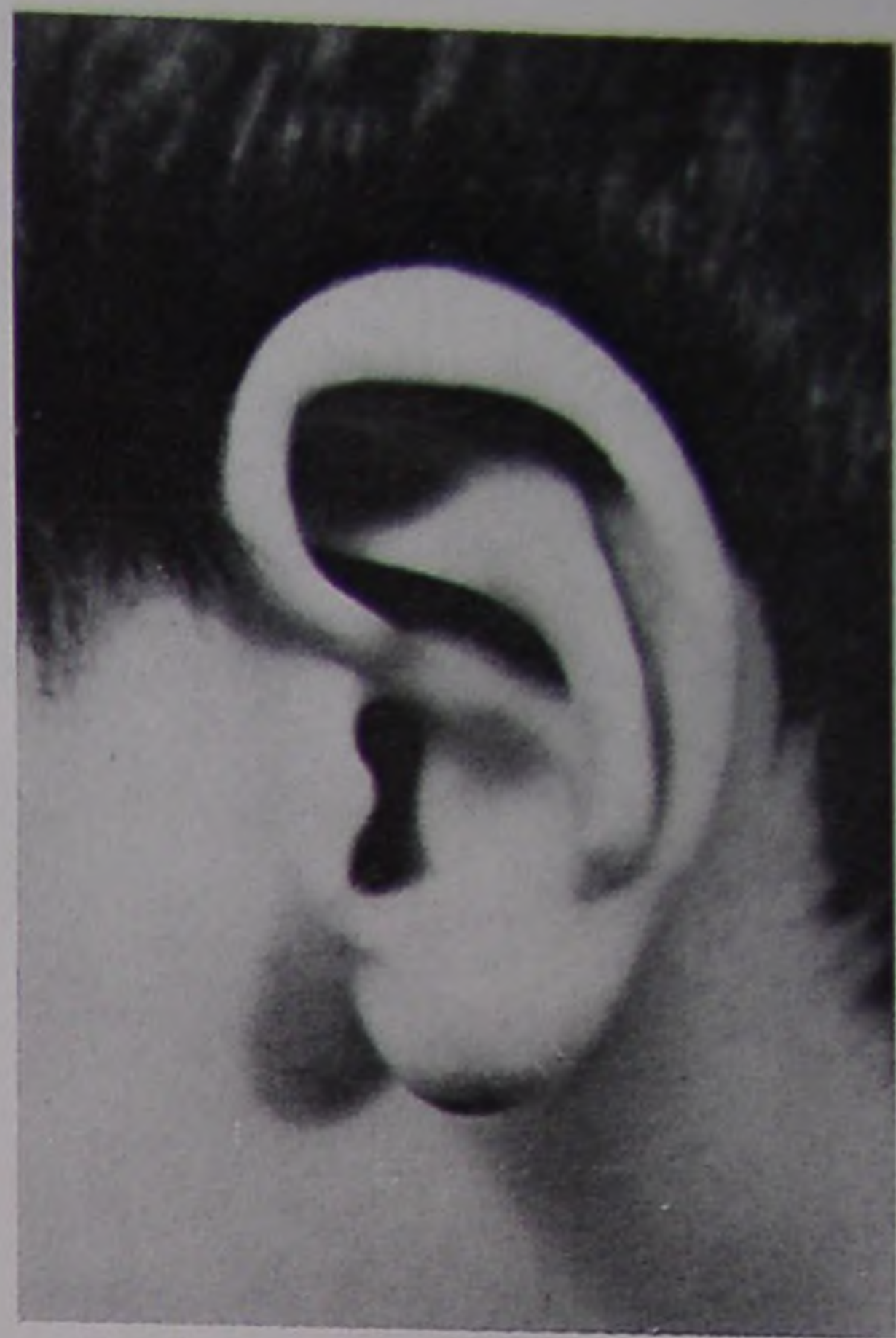


(4)





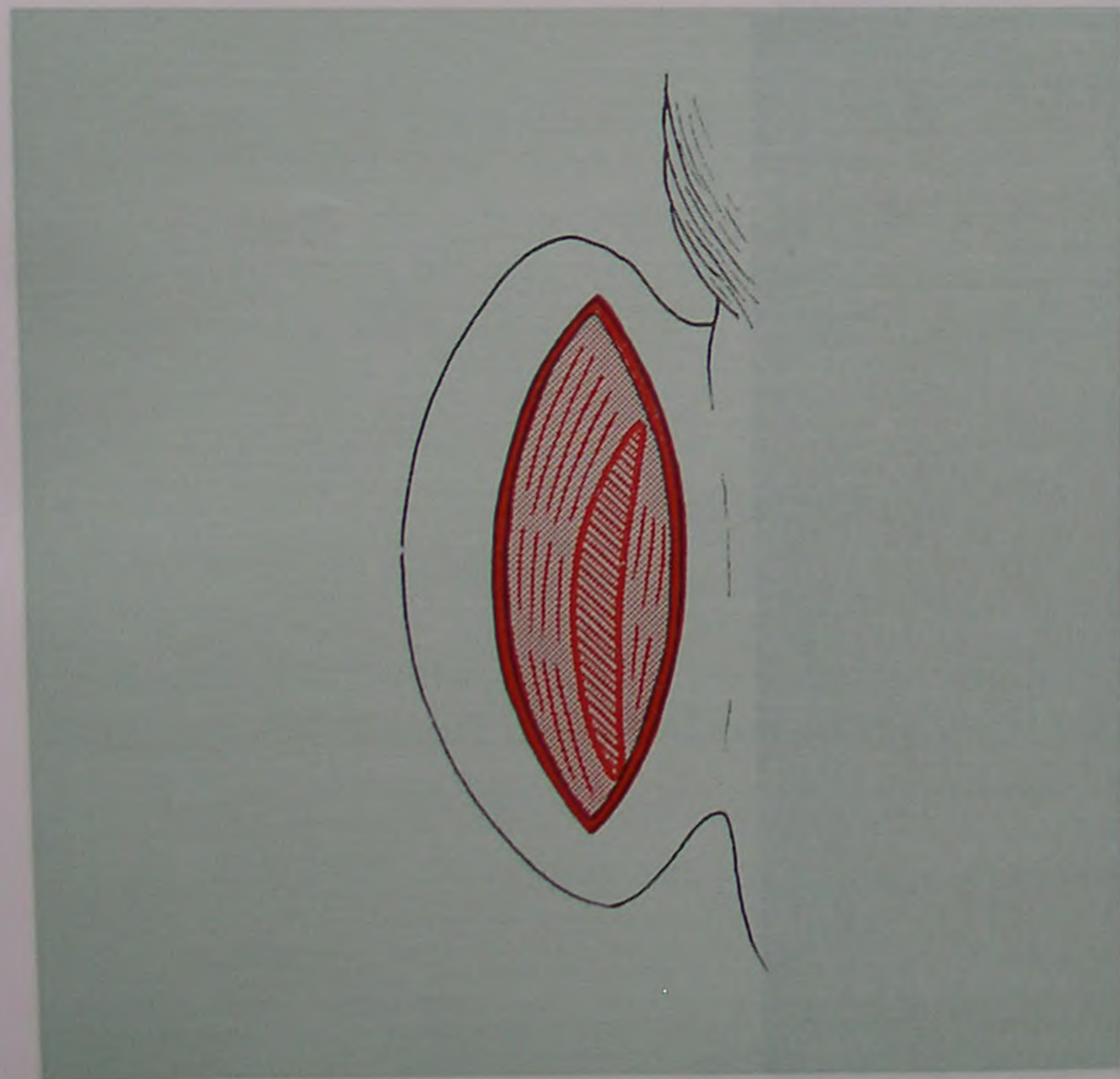
(5)



(6)

7. Схематическое изображение иссечения кожного лоскута на задней поверхности ушной раковины. Серповидное иссечение хряща и смягчение хряща противозавитка путем нанесения продольных надрезов. — 8. Матрачные швы, концы которых завязывают на резиновых полосках, позволяют сформировать про-

(7)



(8)





(9) тивозавиток и его две ножки. — 9. Концы матрацных швов формирующих противозавиток, могут быть завязаны на дренажи.

Р И С. 324.

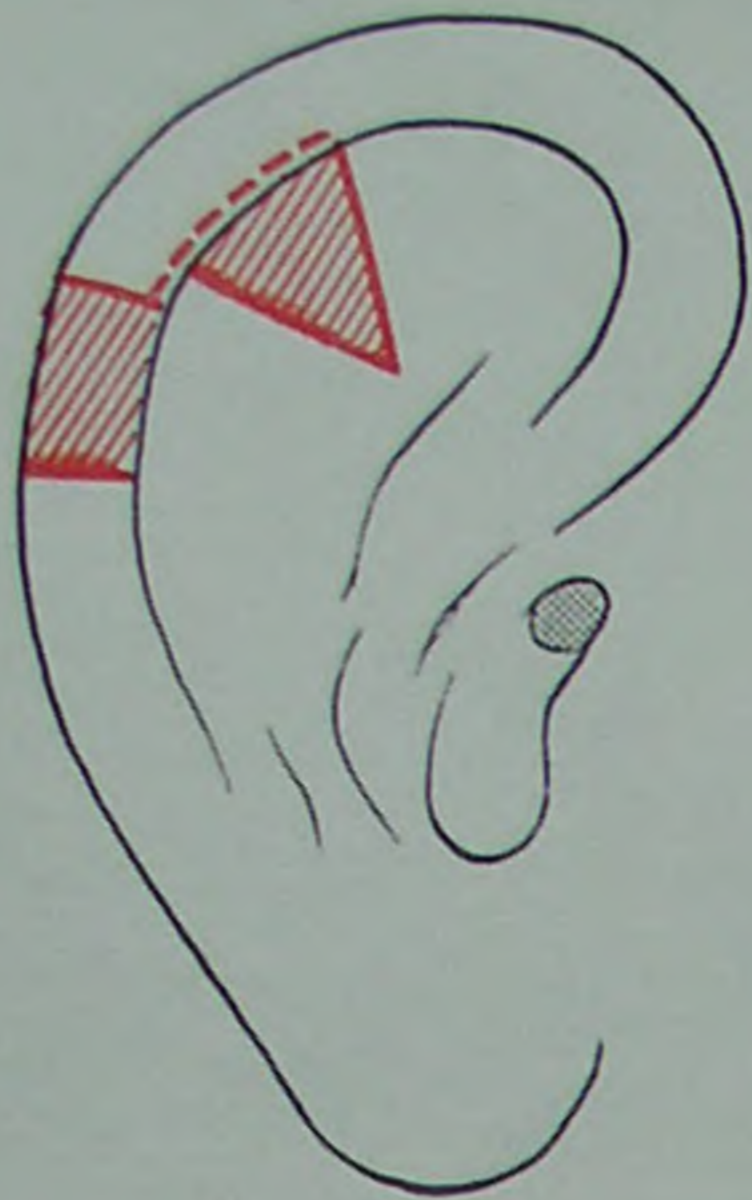
Большие, несимметричные торчащие ушные раковины. Больной В. Ш., 15 лет, история болезни № 42 667. 1, 2. По поводу торчащих ушных раковин произведена типичная операция, дополненная резекцией хрящевого края ушной раковины и коррекцией



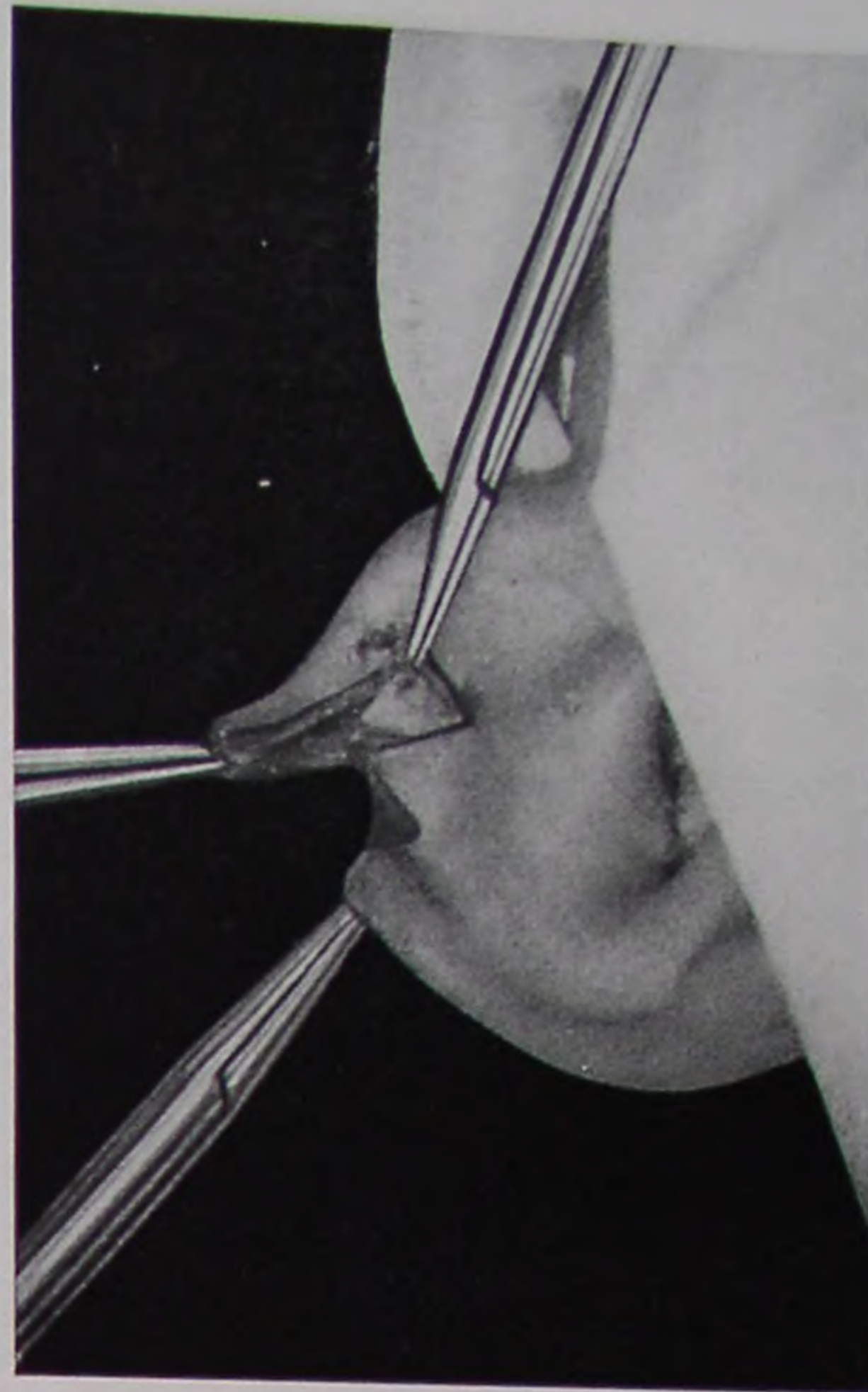
(1)



(2)



(3)

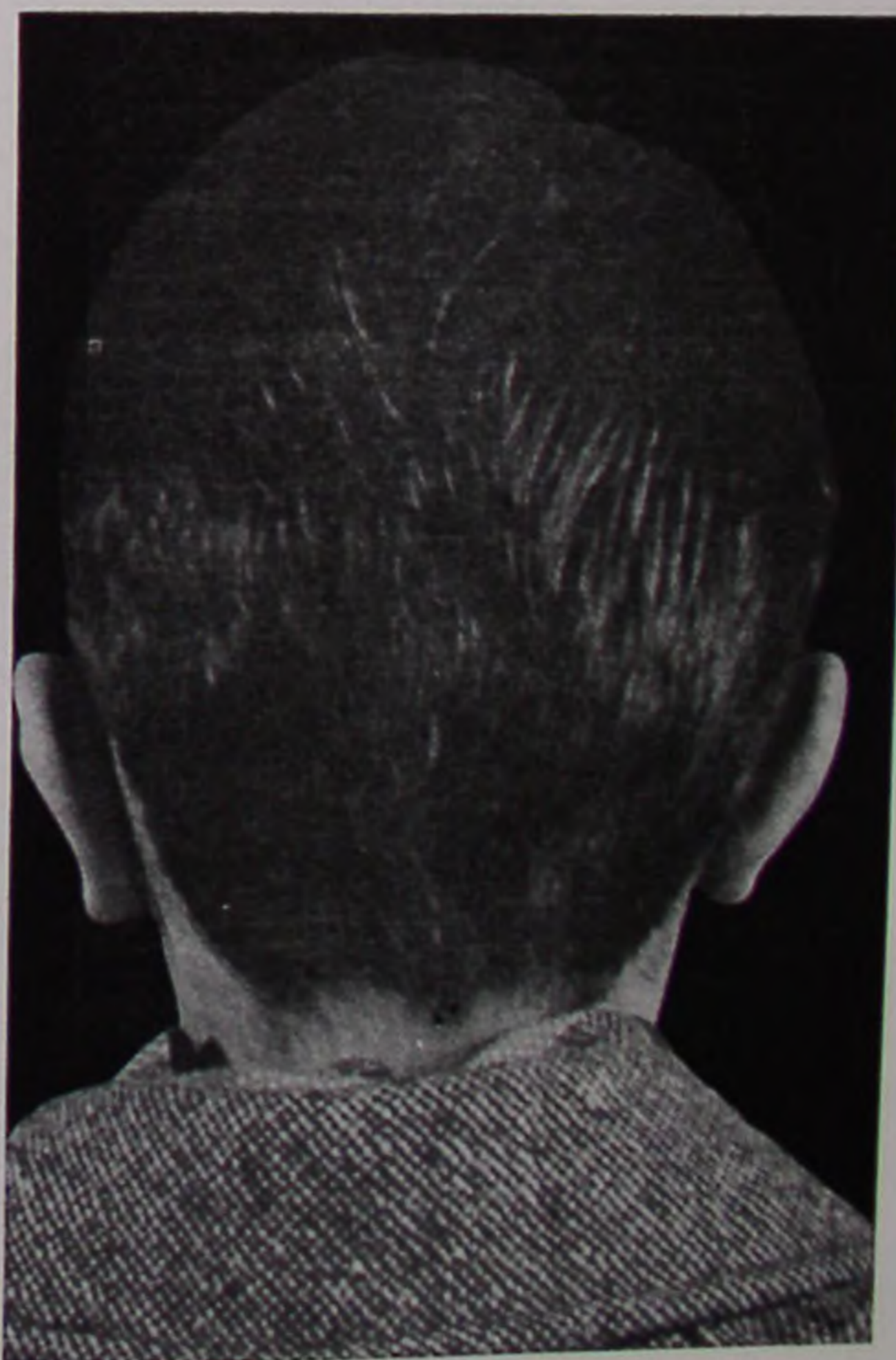


(4)

противозавитка. — 3, 4. Показано отсечение края ушной раковины во всю толщ; линия шва имеет лестницеобразную форму. — 5, 6. Конечный результат. Операцию произвел Ярослав Седлачек. — 7. Схема операции, целью которой, наряду с укорочением,



(5)



(6)



(7)

является и сужение ушной раковины. Наряду с клиновидным иссечением производят ряд серповидных продольных иссечений по ходу противозавитка (по Малбеку). — 8. Вид после нало-



(8)

жения шва. Линия шва на краю завитка не совпадает с линией шва на самой раковине.



(1)

Р И С. 325.

Травматический дефект ушной раковины. Больной И. Д., 27 лет, история болезни № 43 596. 1. После нанесенной больному рубленой раны наступила частичная потеря ушной раковины. В верхней части ушной раковины возник дефект во всю ее толщину. Рубец спаян с кожей черепа; края рассеченного завитка при-



(2)



(3)



(4)

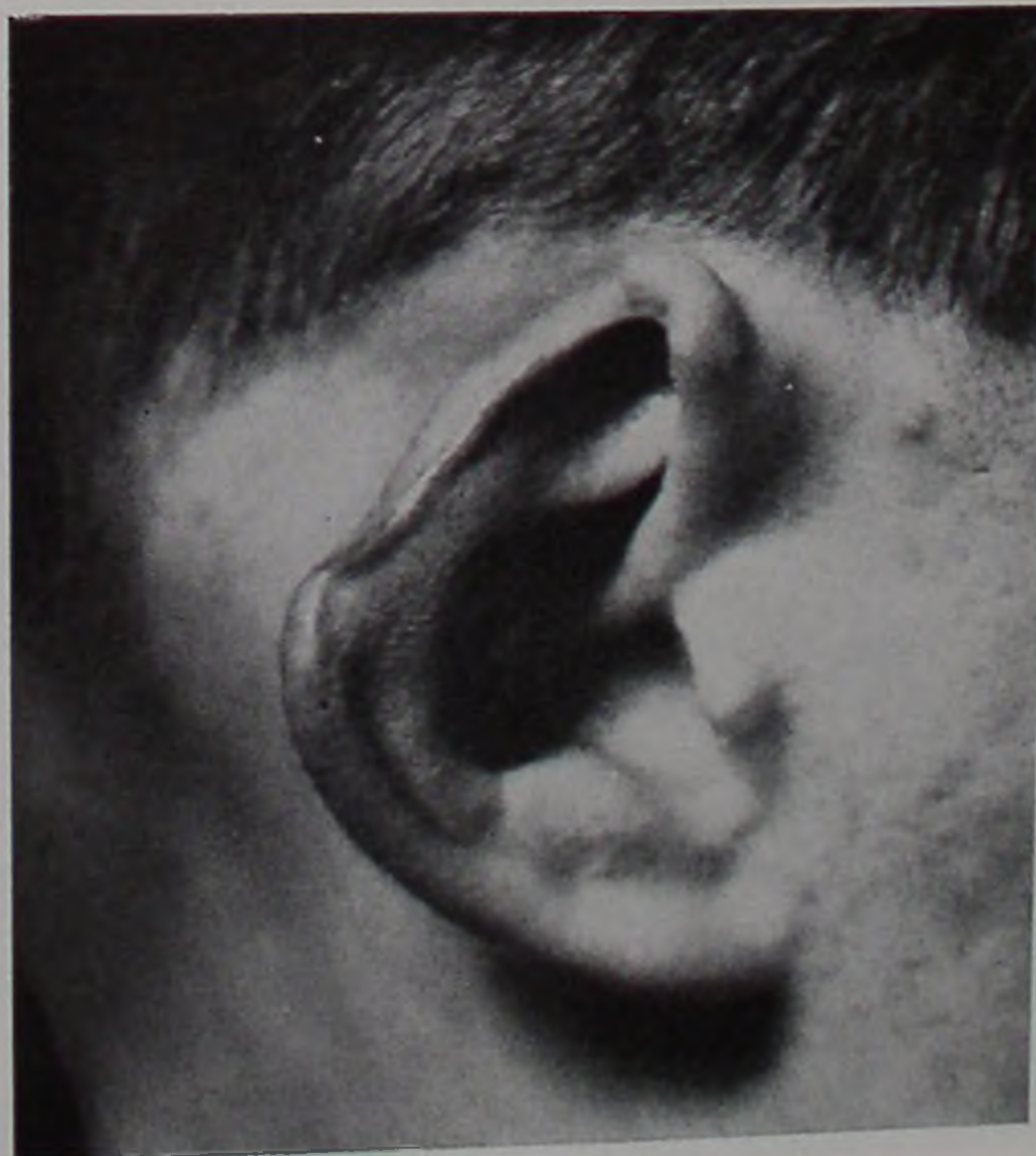
тянуты к рубцу. Рана все еще полностью не зажила. — 2. Произведено иссечение рубца с грануляциями. Свернутые части ушной раковины распрепарованы. — 3, 4. В этот восстановленный в первоначальной форме дефект подсажен треугольный лоскут,

выкроенный в заушной области основанием кзади. В дальнейшем было произведено формирование пересаженного лоскута, а ушная раковина отделена от черепа с помощью кожного вкладыша. Операцию произвел Бруно Стокар.

