

УДК 616-006-089.844

Актуальность круглого шагающего (филатовского) стебля при реконструктивных операциях в офтальмоонкологии

Малецкий А. П.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им В. П. Филатова
НАМН Украины», г. Одесса, Украина

Резюме. Восстановление анатомических структур лица в связи с врожденными и приобретенными дефектами не всегда удается путем перемещения местных мягких тканей или использования аутотрансплантата кожи на сосудистой ножке. В работе представлены два клинических случая, в которых для закрытия дефектов мягких тканей и формирования век был применен разработанный более 100 лет тому назад Филатовым В. П. метод круглого шагающего стебля (филатовский стебель). Полученные результаты свидетельствуют об эффективности данной методики для решения сложных вопросов пластической и заместительной хирургии в офтальмологии.

Ключевые слова: реконструктивная хирургия, круглый шагающий стебель (филатовский стебель), онкология.

ВВЕДЕНИЕ

Восстановление анатомических структур лица с использованием техники перемещения мягких тканей при обширных врожденных и приобретенных дефектах является серьезной проблемой для хирурга в связи с ограниченными возможностями такой методики. Использование аутотрансплантата на сосудистой ножке не всегда является возможным в силу отсутствия достаточной трофики и ряда других факторов [1, 2, 3, 4]. Для таких случаев более 100 лет назад и была предложена методика так называемого «шагающего круглого стебля».

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель работы – оценить возможность использования «шагающего круглого стебля» в офтальмоонкологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Методика «шагающего филатовского стебля» состояла в том, что из кожно-жировой ткани шеи и подчелюстной области (при необходимости могут быть использованы ткани передней брюшной стенки) выкраивали лоскут в соответствии с размерами дефекта тканей лица, из которого формировали так называемый «стебель» в виде «чемоданной ручки». Через три недели, в течение которых формировался сосудистый пучок внутри стебля, его дистальный конец от-

секали у основания, разворачивали в сторону дефекта и фиксировали в подготовленном во время операции ложе (1-й «шаг» стебля). Через 14–16 дней таким же образом производили аналогичные манипуляции («шаги» стебля), приближая лоскут к зоне дефекта. Количество шагов, как правило, зависит от длины сформированного стебля и расстояния до зоны дефекта. В качестве примера применения данной методики в отделении офтальмоонкологии приводим два клинических случая.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Больной Ж., 64 года. В июне 2005 года произведена субпериостальная экзентерация орбиты по поводу базальноклеточного канцера (склеро-дермоподобная форма) с последующими двумя курсами лучевой терапии (суммарная доза равна 110 Гр) в комбинации с криотерапией по поводу базальноклеточного рака кожи век, лобной, теменной и височной областей левой половины лица и тканей левой орбиты с наличием региональных метастазов в околоушные и подчелюстные лимфоузлы. В феврале 2006 года был отмечен прогрессивный рост опухоли в лобно-теменной зоне, в области переносицы и ската носа (рисунок 1), в связи с чем было произведено повторное иссечение опухоли лобно-теменной и височной областей, в результате которого образовался обширный дефект тканей в зоне вмешательства (рисунок 2).



Рисунок 1
Дальнейший рост опухоли лобно-теменной области, переносицы, ската носа. Состояние после субпериостальной экзентерации орбиты по поводу базальноклеточного канцера (склеродермоподобная форма), лучевой терапии и криодеструкции

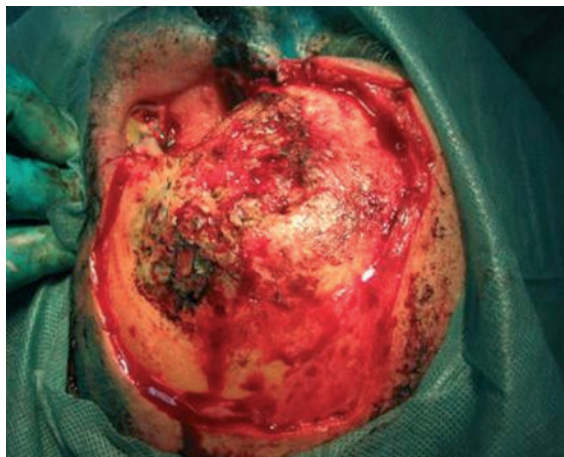


Рисунок 2
Дефект мягких тканей лобно-теменной, височной областей после иссечения опухоли

Для закриття утвореного дефекта м'яких тканин в надбровній, лобній і теменній зонах були використані ткани, перемещені з теменної області в вигляді клиновидних лоскутів (рисунок 3).