Травматический дефект ушной раковины. Больной В. Ш., 18 лет, история болезни № 16 279. 1. Три месяца тому назад при взрыве больной потерял часть ушной раковины. — 2. Освеженный край дефекта вшит в кожный разрез, сделанный по ходу заушной складки. После приживления отсекают окаймляющим разрезом безволосую кожу сосцевидной области, связанную с дефектом,

отсепаровывают и складывают, образуя край формируемого завитка. В этом положении на сформированный завиток накладывают матрацные швы, а на вторично возникший дефект пересаживают свободный кожный лоскут. Больной через 3 месяца после операции. Операцию произвела Гелена Пешкова.

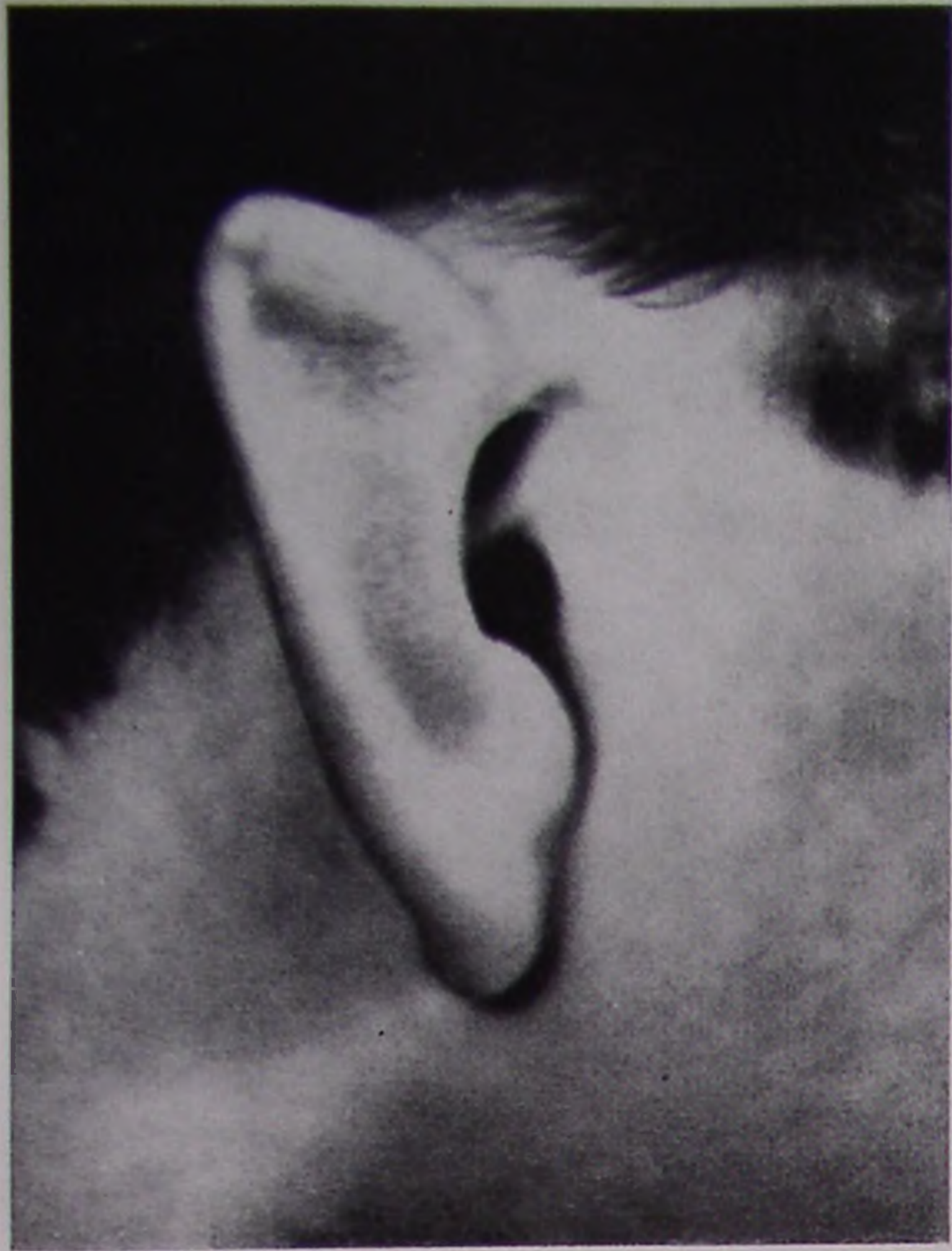
Р И С. 326.



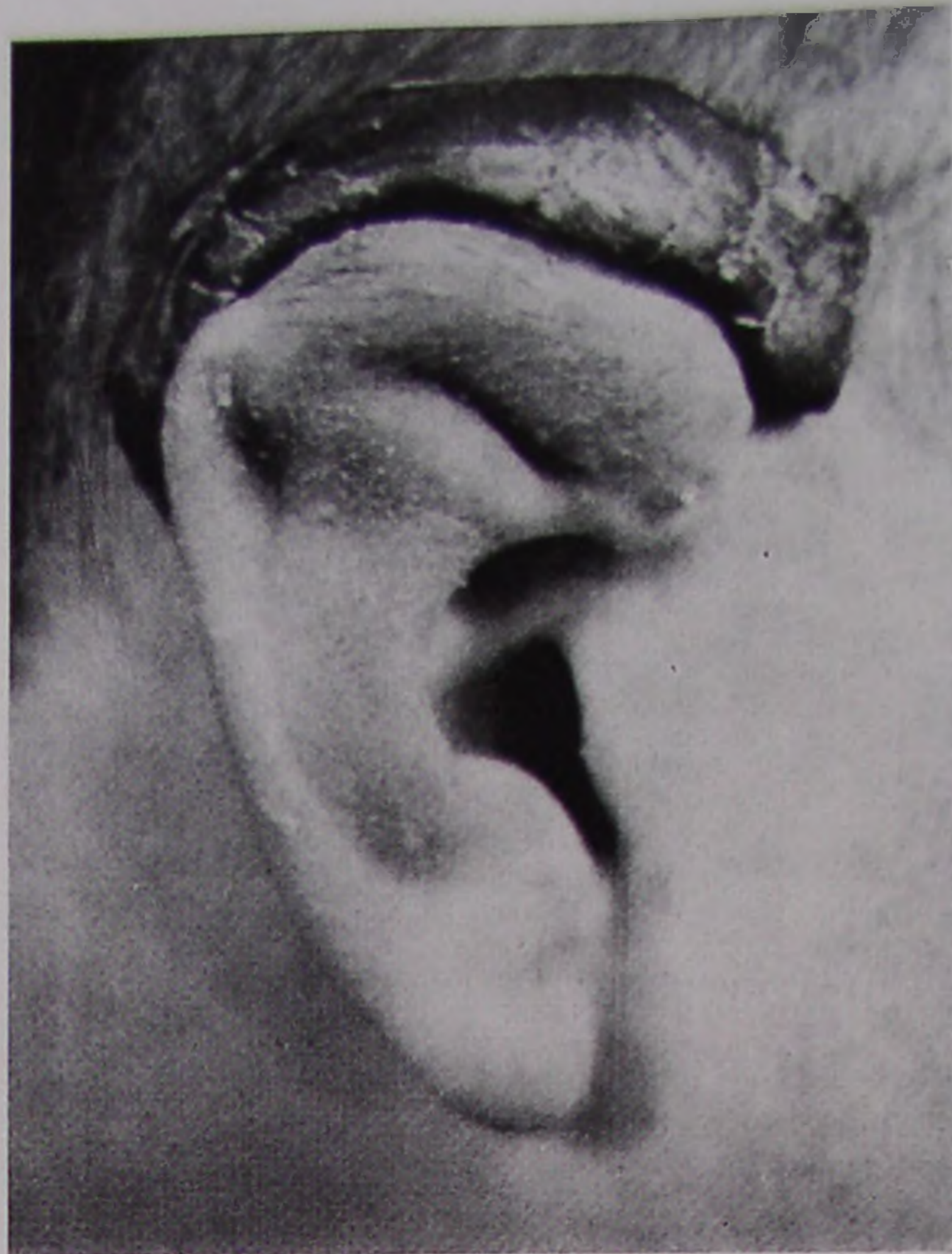
(1)



(2)



(1)

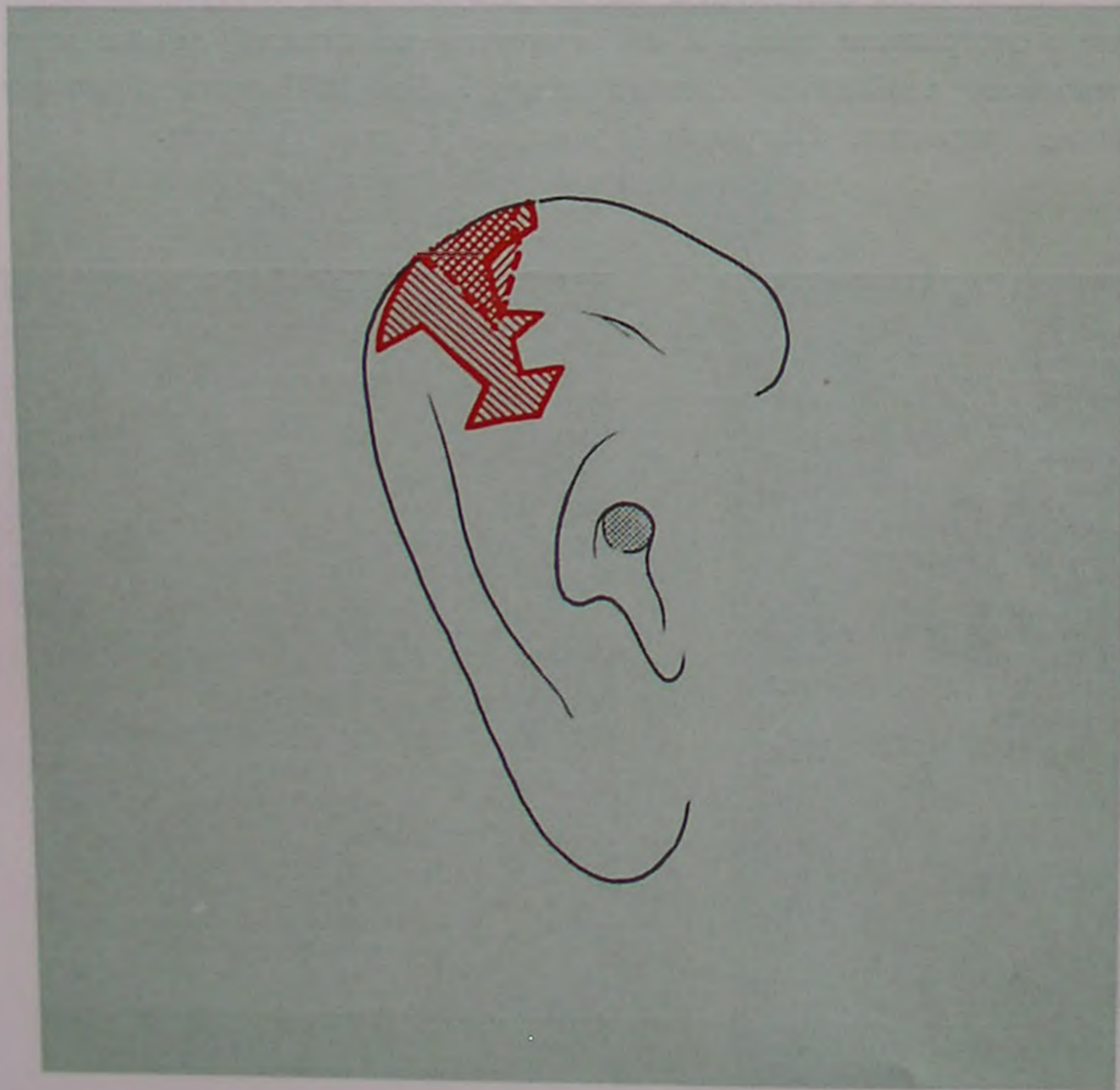


(2)

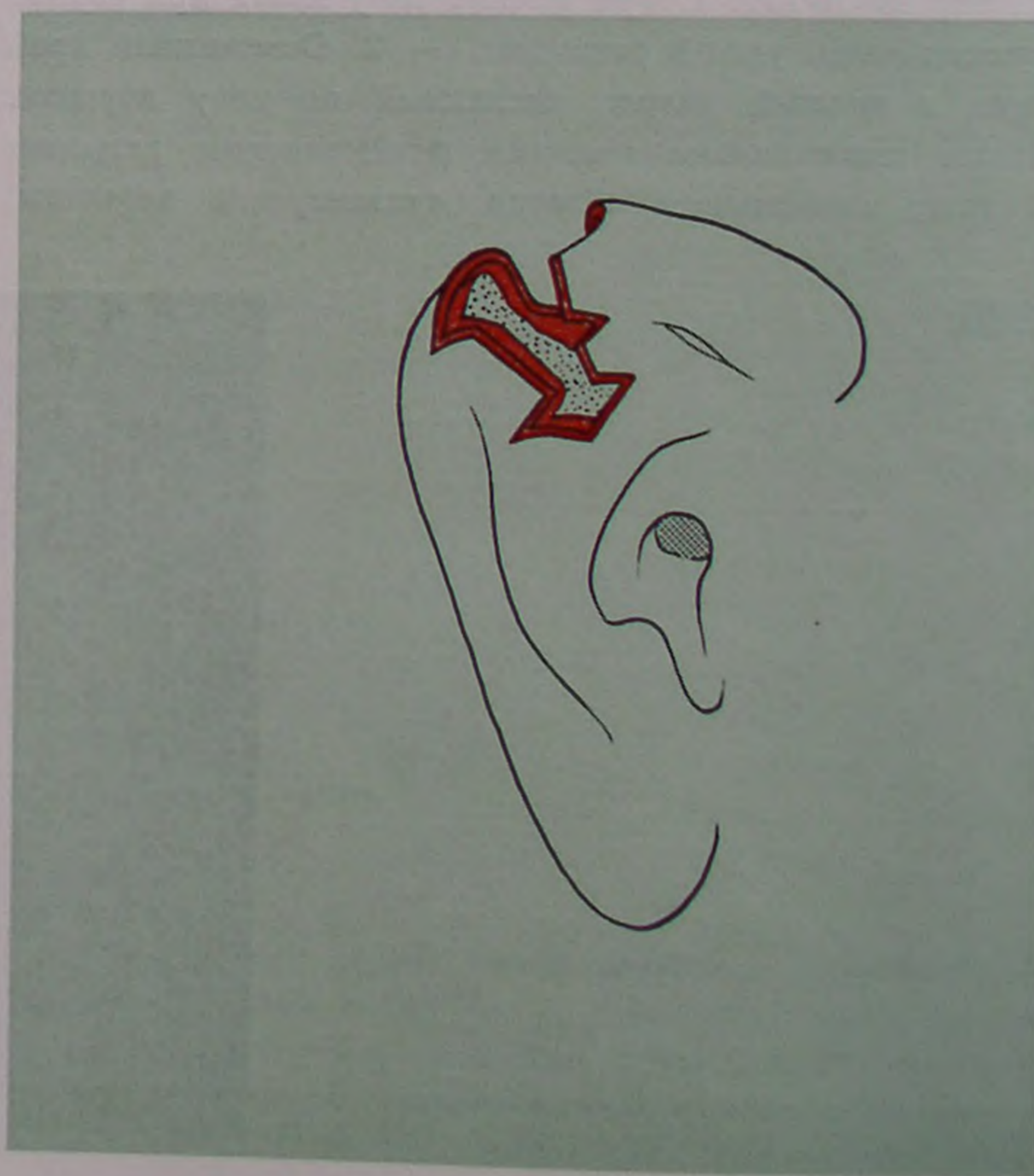
Частичная потеря ушной раковины, наступившая при транспортной аварии. Больной Ф. А., 17 лет, история болезни № 37 379. 1. Два года тому назад больной перенес транспортную травму, при которой потерял переднюю и верхнюю часть ушной раковины. Культи торчит в виде острого выступа. Передний край де-

фекта рассечен и подшит к кожному разрезу, сделанном культи. Под эту кожу пересажена сформированная часть хряща. — 2. Сформированная ушная раковина с хрящом отсечена от кожи черепа; произведена кожная вкладыша. — 3, 4, 5. Путем перекрестных

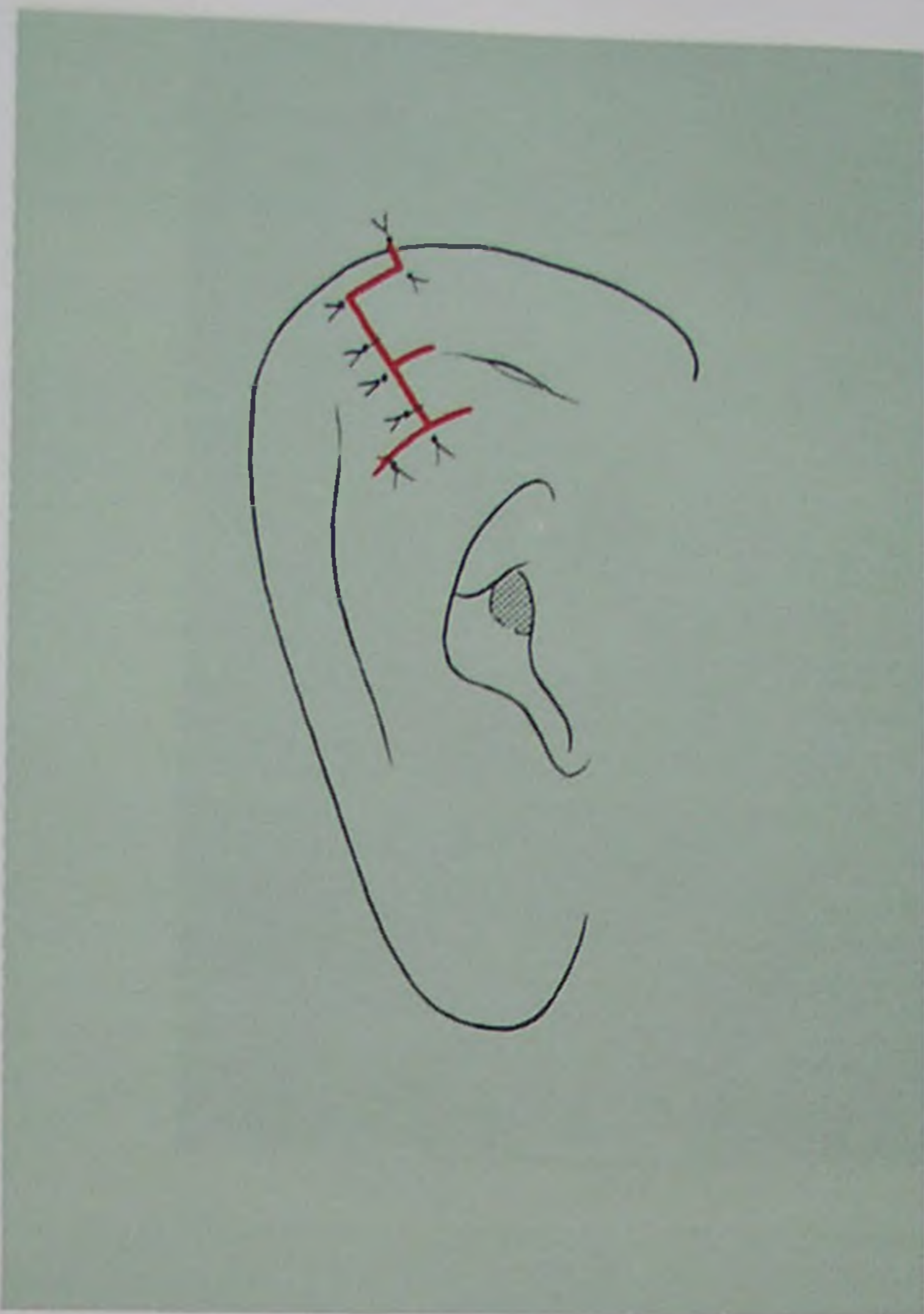
(3)



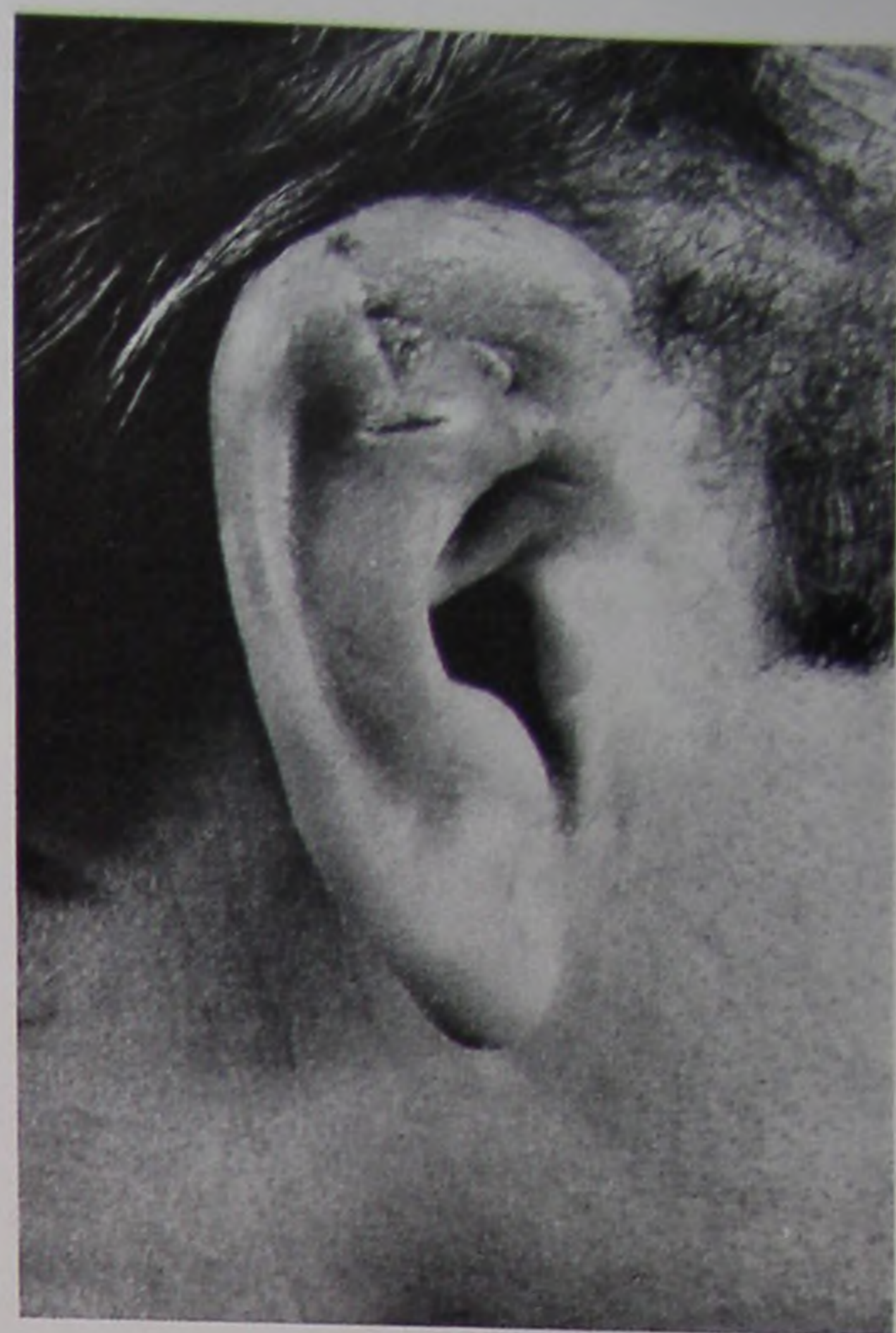
(4)



производят формирование завитка и противозавитка. Иссечения производят таким же способом, как при увеличении ушных раковин. — 6. Больной после излечения.



(5)

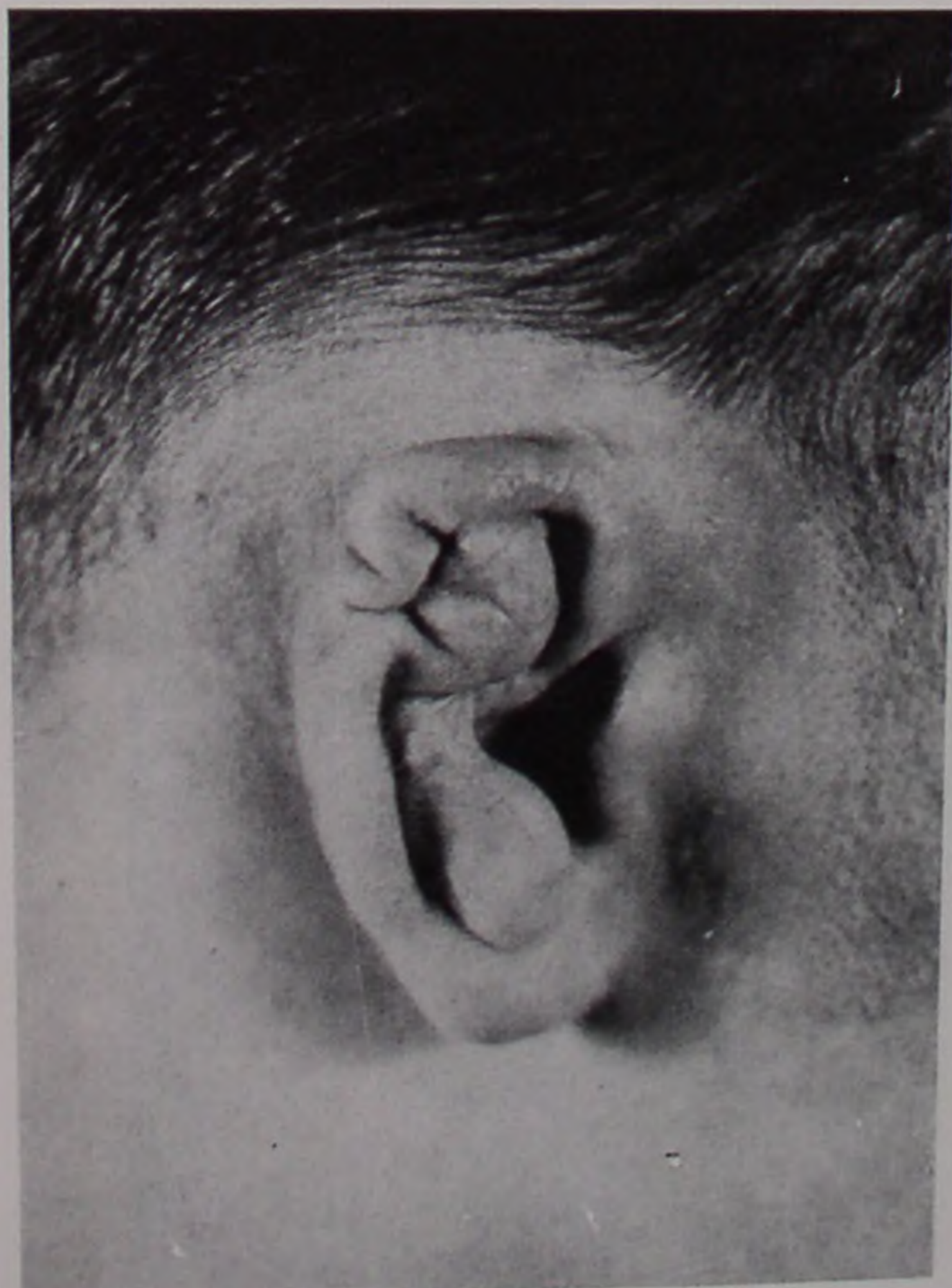


(6)

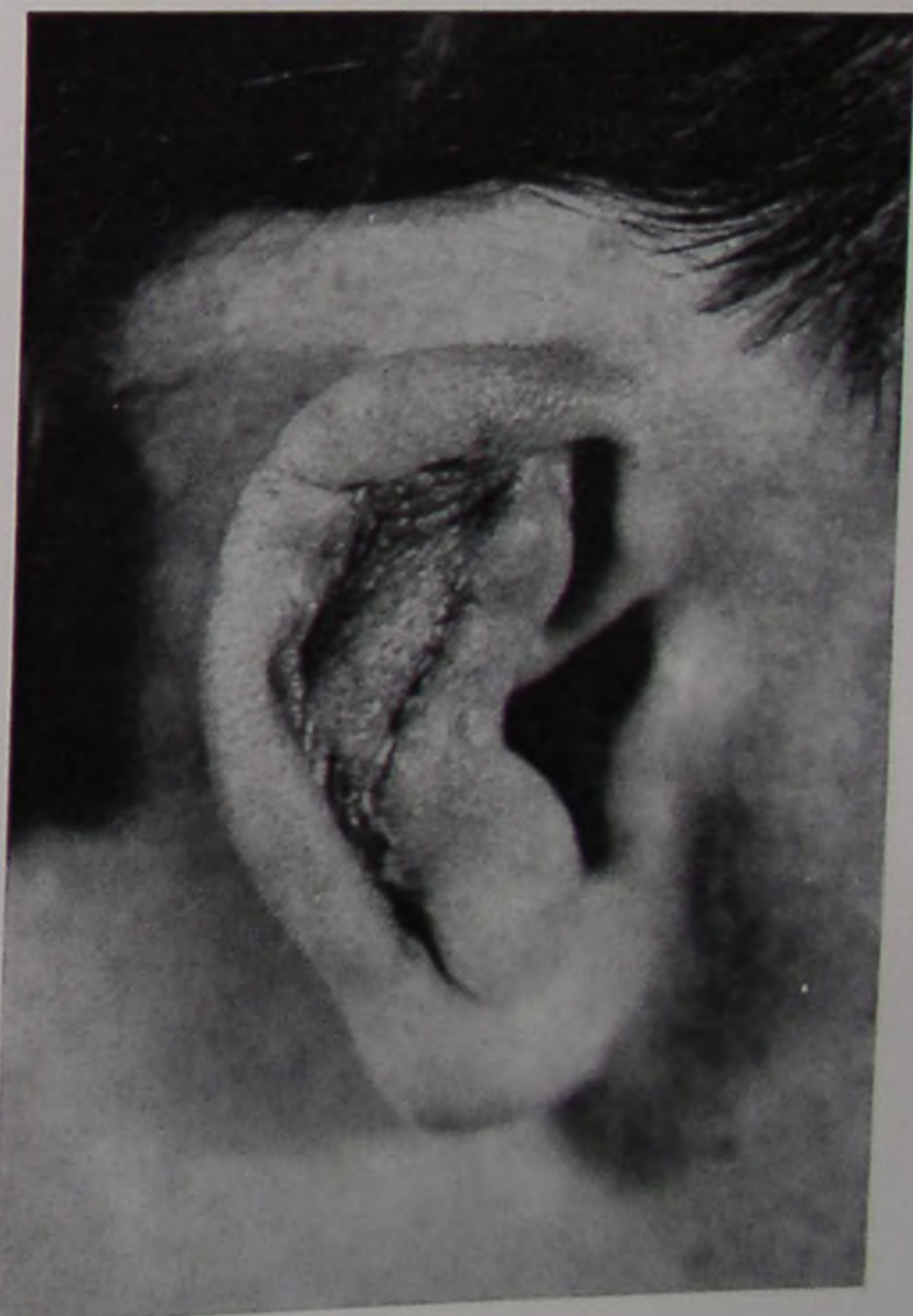
Тяжелая деформация правой ушной раковины, возникшая после ожога, полученного при взрыве в шахте. Больная М. Х., 20 лет, история болезни № 12 193. 1. Верхняя часть ушной раковины сморщена. Деформация обусловлена веерообразным рубцом, исходящим от заднего края ушной раковины. — 2. Была произведена

экстирпация рубцов и сформирован противозавиток, коррекция которого удалась только отчасти. В области ладьи и большей части противозавитка персистирует дефект, на который производят пересадку кожного лоскута.

Р И С. 328.



(1)



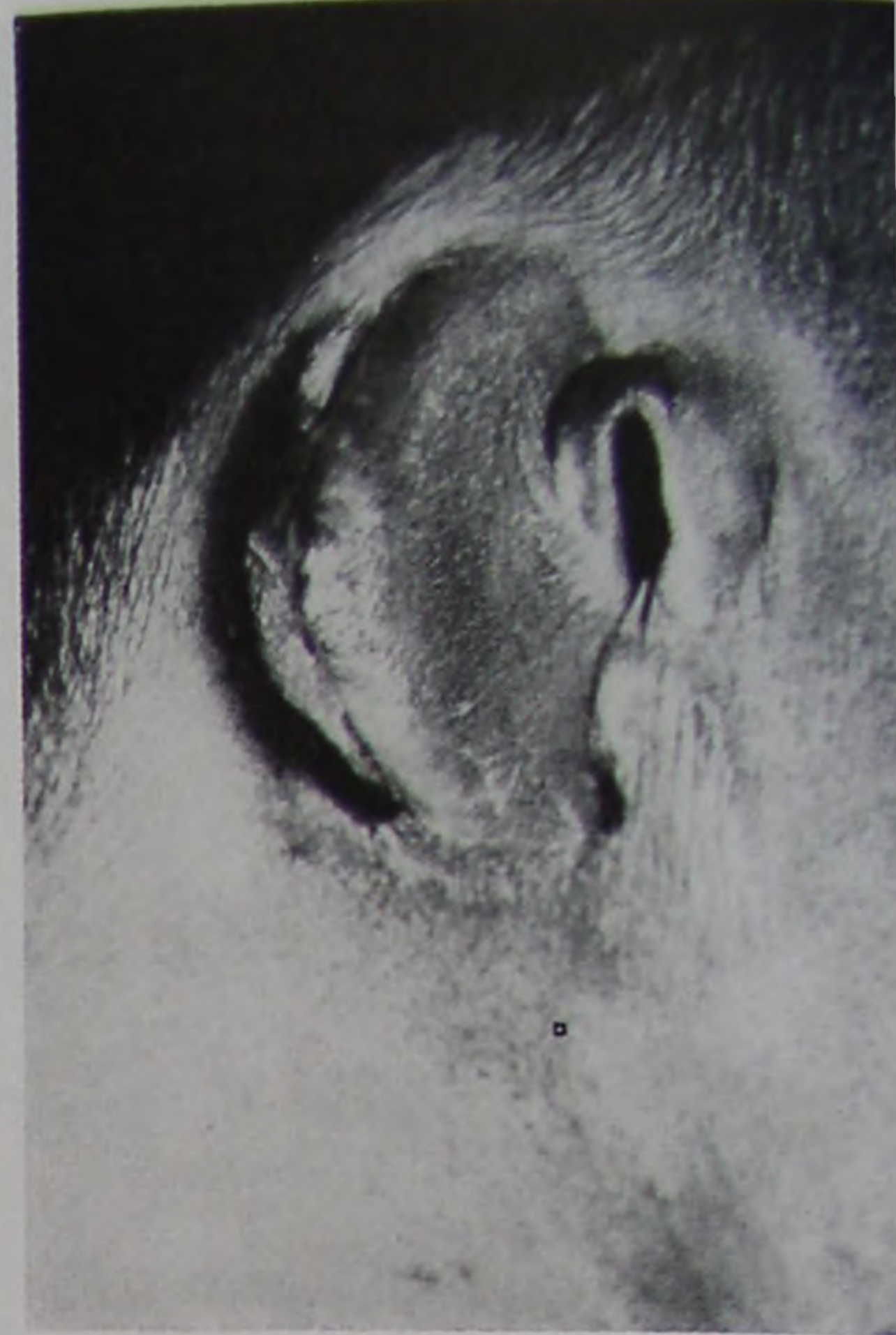
(2)



(1)



(2)



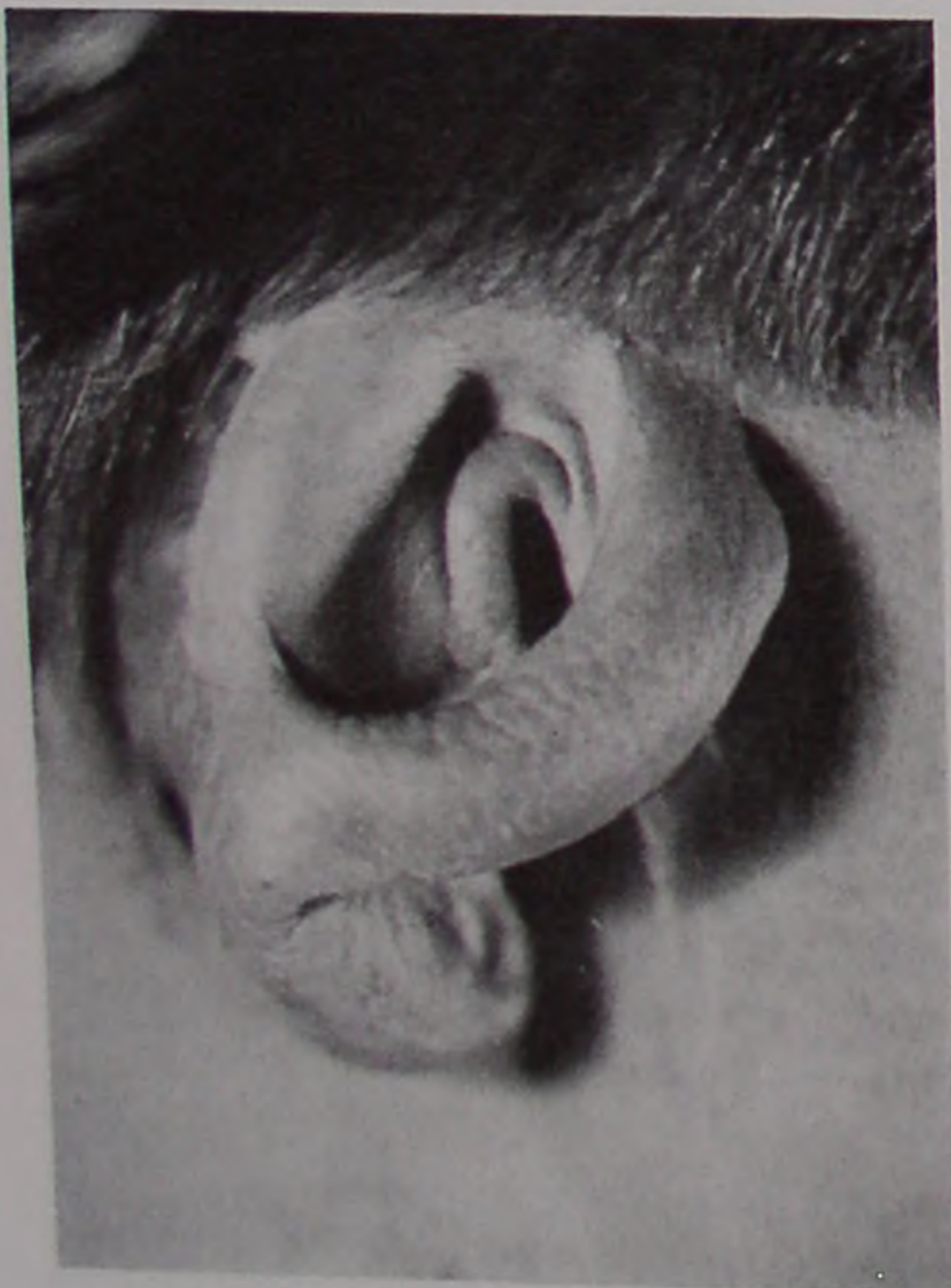
(3)

Р И С. 329.

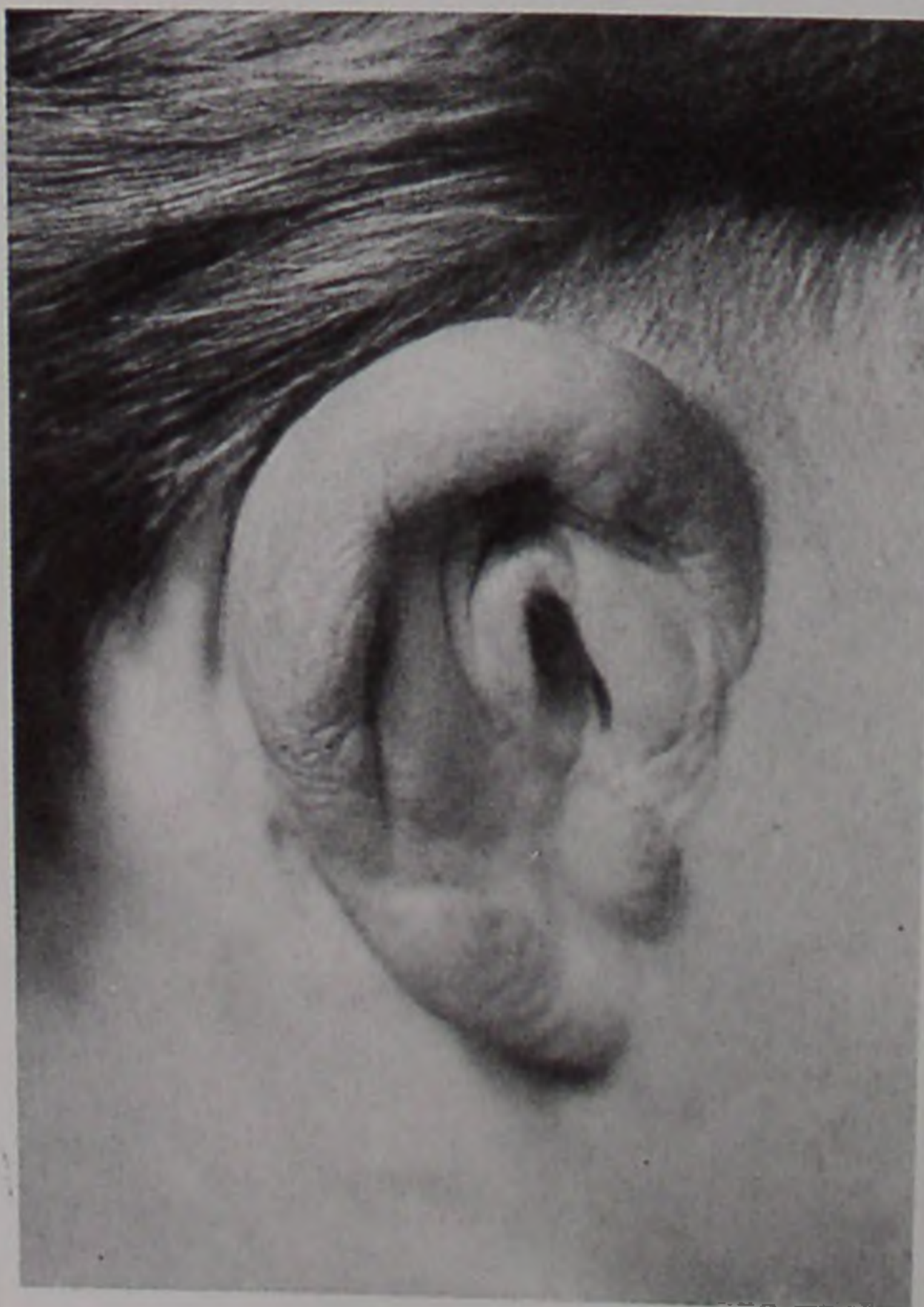
Посттравматическая потеря ушной раковины. Больной Р. И., 25 лет, история болезни № 12 312. 1, 2. При столкновении поездов больной потерял правую ушную раковину. — 3. Под кожу кзади от наружного слухового прохода пересажен блок реберных хрящей, которому была придана приблизительная

форма ушной раковины. Кожный вкладыш отделяет пересаженный блок от черепа. — 4. Из надключичной области к формируемой ушной раковине подшивают небольшой стебельчатый лоскут. — 5. Вид после подшивания стебля к краю новосозданной ушной раковины. — 6. Сформированная ушная раковина меньше по величине и плотнее прилегает к черепу, чем левая раковина. На операцию по поводу восстановления ушной мочки больной не явился. Операцию произвела Пазла Нежарова.

(4)



(5)



(6)





(1)



(2)



(3)

Р И С. 330.

Замещение утерянной ушной раковины протезом. 1. Полная трав-

матическая потеря левой ушной раковины. — 2. Протез из пластмассы. — 3. Протез приклеен к черепу мастизолом. Неровный переход переднего края протеза на щеку. — 4, 5. При беглом взгляде протез не очень сильно бросается в глаза.

(4)



(5)



ФРАНТИШЕК БУРИАН

АТЛАС
ПЛАСТИЧЕСКОЙ
ХИРУРГИИ

З

1967

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ • ПРАГА
МЕДИЦИНА • МОСКВА

ТОМ 3: ТУЛОВИЩЕ И КОНЕЧНОСТИ

ШЕЯ

Врожденные аномалии	3
Посттравматические и послеоперационные дефекты	11

ТУЛОВИЩЕ

Врожденные пороки развития	18
Гинекомастия	18
Ожоги и последствия облучения	27
Послеоперационные и другие деформации	27
Косметическая и восстановительная хирургия молочной железы	39
Некоторые анатомические замечания	39
Наиболее часто встречающиеся деформации молочной железы	40

ЖИВОТ

Пупочные грыжи и грыжи на животе	65
Отвислый живот	66
Пластика пупка	67

МОЧЕПОЛОВОЙ ТРАКТ

Врожденные аномалии	76
Фимоз	76
Гипоспадия	76
Псевдогермафродитизм и гермафродитизм	96
Другие врожденные аномалии	96
Ранения	105

ВЕРХНИЕ КОНЕЧНОСТИ

Врожденные пороки развития	107
Свежие травмы	140
Посттравматические дефекты и состояния после облучения	156
Дюпюитреновская контрактура	173

НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ

Врожденные аномалии	178
Ранения	178
Элефантиаз	198
Стеатопигия	198

ЛИТЕРАТУРА

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Шея представляет собой орган цилиндрической формы, длина которого несколько меньше половины длины головы, а окружность равна примерно окружности икры в наиболее широком ее месте. Эти параметры зависят от величины и положения шейных позвонков и состояния мышц шеи; определенное значение в этом отношении имеют и органы, расположенные в этой области — щитовидная железа, трахея и гортань. Подкожножировая клетчатка выравнивает неровности поверхности шеи, избыток жира растягивает кожу и образует в связи с недостатком места поперечные складки, принимающие под подбородком мешковидную форму (двойной, тройной подбородок). В случае недостатка жира между органами шеи образуются углубления, а края большой кожной мышцы, платизмы, начинают резко выступать. На шее образуются естественные круговые складки, поднимающиеся на ее задней поверхности кверху.

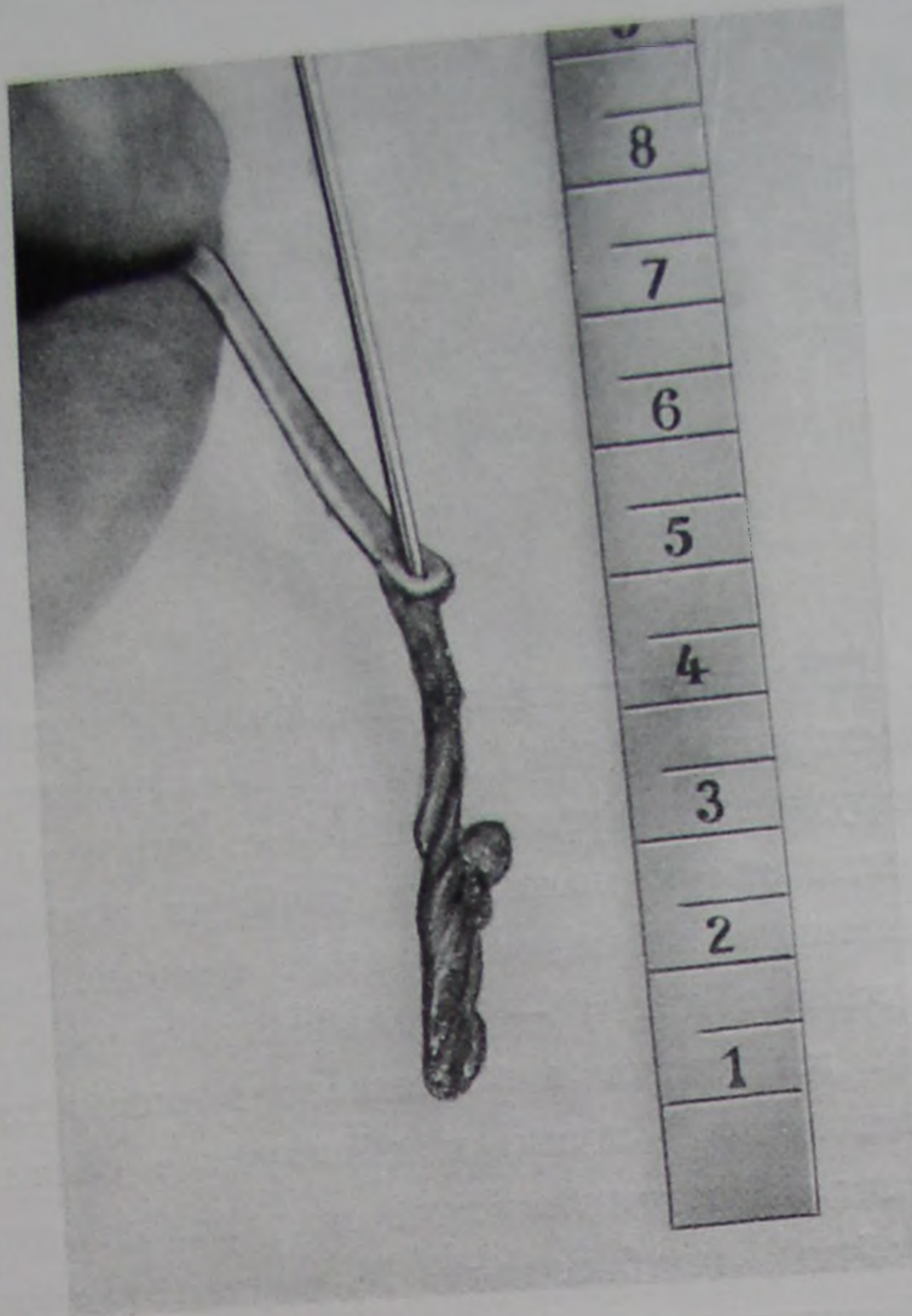
Неровности шеи в значительной степени выравниваются при обширных операциях, производимых по поводуптоза лица, при которых кожу отслаивают далеко книзу вдоль грудино-ключично-сосковй мышцы и края нижней челюсти. Большие лоскуты кожи затем приподнимают кверху и отсекают за ушной раковиной. Под подбородком излишек кожи и жира может быть удален осторожно производимыми иссечениями. Только в крайних случаях позволительно надрезать выступающие в поперечном направлении края мышцы.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ

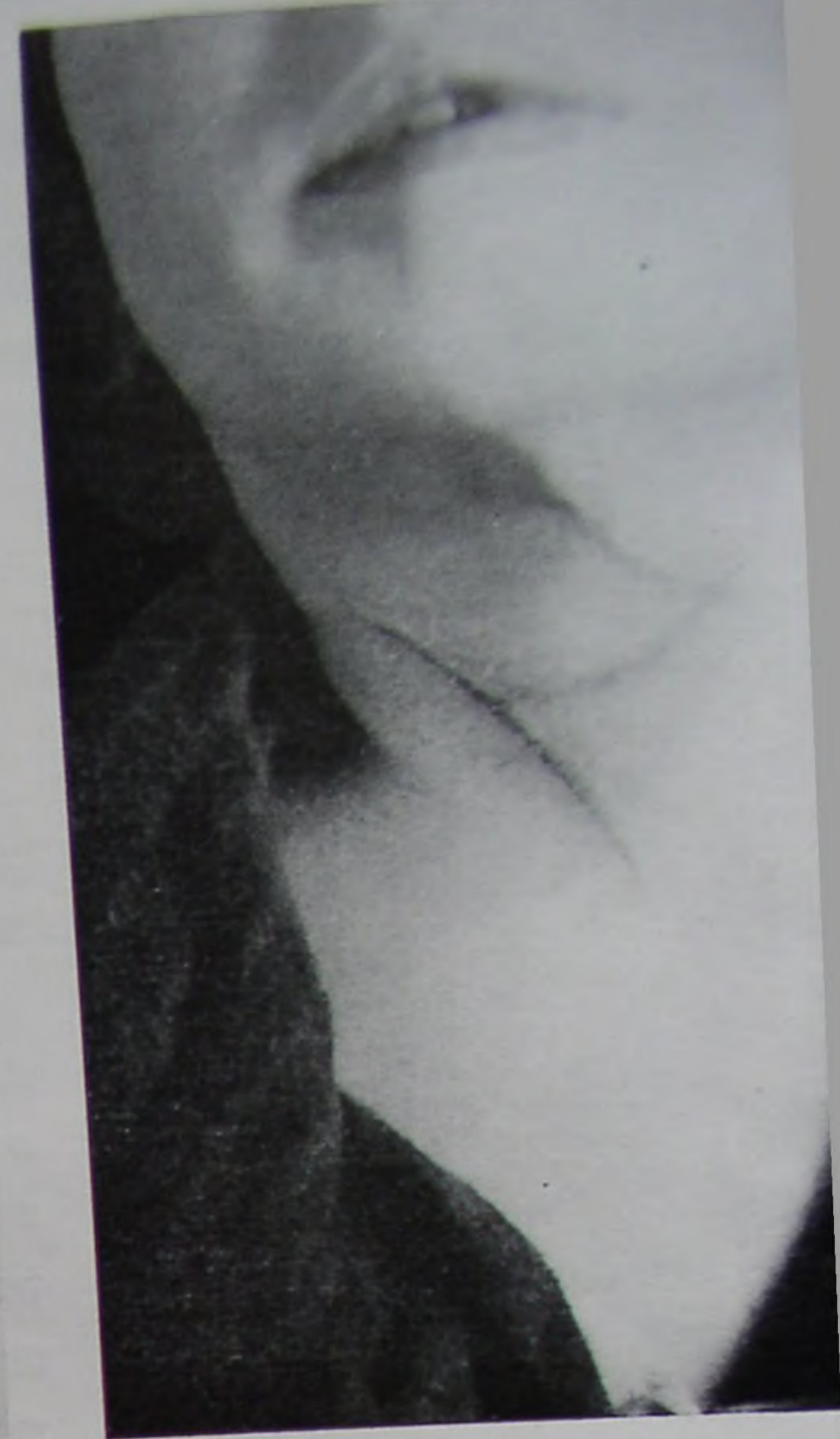
Что касается врожденных пороков развития в области шеи, то чаще всего приходится здесь сталкиваться со срединными кистами и свищами шеи, бронхиогенными кистами и дефектами, врожденным птеригиумом шеи, часто сочетающимся с аномалиями позвонков, кривошеей, гемангиомами и врожденными кистозными лимфангиомами (рис. 1—8).



(1)



(2)



(3)

Р И С. 1.

Срединный свищ шеи. Больная М. С., 7 лет, история болезни № 18 130. 1. Свищ шеи, расположенный на уровне выступа щитовидной железы. От наружного отверстия свища внизу до яремной ямки идет глубокий желобок, выстланный перепонкой, напоминающей своим внешним видом слизистую оболочку, на которой имеются многочисленные трещины и корочки. На проксимальном и дистальном концах свища можно зондировать каналцы, длиной 3—5 мм. — 2. Свищ, распространяющийся до корня языка,

иссекают целиком вместе с тяжем измененной выстилки днально расположенном желобке. — 3. Вид после экстирпации. Произведена простая перестановка встречных треугольных лоскутов. После операции наступила гипертрофия обоих расположенных рубцов. Лучше было бы выкроить с обеих по два небольших, точно вымеренных лоскута. В таком рубцы заняли бы более вертикальное направление и испытывали бы меньшее натяжение.



(1)



(2)

РИС. 2.

Состояние после неудачно произведенной операции по поводу срединного свища шеи. Больной Л. С., 10 лет, история болезни № 21 481. 1. От подбородка до яремной ямки по средней линии

проходит рубец, высоко приподнимающий высокую и испытывающую сильное натяжение складку кожи; эти образования возникли после какой-то операции, произведенной вскоре после рождения, по-видимому, по поводу врожденного свища. — 2. Схема разрезов, производимых в целях экстирпации свища. — 3. Перестановка встречных треугольников кожи. — 4. Больной через год после операции, которую произвел Марио Добрковский.



(3)



(4)



(1)



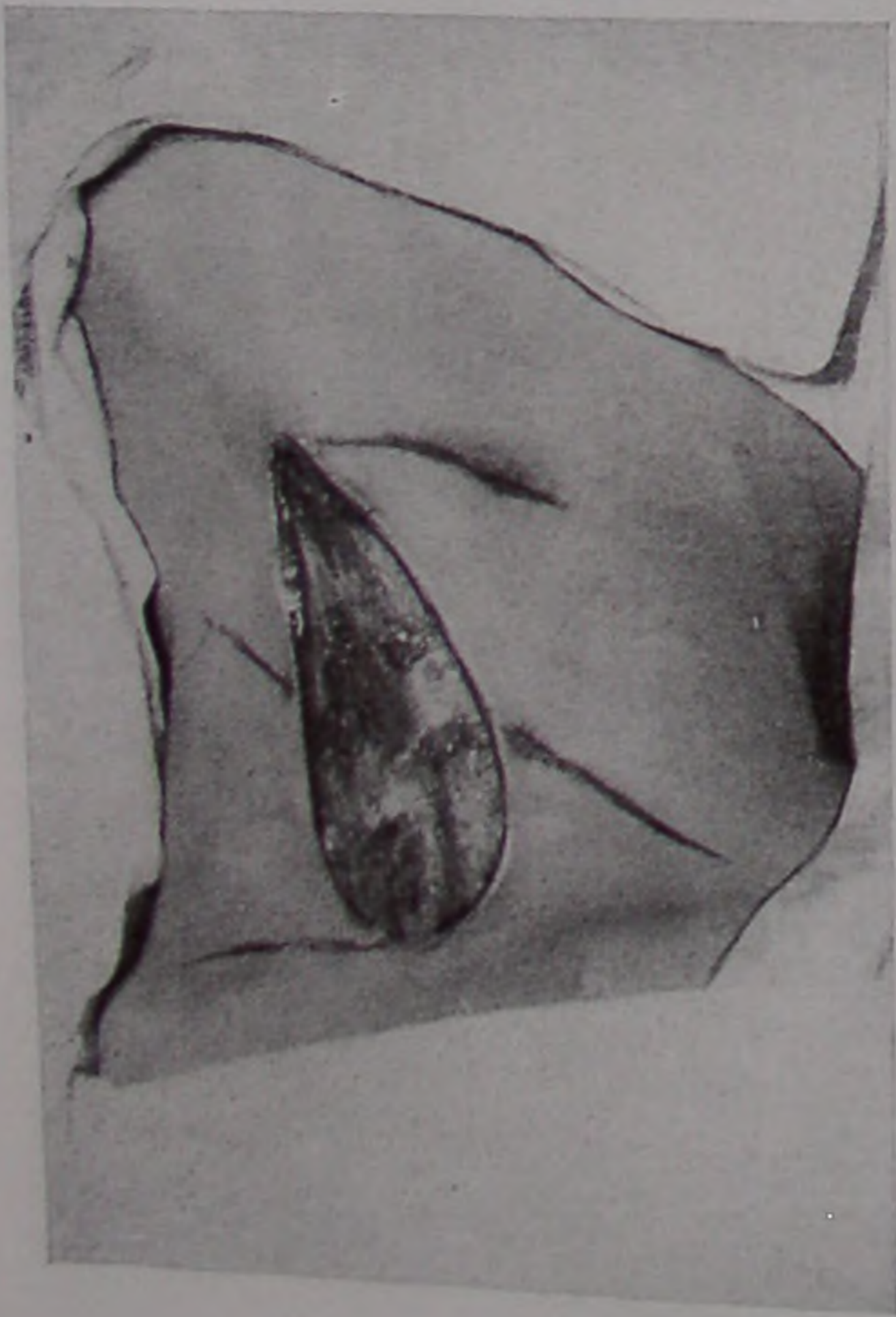
(2)

Р И

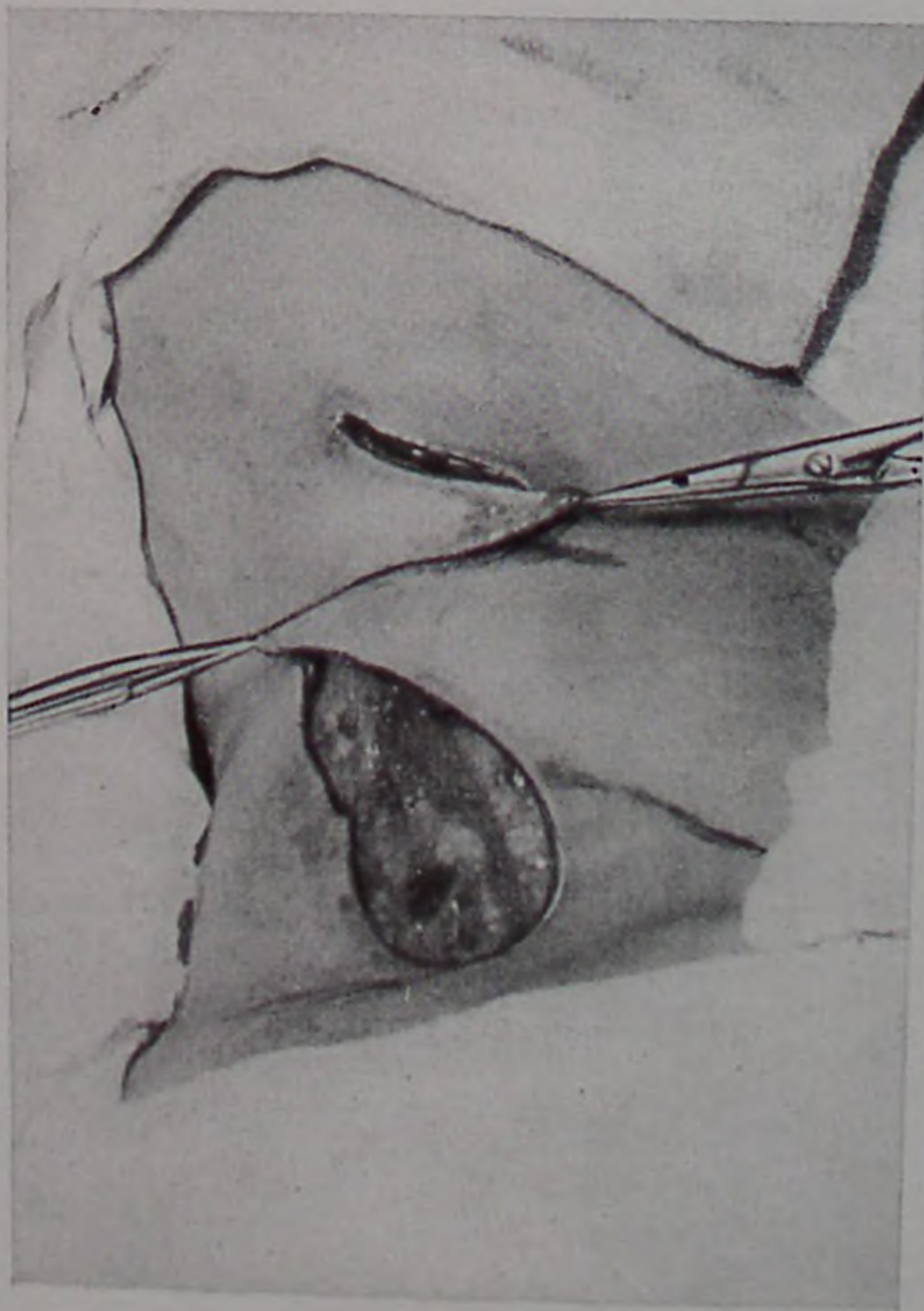
Срединный свищ шеи. Больной П. П., 9 лет, история болезни № 39 449. 1, 2. У 9-летнего мальчика на шее на уровне щитовидного хряща находится выступ, на котором открывается свищ. Путем зондирования удается установить, что свищ идет к подъязычной кости, пронизывает ее и направляется далее к корню языка. От выступа, на котором расположено наружное отверстие свища, к яремной ямке спускается тяж, шириной с палец, выстланный тонкой розоватой кожей, с поверхности которой от-

слаиваются тонкие ороговевшие корочки. — 3. Произведена экстирпация переднего отдела свища, резекция канальца в подчелюстной кости и иссечение остальной части свища вплоть до корня языка. Затем произведена экстирпация выступа на передней поверхности шеи и тяжа, спускающегося к яремной ямке. — После широкой отслойки кожи с обеих сторон вертикальный разрез выкраивают по крупному треугольному лоскуту и производят их перестановку. — 6, 7. Больной после излече-

(3)



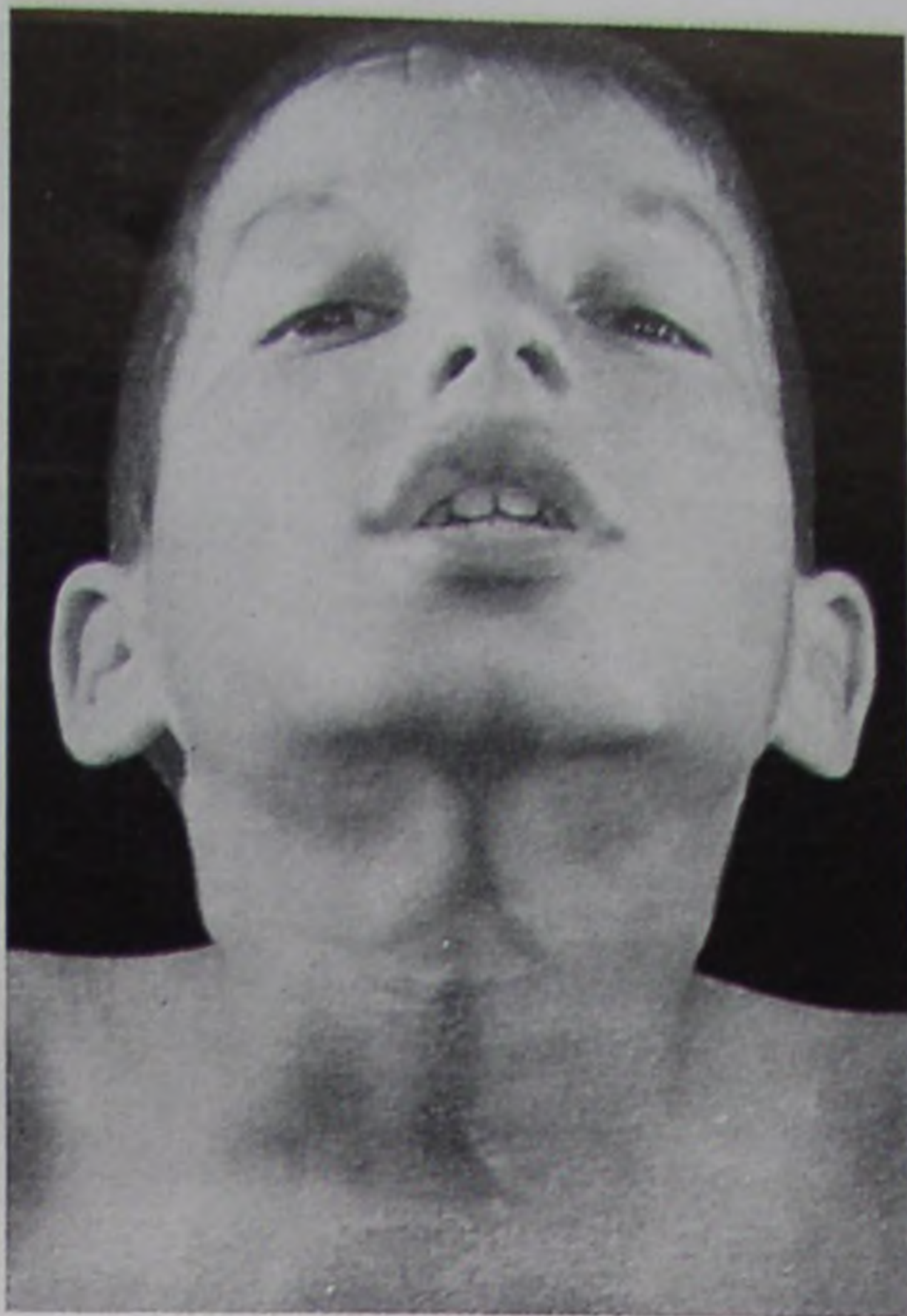
(4)



(5)



спустя почти месяц после операции. В данном случае было бы выгоднее выкроить большее число небольших треугольных лоскутов, так как короткие, более благоприятно расположенные рубцы меньше бросаются в глаза. Операцию произвел Бруно Стокар.



(6)



(7)

РИС. 4.

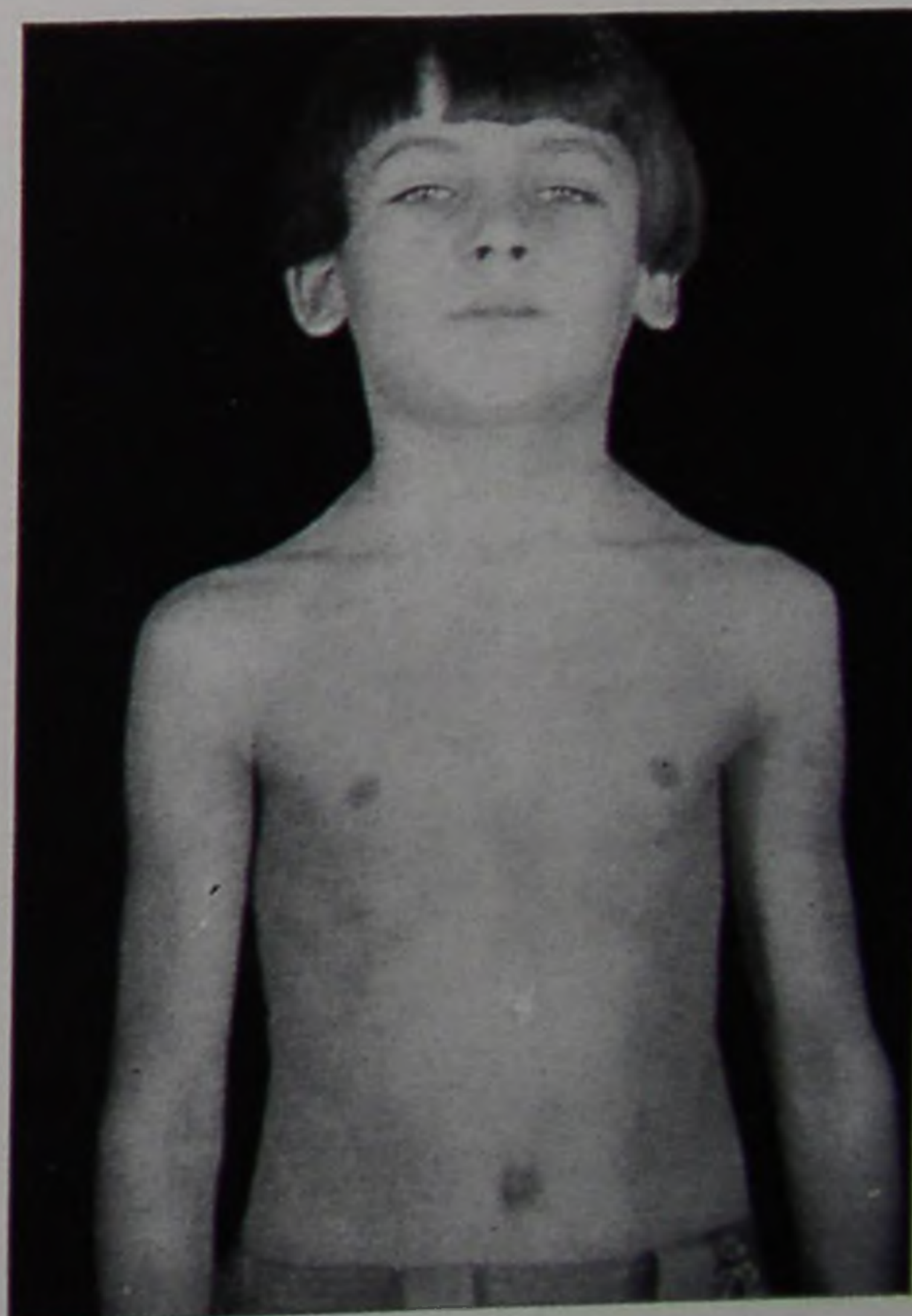
Левосторонняя, врожденная, резко выраженная кривошея. Больной Б. Г., 9 лет, история болезни № 882. 1. Левая грудиноключично-

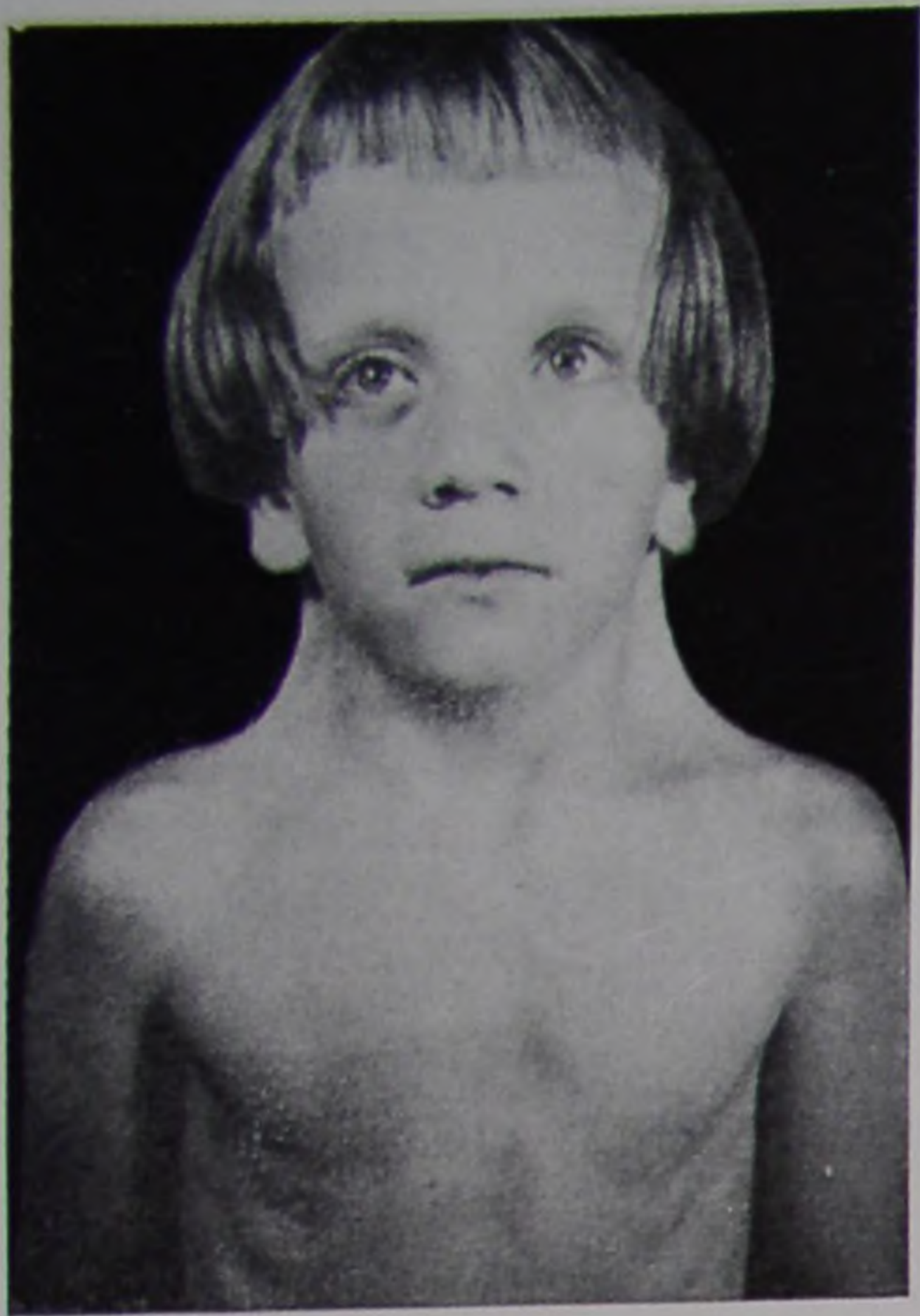
сосцевидная мышца сильно укорочена и уплотнена. — 2. Вид после отсечения мышцы в месте ее прикрепления к сосцевидному отростку и тенотомии грудинного и ключичного концов мышцы, через 6 месяцев после окончания лечения. В дальнейшем больной подвергся основательному восстановительному гимнастическому лечению.

(1)



(2)





(1)



(2)

Р И С. 5.

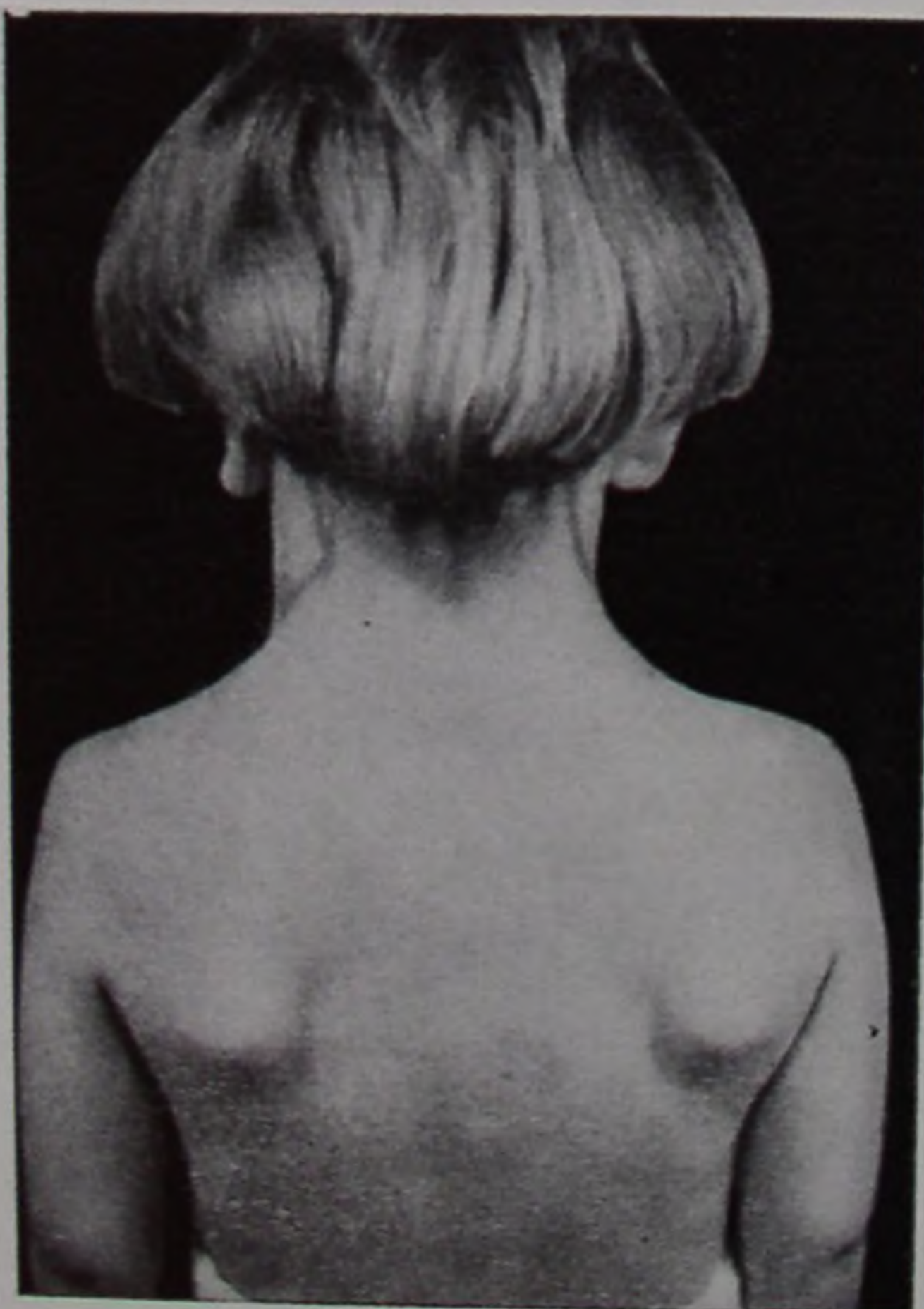
Мощные перепончатые складки (птериgiumы) шеи. Больная Л. К., 5 лет, история болезни № 36 255. 1, 2. С обеих сторон шеи спускаются острые перепончатые складки, оканчивающиеся на ее задней поверхности. На заднюю же поверхность шеи спускается и крупнозубчатая, пилообразная граница волосяного покрова. Производят поперечное рассечение складок, экстирпацию сухо-

жильного тяжа, приподнимавшего кожу, и отсепаровку отдельных слоев. На каждой поверхности складки выкраивают по два треугольных лоскута и производят их перестановку. При планировании лоскутов нужно быть осторожным, чтобы покрытые волосами участки не очутились на нежелательном месте. — 3—6. Больная после операции. Для того, чтобы достигнуть правильной линии

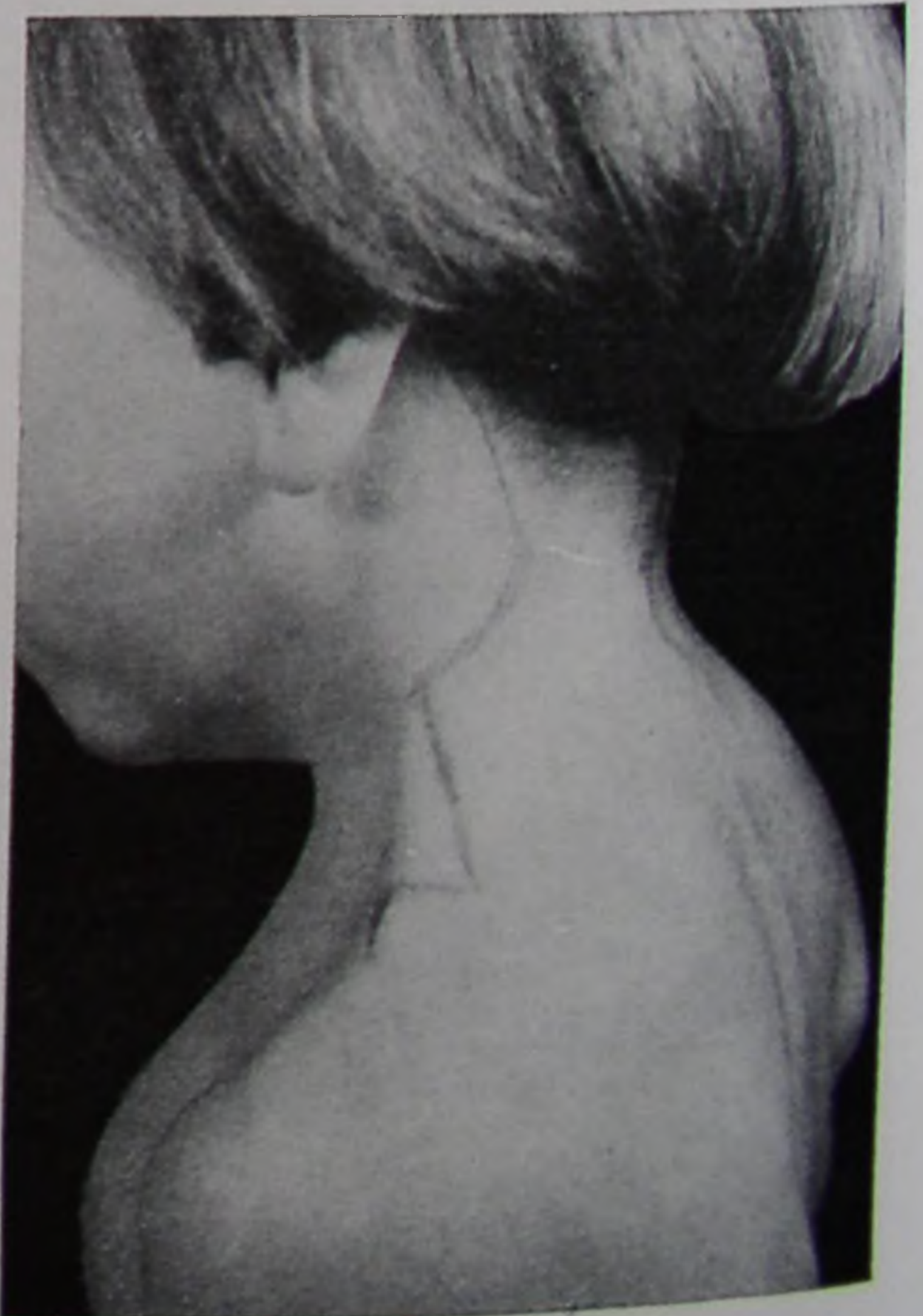
(3)



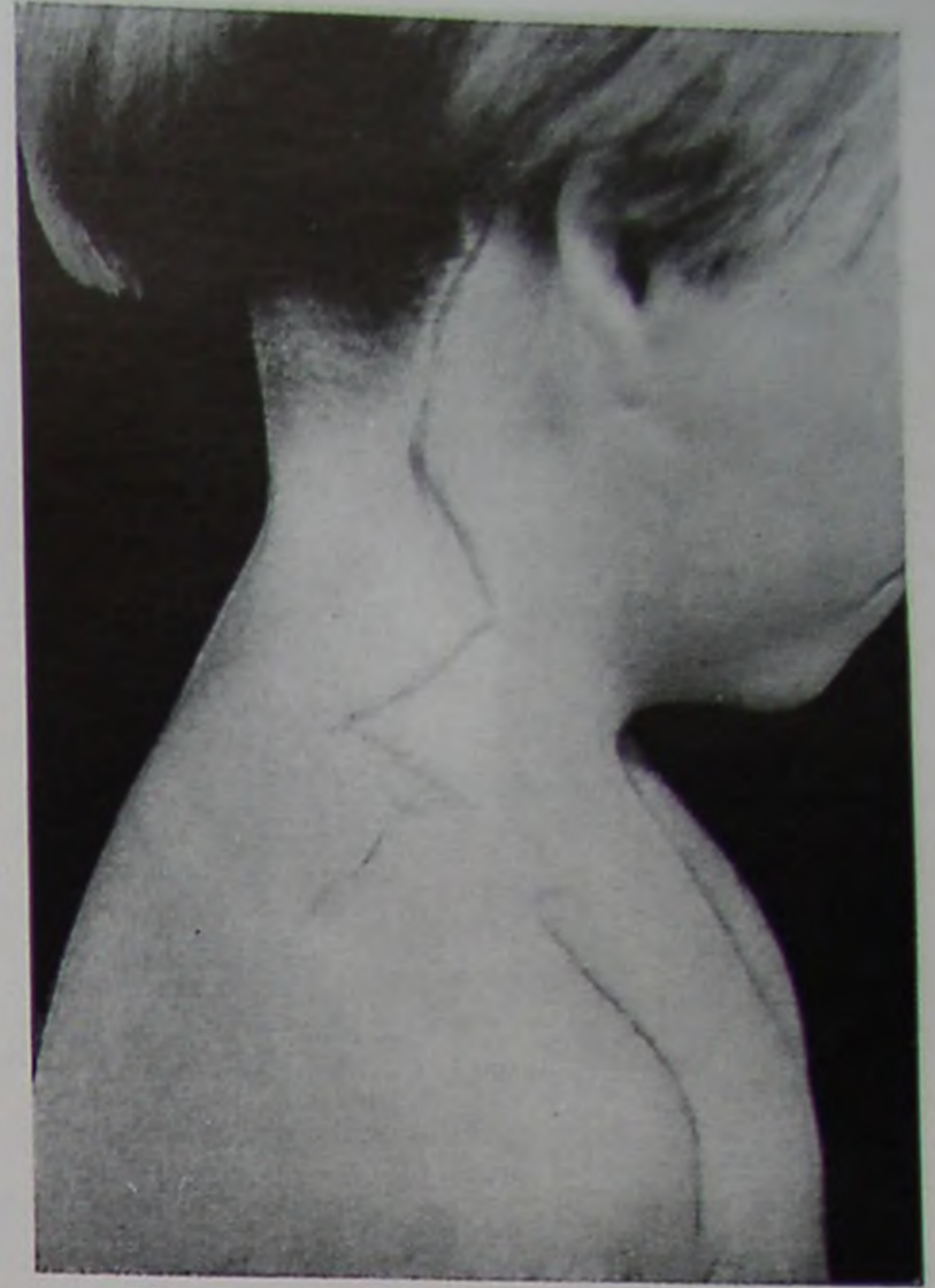
(4)



(5)



шей, потребовалось отсечь большие куски кожи в связи с большим излишком последней. Операцию произвел Бруно Стокар.



(6)

РИС. 6.

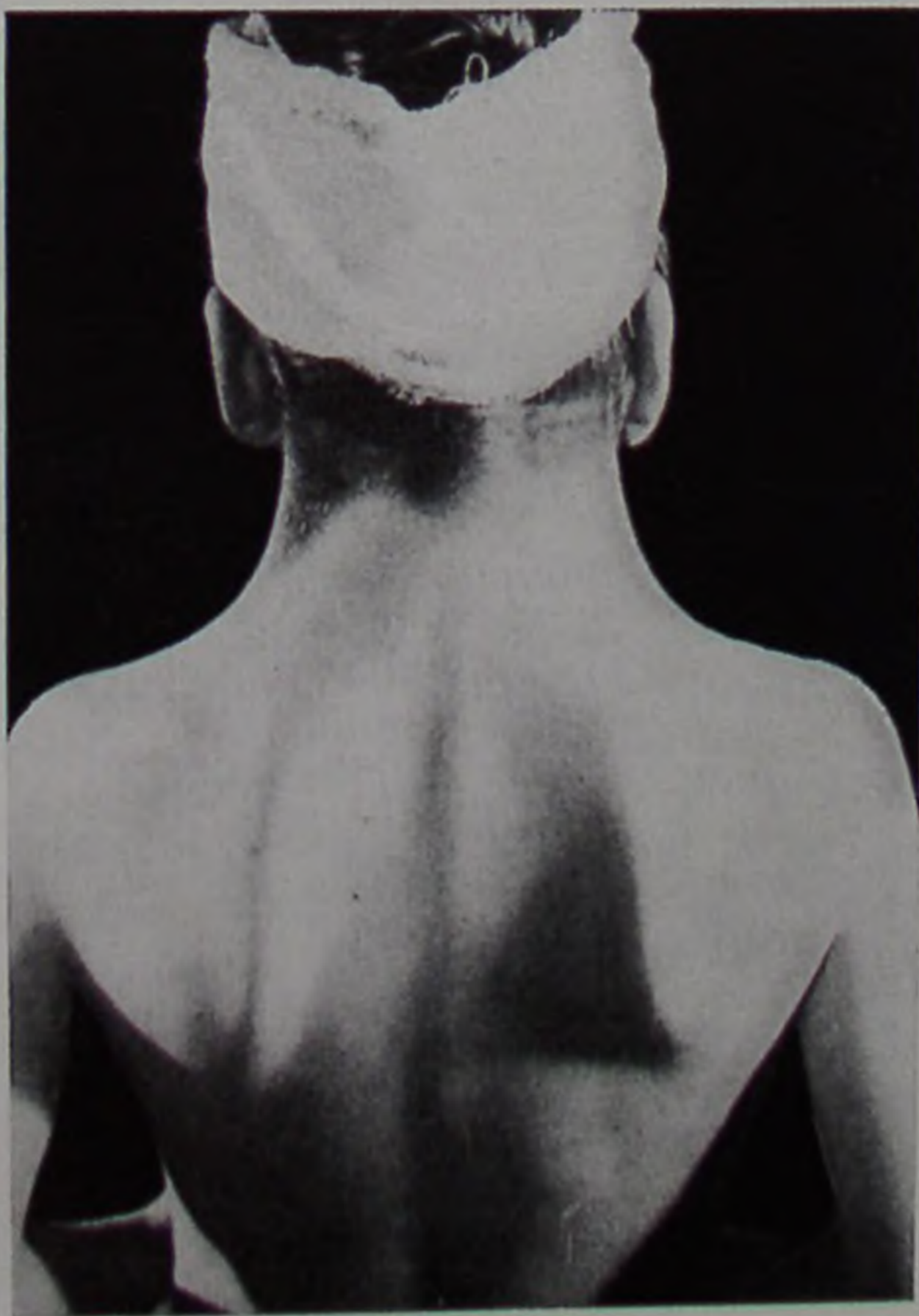
Мощные перепончатые складки шеи (птеригиумы) при синдроме Турнера. Больная И. Б., 9 лет, история болезни № 21 422. 1, 2. Острые складки, содержащие в себе плотные тяжи. Граница

волосяного покрова расположена на затылке очень низко. — 3. Произведено отсечение гребня складок вместе с сухожильными тяжами и перестановка встречных треугольных лоскутов. Больная через 6 лет после операции. Операция произведена Павлой Нежаровой.

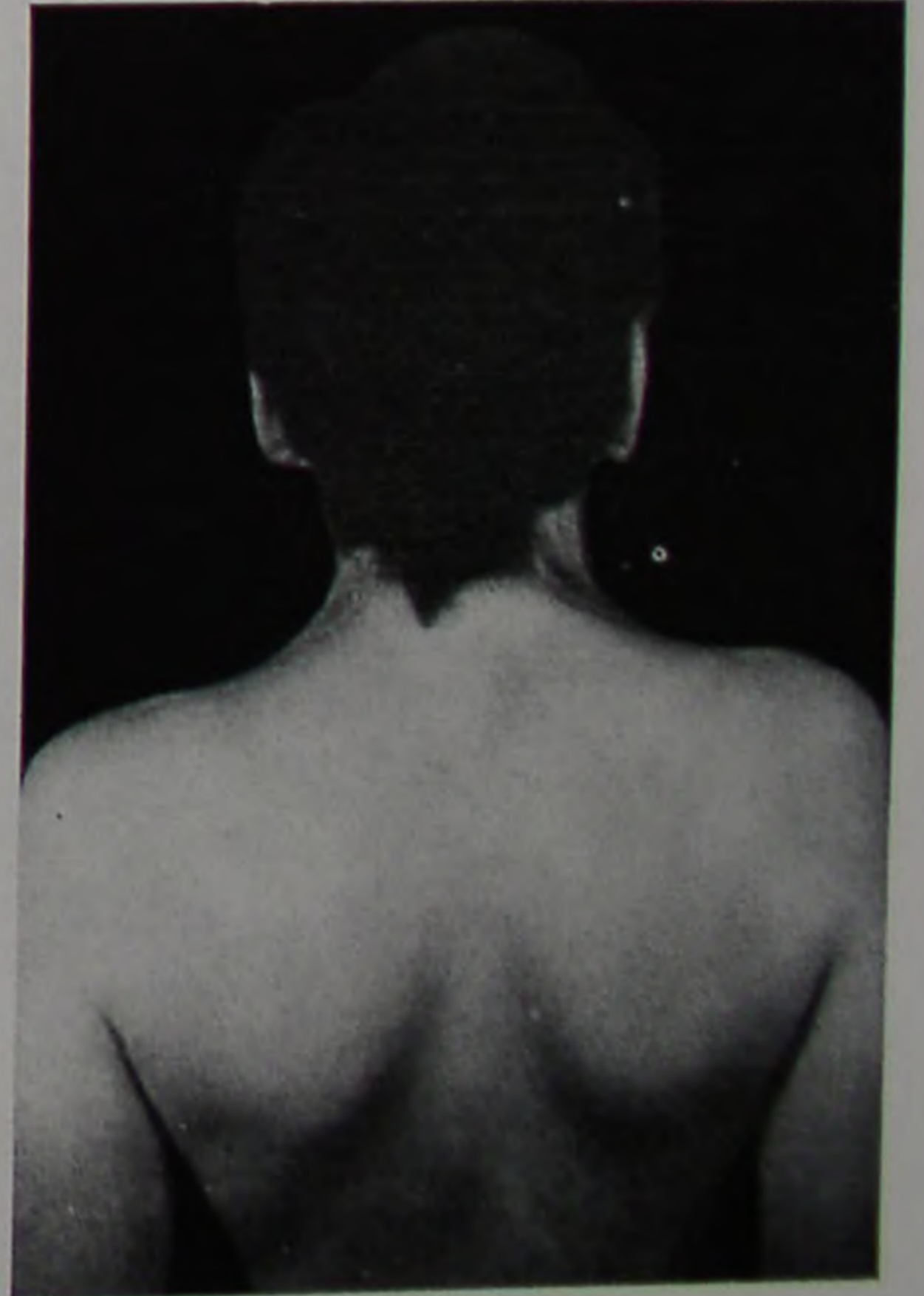
(1)



(2)



(3)





(1)



(2)

Р И С. 7.

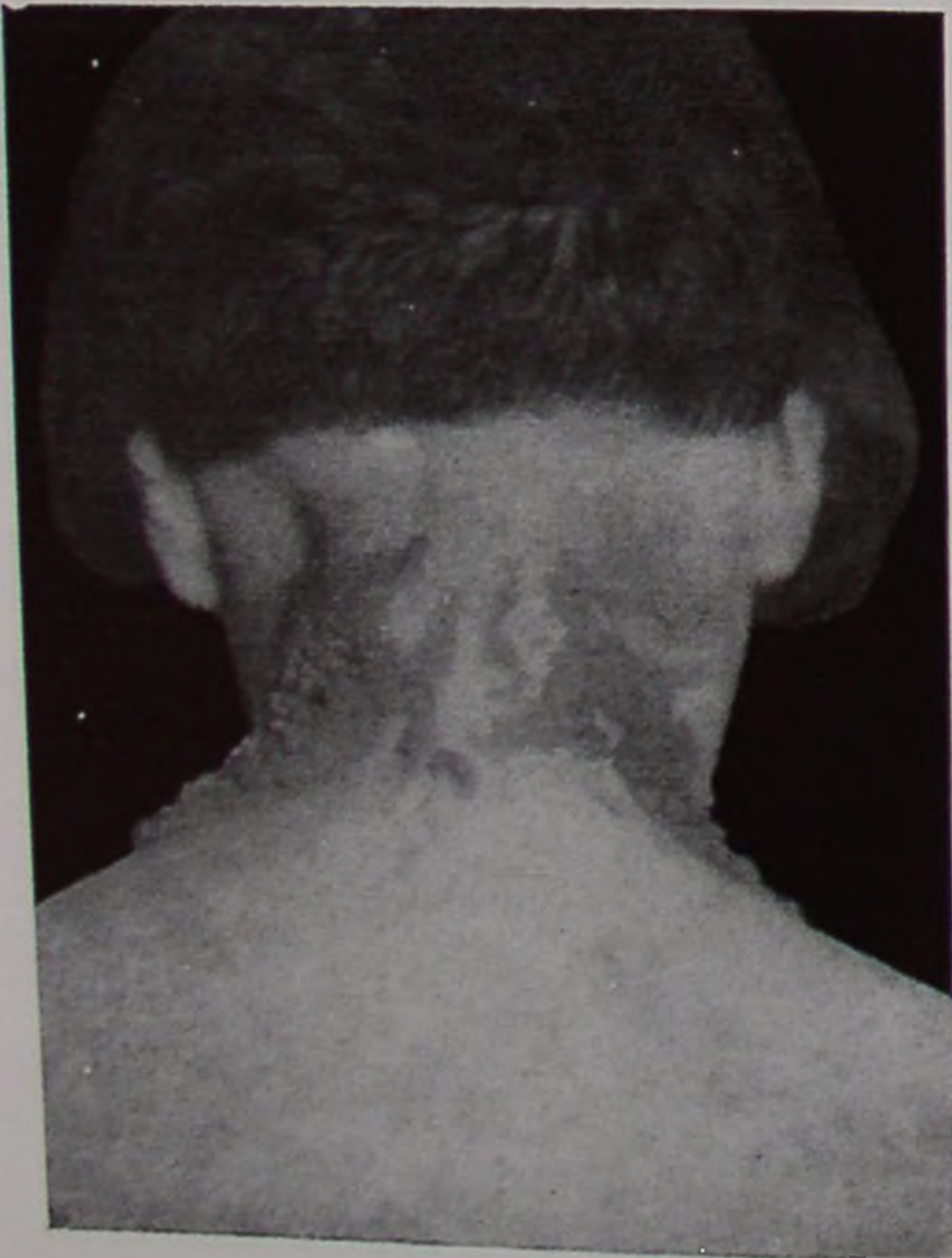
Врожденная кистозная гигрома ш
ной И. Ф., 2 лет, история болезни
1. Опухоль заполняет всю передню
ность шеи и обуславливает затрудн
хания. Производят экстирпацию вс
ли. — 2. Больной после излечени

Р И С. 8.

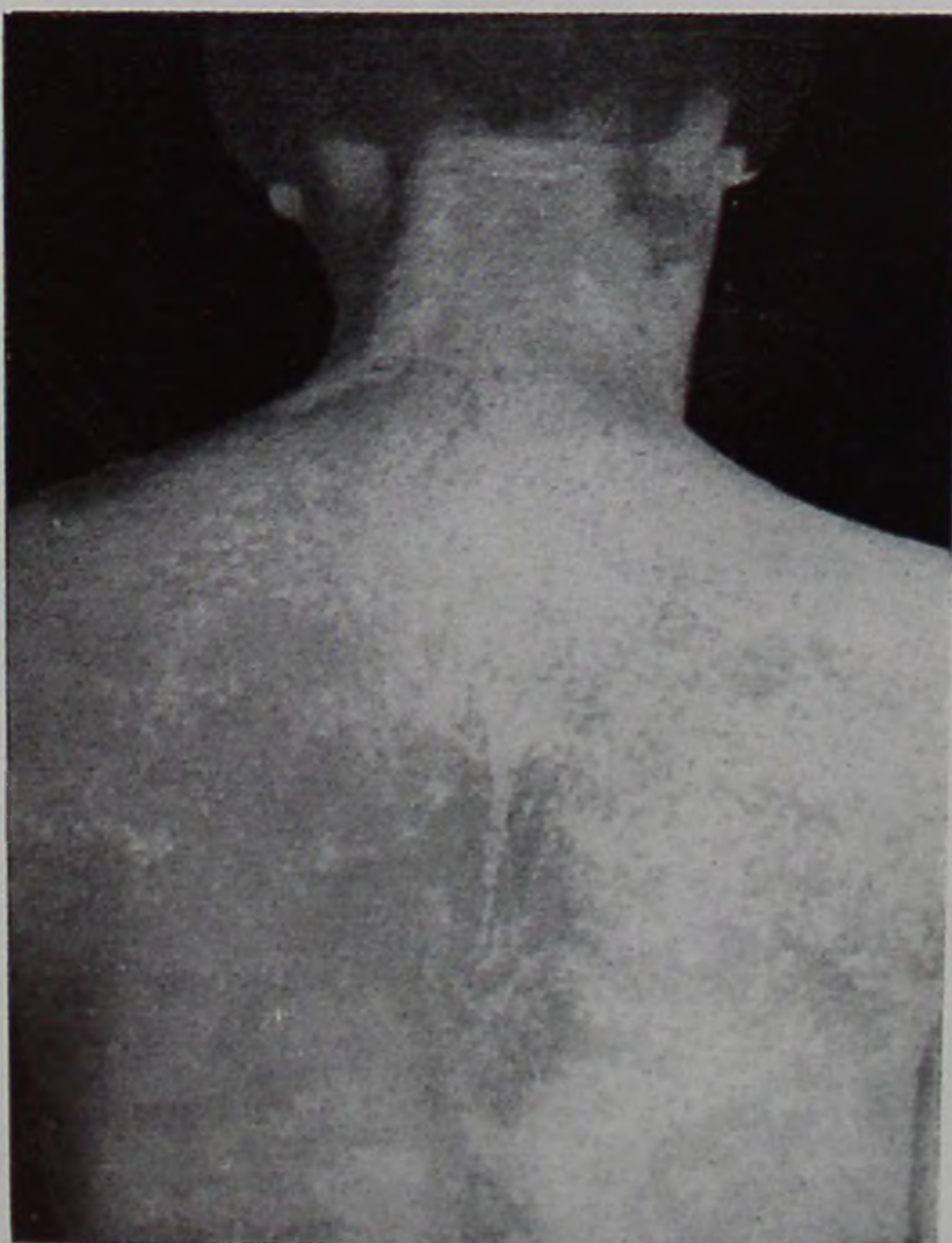
Acanthosis nigricans, разбросанный по всему телу с максимумом в подмышечных впадинах, в паховой области и на шее. Больная М. М., 28 лет, история болезни № 294. 1. На затылке и с обеих

сторон шеи выявляются широкие участки, покрытые т
рично пигментированными сосочками и отростками. —
году была произведена операция, при которой с помощью
были плашмя срезаны указанные образования в дермальн
После операции наступило гладкое заживление.

(1)



(2)



ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ДЕФЕКТЫ

Шея бывает часто местом расположения контрактур, возникающих после неправильно произведенных продольных разрезов по средней линии передней поверхности шеи, главным же образом после ожогов, оставляющих после себя наиболее тяжелые формы контрактур (рис. 9—11). Сложной проблемой являются глоточные свищи, возникающие после ларингэктомии, так как окружающая кожа бывает очень сильно повреждена рентгенотерапией, в связи с чем местнопластические операции могут производиться в весьма редких случаях. В таких случаях приходится подсаживать стельчатые лоскуты, чтобы одновременно можно было заместить часть кожи шеи (рис. 14).

В доантибиотическую эру довольно частым явлением были гранулирующие раны на тыльной поверхности шеи, возникавшие там после карбункулов. В прошлом приходилось наблюдать сильно заметные рубцы после неподходящих разрезов, производившихся при операциях по поводу опухолей щитовидной железы.

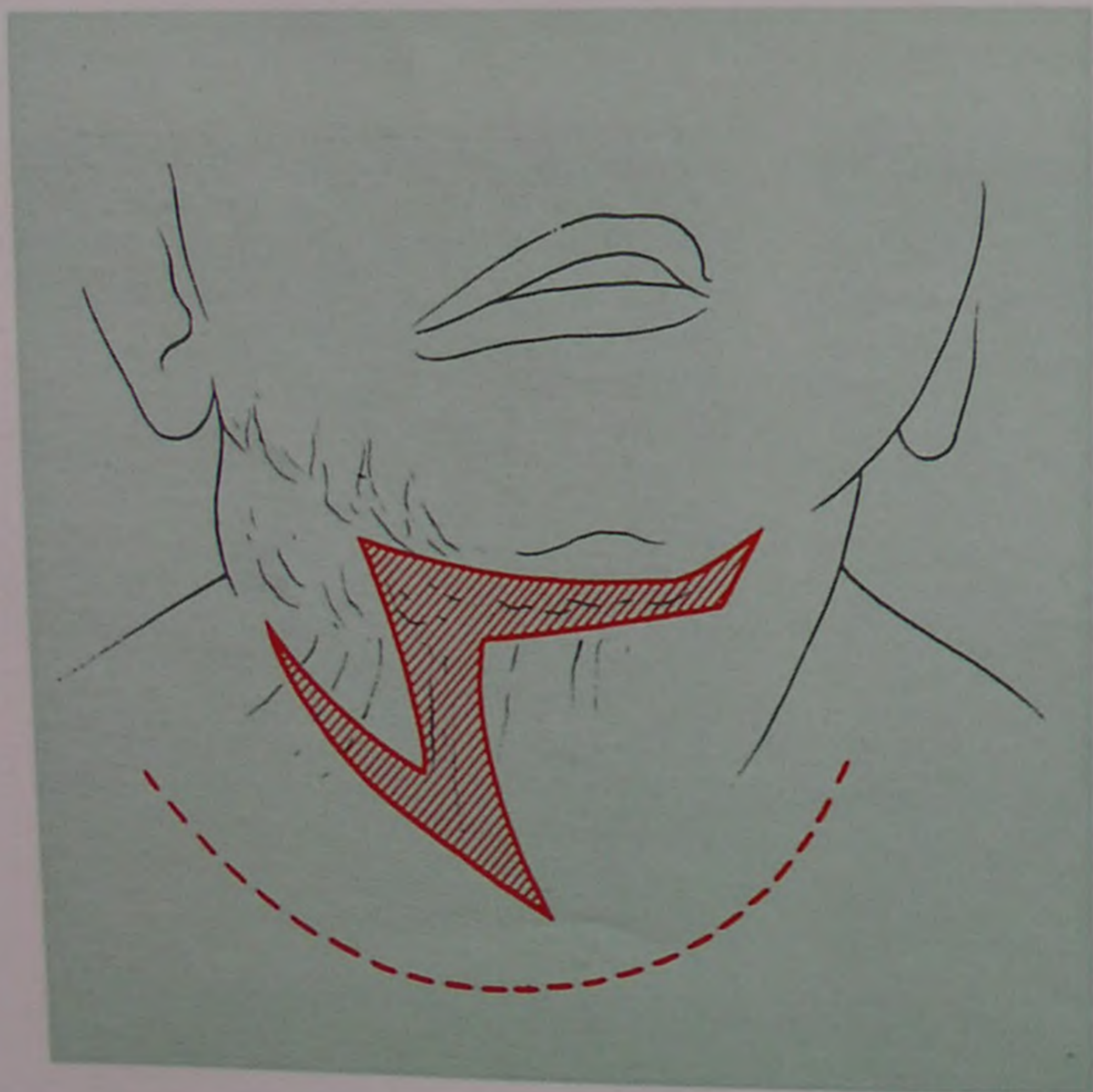


(1)

Р И С. 9.

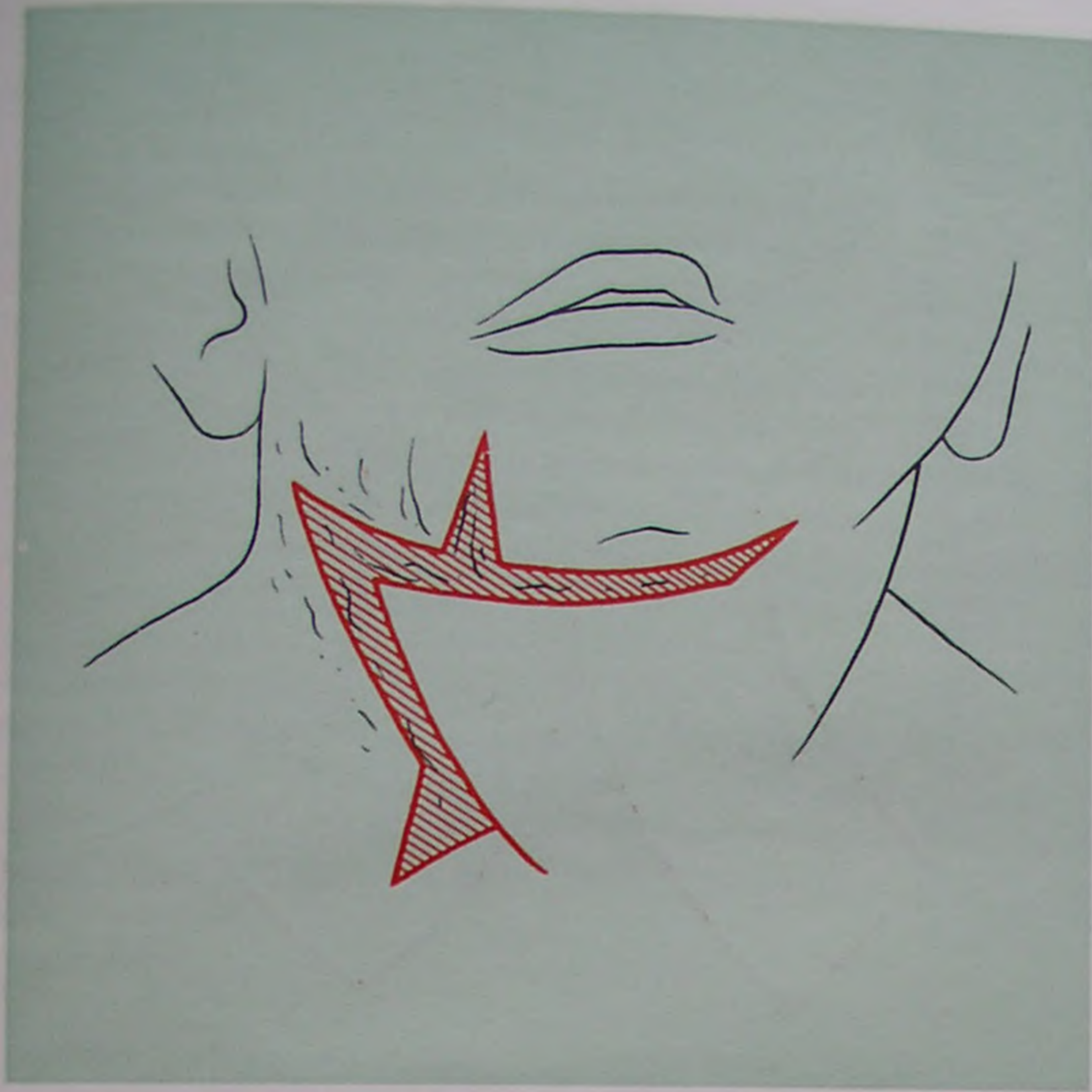
Посттравматические рубцы шеи. Больная М. С., 9 лет, история болезни № 2574. 1. Обширные гипертрофические рубцы правой половины шеи и подбородка, переходящие вдоль нижнего края челюсти на левую сторону. Подбородок притянут к грудной клетке, рот не может быть полностью закрыт. Правый угол рта оттянут книзу. — 2, 3. Произведено отсечение части рубцов. С левой стороны на шее выкроен обширный треугольный лоскут кожи и перемещен на правую сторону. После снятия тяги последовало значительное понижение и сглаживание гипертрофических руб-

(2)

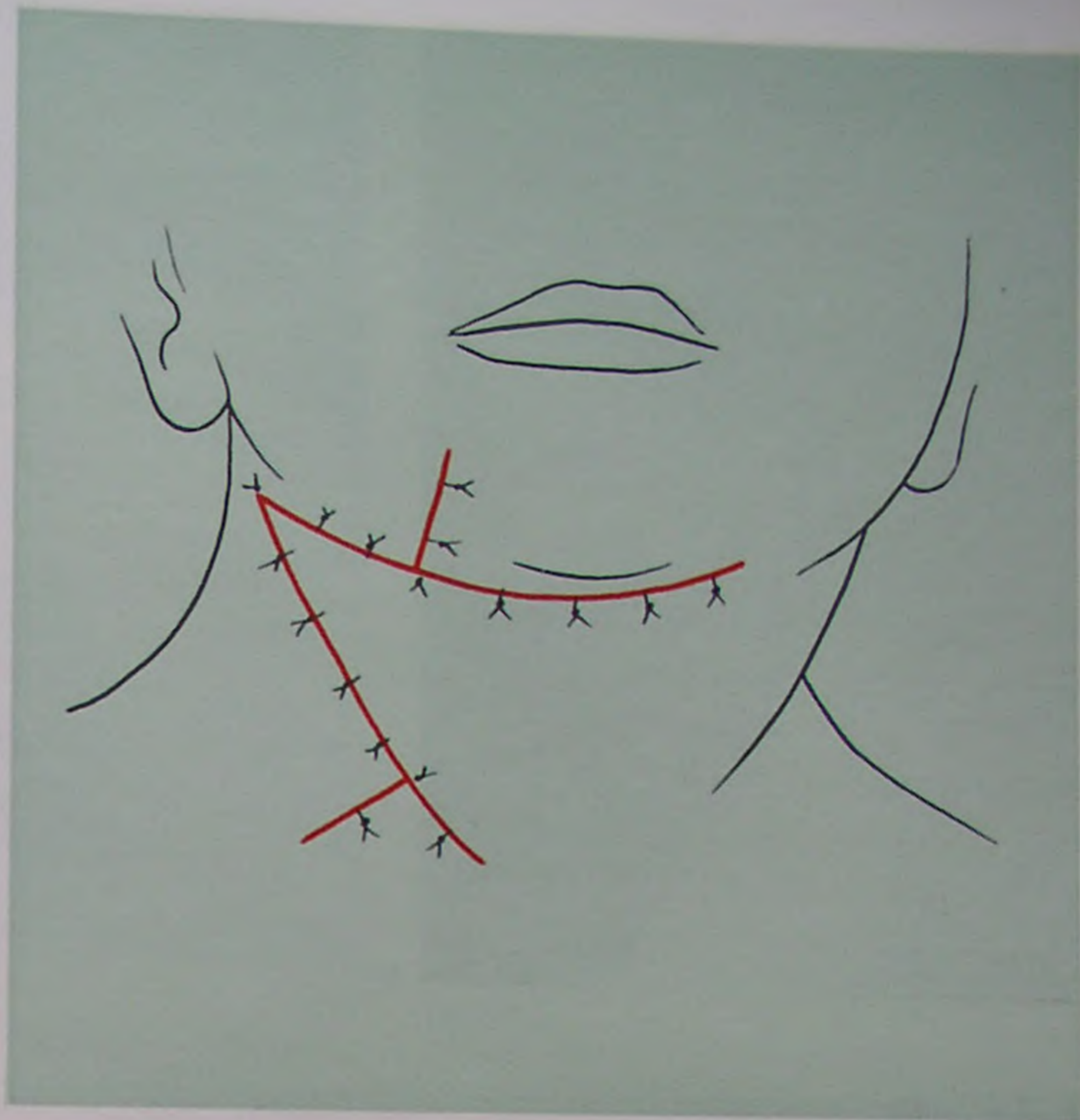


(3)





(4)



(5)

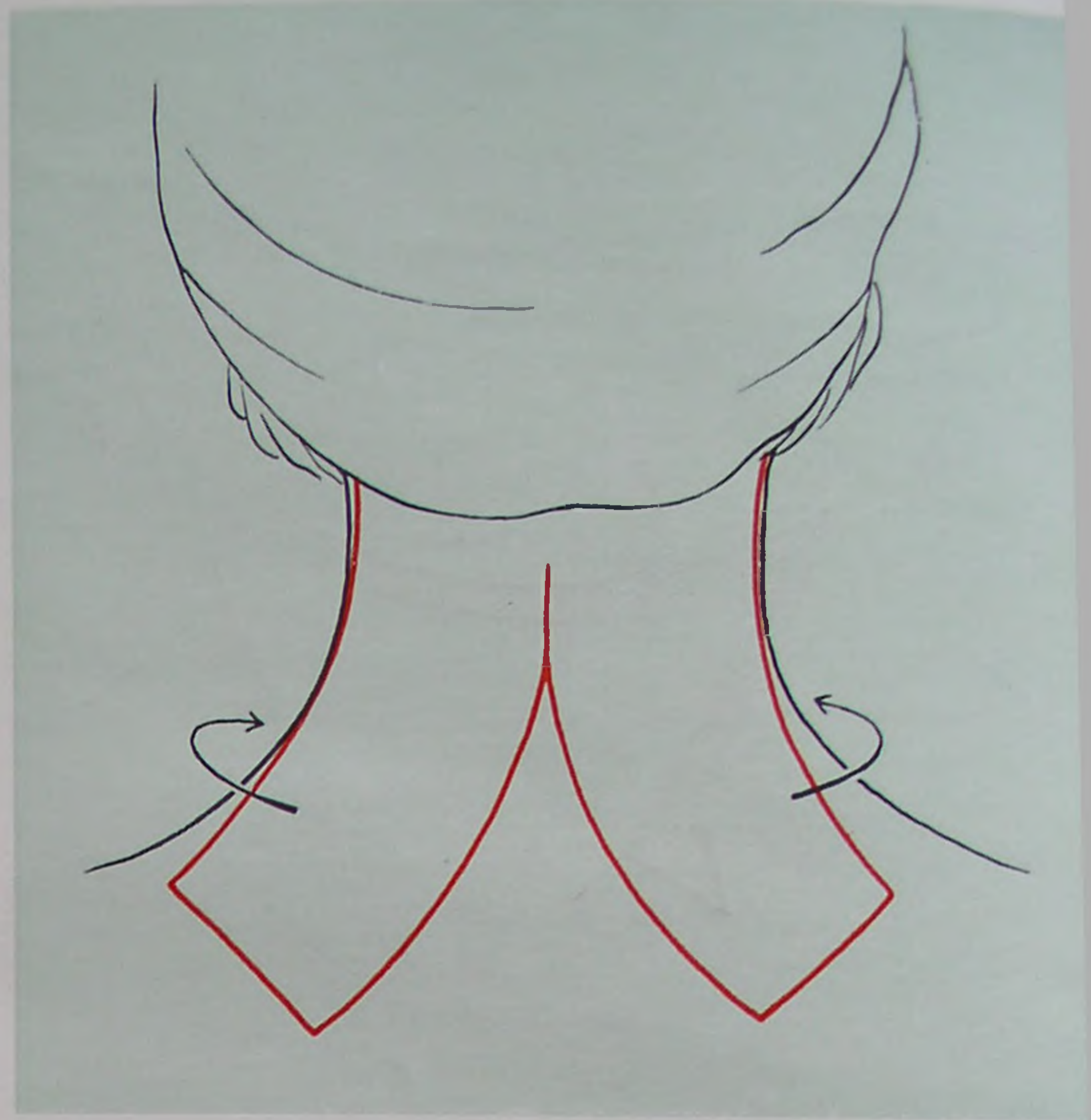
цов. — 4, 5. Первоначально созданный лоскут был вновь отсепарован и передвинут по направлению к правой ушной раковине. Этот маневр позволил произвести отсечение еще части рубцов. — 6. Больная через 9 месяцев после операции. Контрактура шеи полностью устранена.



(6)



(1)



(2)

Р И С. 10.

Фиксация подбородка к грудной клетке, наступившая после тяжелого химического ожога. Больная А. К., 12 лет, история болезни № 28. 1. Выворот нижней губы. — 2. Схема выкраивания лоскутов на шее и спине. После иссечения рубцов была устранена контрактура; лоскуты уложены на шее в виде высокого ворот-

ника. Вторичный дефект закрыт свободными дермо-эпидермальными лоскутами, срезанными на спине ножом Тирша. — 3, 4, 5. Больная после коррекции. Полностью восстановлена подвижность головы.

(3)



(4)



(5)



РИС. 11.

Резко выраженные контрактуры, наступившие после обширного ожога шеи и передней поверхности грудной клетки. Больной В. П., 45 лет, история болезни № 32 353. 1. Подбородок полностью фиксирован к грудной клетке. Произведено частичное иссечение рубцов, перестановка встречных треугольных лоскутов кожи и закрытие оставшихся дефектов свободными дермо-эпидермальными трансплантатами. — 2. Пересаженный трансплантат сильно сморщился, а персистирующие рубцы продолжали оставаться сильно гипертрофированными. В данном случае должна была быть произведена полная экстирпация рубцов, а пересаженные дермо-эпидермальные трансплантаты следовало придержать гипсовым воротником, изготовив его с таким расчетом, чтобы он не снимался в течение нескольких месяцев, дав возможность добиться окончательной коррекции.



(1)



(2)

РИС. 12.

Обширный рубец шеи, возникший после облучения по поводу шейного лимфаденита. Больная А. С., 23 лет, история болезни № 5276. 1. В раннем детстве больная подверглась облучению по поводу шейного лимфаденита. После облучения наступило изъязвление кожи, в результате излечения образовался сморщенный

рубец. Обширная область кожи атрофична, склерозирована, с эктазиями, так что ни о местной пластике, ни о свободной пересадке лоскутов не может быть и речи. — 2. Произведено иссечение измененных участков кожи. На возникшие дефекты были пересажены через правое предплечье с живота стебельчатые лоскуты. — 3. Выкраивание стебля для закрытия дефекта; у переносимого края произведена перестановка встречных треугольных лоскутов.

(1)

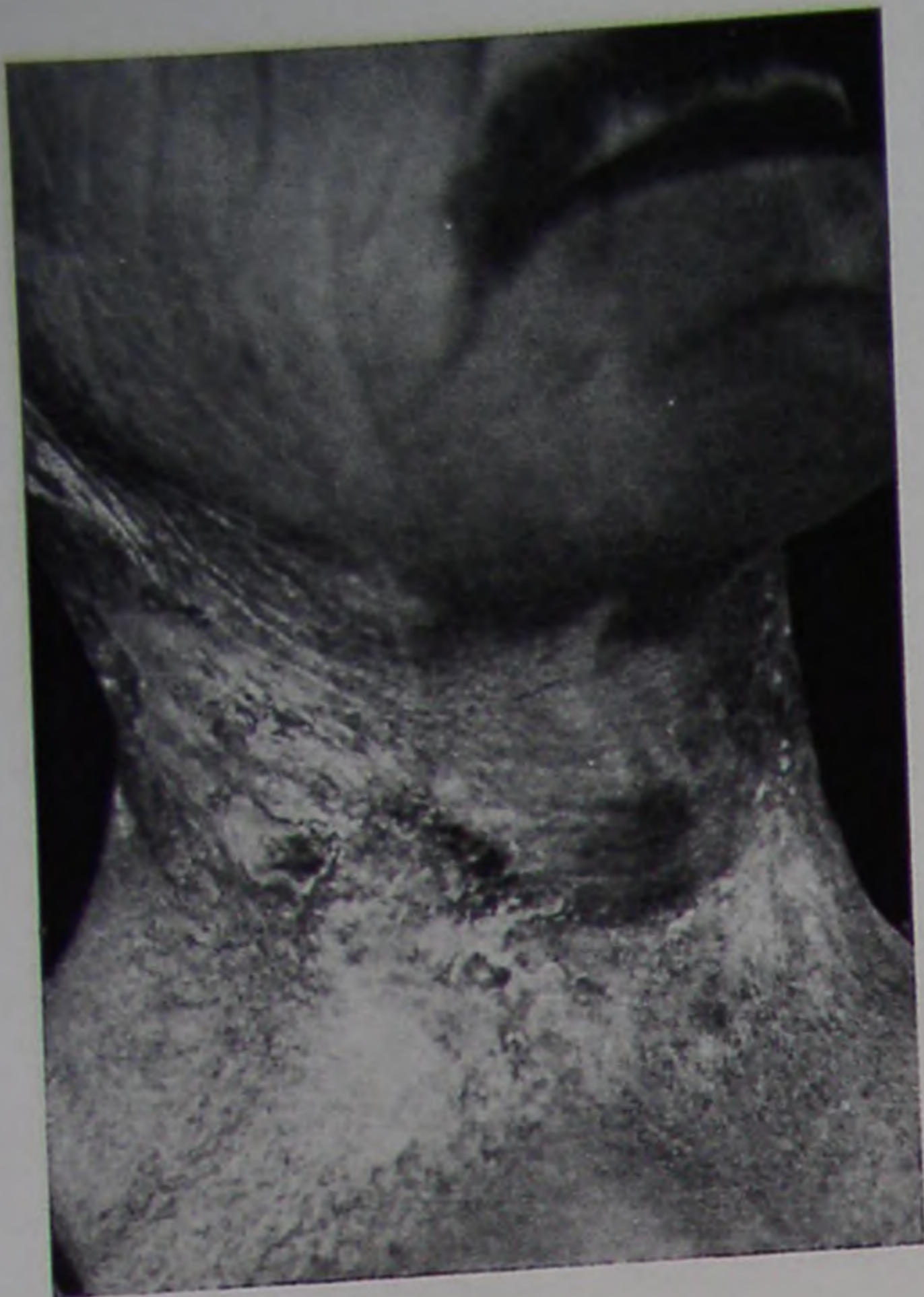


(2)

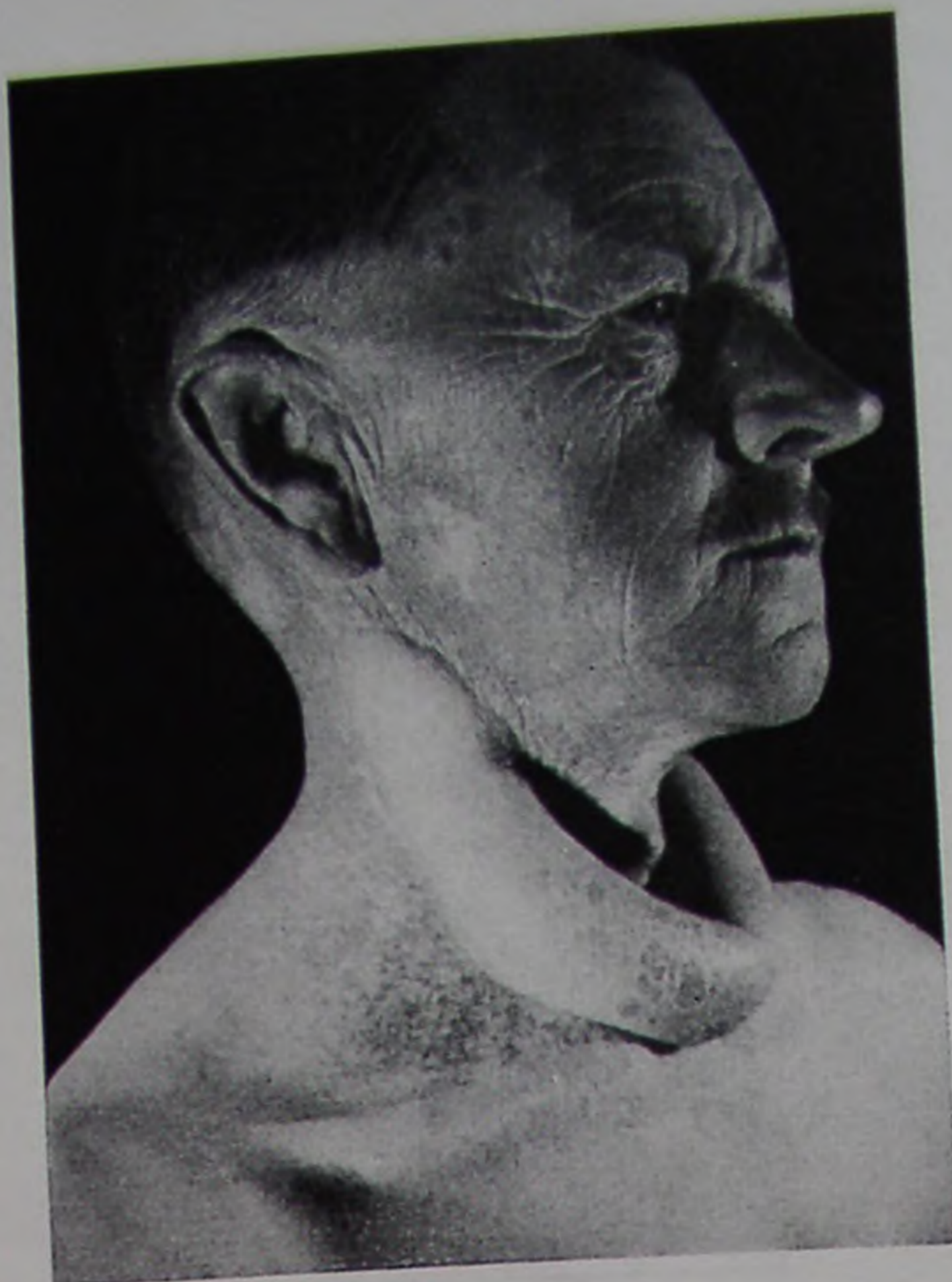


(3)

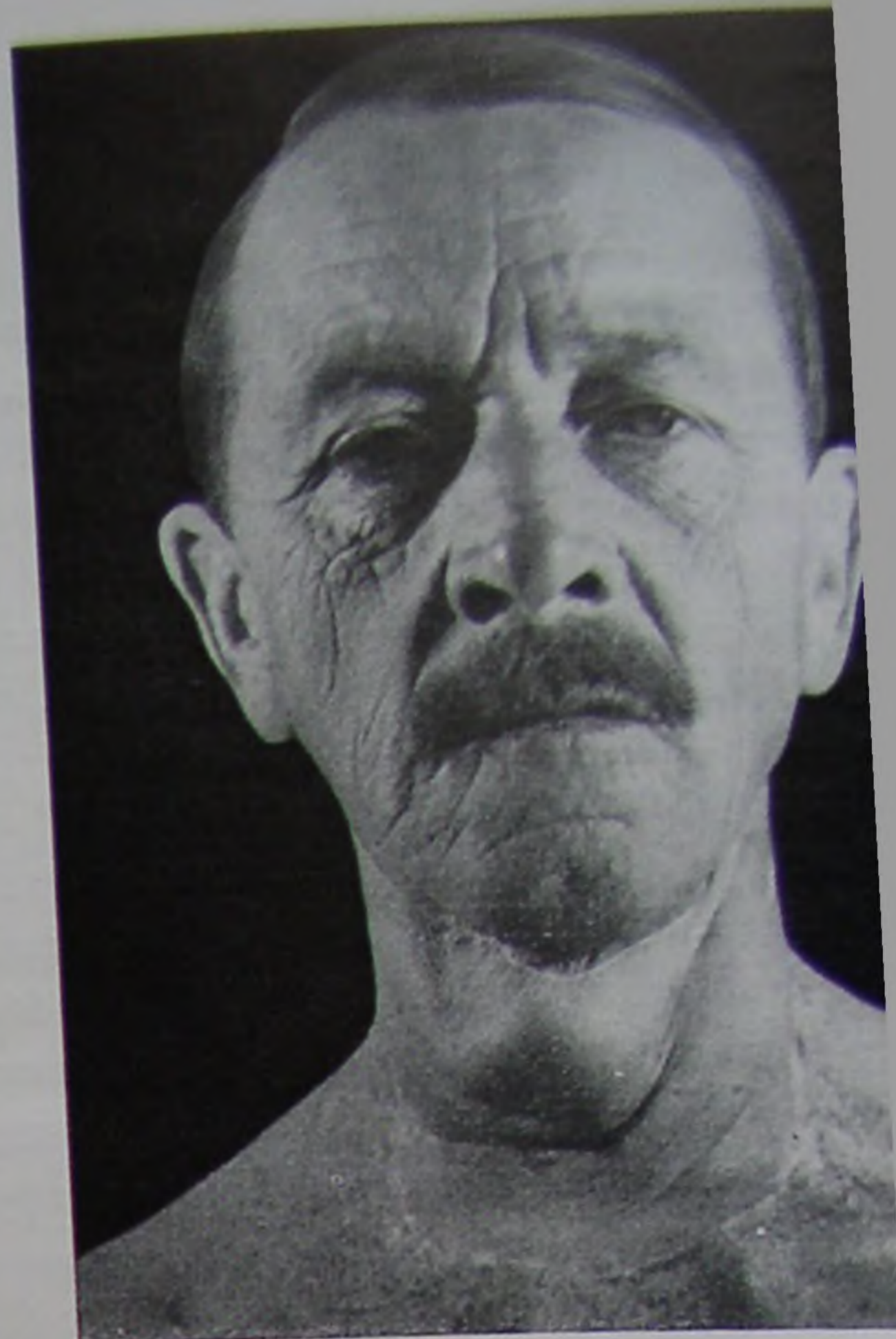




(1)



(2)

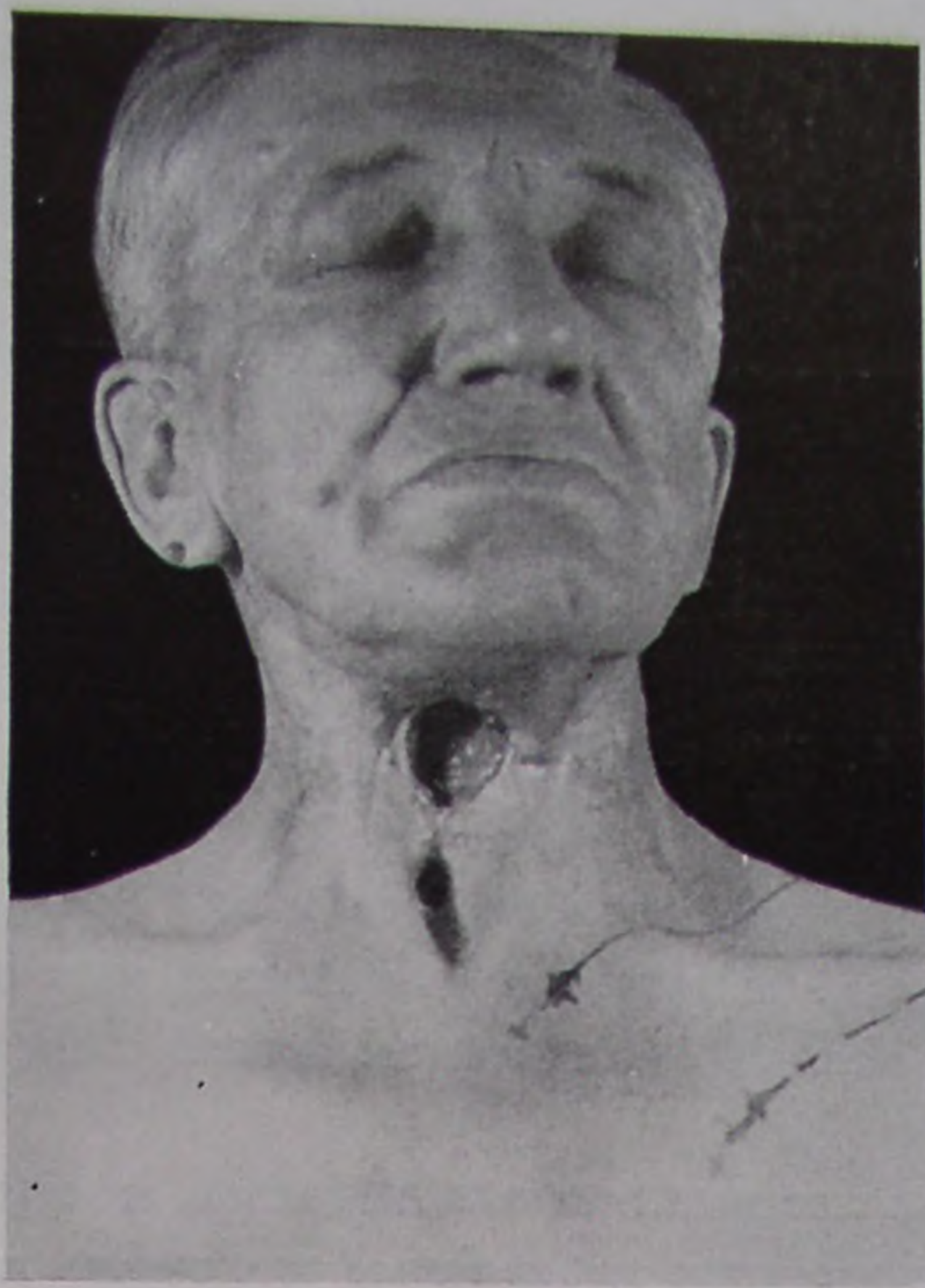


(3)

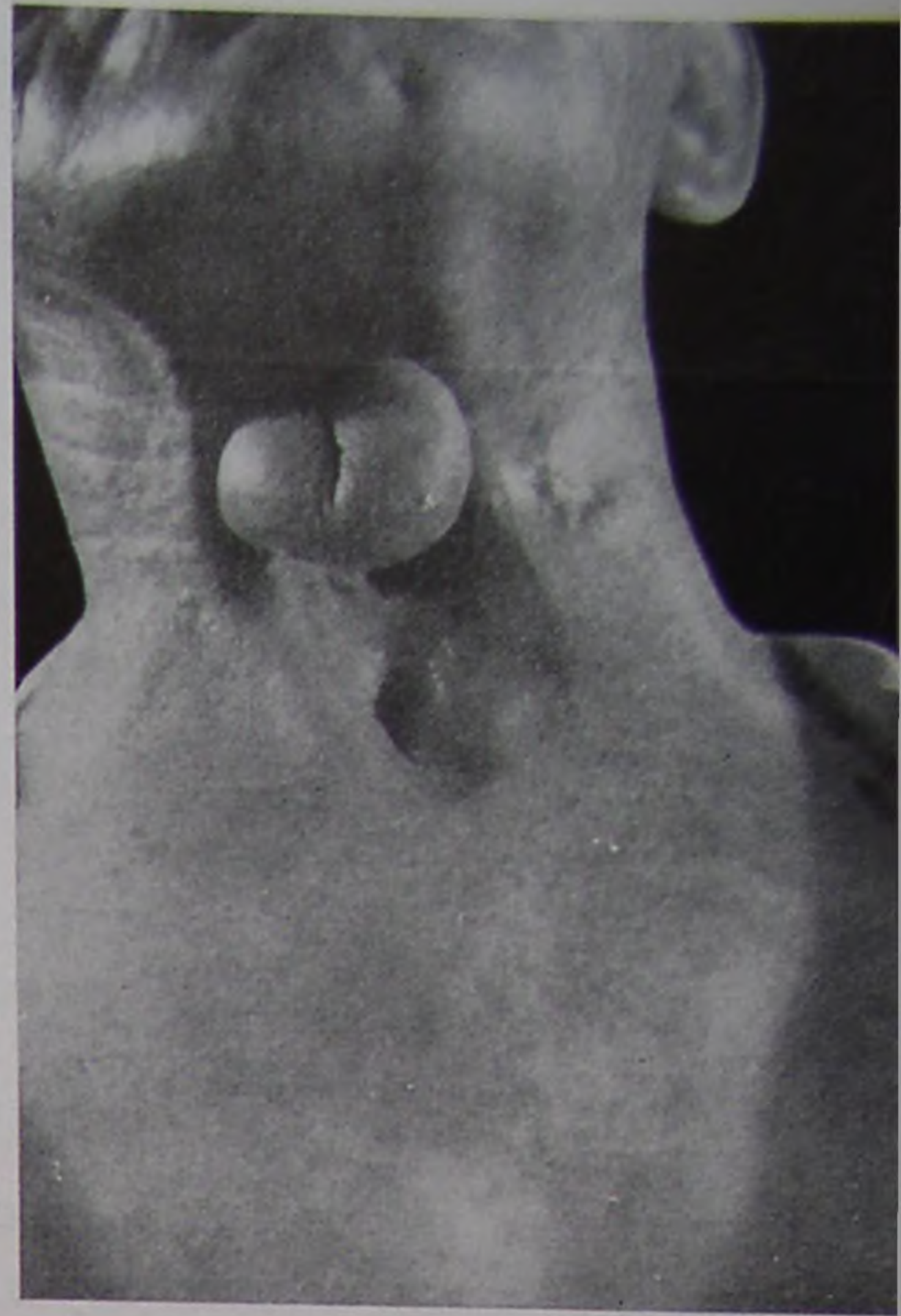
РИС. 13.

Рак на сожженной после рентгенооблучения коже шеи. Больной А. Ф., 52 лет, история болезни № 5829. 1. Тяжелый атрофический дерматит, обширные рубцовые изменения, многочисленные эктазии, изменения в пигментации, папиллярные отростки и язва на правой стороне шеи. При гистологическом исследовании был диагностирован базоцеллюлярный рак, исходящий из адено-

мы потовых желез. 18 лет тому назад больной подвергался рентгенооблучению по поводу лимфом шеи. — 2. При помощи электропетли произведено иссечение опухоли и экстирпация рубца на правой стороне шеи. К дефекту подшит стебельчатый лоскут, приготовленный по ходу гребня правой подвздошной кости, и перенесенный на новое место через предплечье. Второй стебель подшит к левой стороне шеи. — 3. После рассечения и расплавления стебель покрыл всю переднюю поверхность шеи. Больной после первой пластики. Операцию произвел Вацлав Карфик



(1)



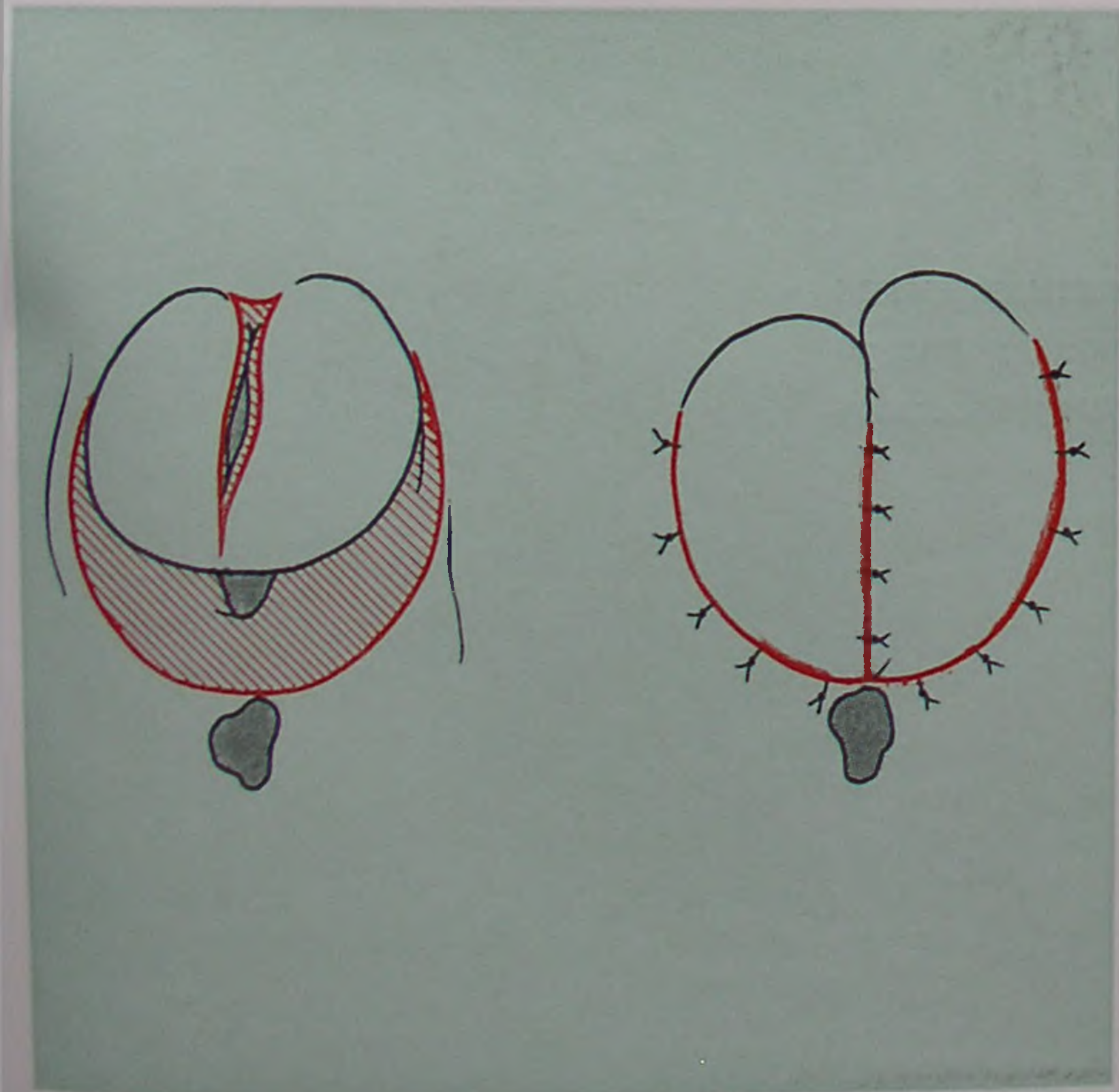
(2)

РИС. 14.

Пищеводный свищ, возникший после ларингэктомии, произведенной по поводу рака гортани. Больной А. Г., 68 лет, история болезни № 19 106. 1. Кожа шеи на обширной поверхности повреждена рентгенооблучением. На левом плече зарисованы очертания лоскута. — 2. Произведено застегивание лоскута. Затем в два эта-

па осуществлена пересадка стебля к краям дефекта. — 3, 4. Схема разворачивания и выкройки лоскута. Рубцы отсекают до самого трахеостомического отверстия. Наружная часть лоскута покрывает весь дефект. — 5. Больной после излечения. Операцию произвел Ладислав Фаркаш.

(3)



(4)

(5)