Образований дефект в теменній області був закритий вільним шкірним лоскутом, взятим з передньої брюшної стінки. Однак в зв'язі з великою площею дефекта тканин в надбровній області для його закриття додатково був сформований круглий шагаючий (філатовський) стебель в області шиї (рисунок 4). Состояние хворого через 24 дні показано на рисунку 5.



Рисунок 3
Формирование клиновидных лоскутов с тканей теменной области

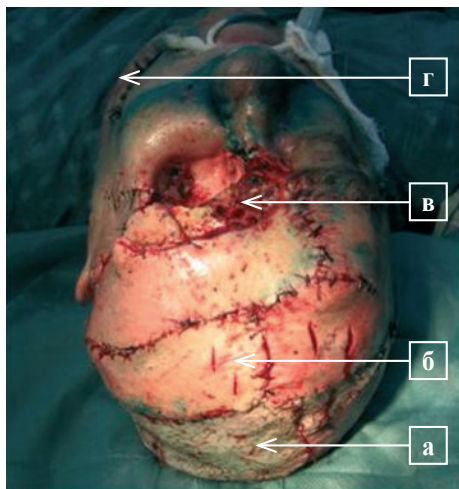


Рисунок 4
Состояние после завершения операции

Примечание. а – свободный лоскут кожи, взятый с передней брюшной стенки; б – перемещенные ткани с теменной на лобно-теменную область; в – дефект мягких тканей в надбровной области; г – филатовский стебель (максимальная длина 12,0 см и толщина 1,5 см).



Рисунок 5

Состояние больного через 24 дня

Примечание. а – свободный кожный трансплантат прижился хорошо; б – частичный некроз перемещенных местных тканей.

В связи с увеличением дефекта в надбровной области и наличием некроза мягких тканей в лобной области сформирован дополнительный круглый стебель в правой подчелюстной области и произведен первый «шаг» стебля в левую подчелюстную область (рисунки 6 и 7). Через 2 недели был произведен второй «шаг» стебля слева и первый – справа (рисунки 8 и 9).



Рисунок 6

Круглый стебель в правой подчелюстной области



Рисунок 7

Первый «шаг» стебля в левой подчелюстной области



Рисунок 8
Первый «шаг» стебля справа



Рисунок 9
Второй «шаг» стебля слева через 2 недели после предыдущей операции

При повторном обращении больного через 14 дней был отмечен дальнейший рост опухоли с поражением правой орбиты, корня и ската носа, по поводу чего была произведена частичная экзентерация орбиты справа и резекция тканей корня носа. Дефект правой орбиты и корня носа были закрыты с помощью филатовского стебля (рисунок 10).



Рисунок 10
Закрытие дефекта правой орбиты и корня носа после резекции опухоли

В дальнейшем, по истечению 16 дней после последней операции, шагающие филатовские стебли, сформированные с правой и левой сторон, были использованы для закрытия дефектов мягких тканей надбровной и лобной областей, а также в области ската и корня носа (рисунок 11).



Рисунок 11
Закрытие дефекта мягких тканей с помощью филатовских стеблей

Пациентка П., 23 года, была прооперирована по поводу анофтальма и деформации век левой орбиты. В возрасте 1,5 лет ребенку была произведена энуклеация с последующими курсами глубокой рентгенотерапии по поводу диагноза: ретинобластома левого глаза. Для формирования век и конъюнктивальной полости был использован филатовский шагающий стебель, сформированный из тканей передней брюшной стенки. Следующий этап операции был произведен по истечении двух недель для формирования первого «шага» на кисть левой верхней конечности, второго «шага» – в левую височную область – также по истечении двухнедельного срока. В конце 4-й недели дистальный конец стебля был отсечен и фиксирован к мягким тканям в области ската носа и внутреннего угла век (рисунки 12 и 13). Для пластики конъюнктивальной полости был использован свободный лоскут слизистой оболочки нижней губы.

Представленные клинические случаи свидетельствует о том, что использование филатовского «шагающего» стебля позволяет даже в тяжелейших случаях не только закрывать обширные дефекты тканей лица, но также формировать и восстанавливать веки. Клиническое наблюдение показало, что в данных случаях наблюдалось успешное приживление тканей, что объясняется хорошим уровнем кровоснабжения сформированного для пластики «шагающего» стебля.



Рисунок 12
Больная П. Анофтальм слева, облитерация конъюнктивальной полости, полная атрофия верхнего и нижнего век



Рисунок 13
Та же пациентка через год после пластики орбиты, конъюнктивальной полости и век с использованием свободного лоскута слизистой нижней губы и Филатовского стебля

ВЫВОДЫ

Предложенный академиком Филатовым В. П. оригинальный метод пластики дефекта тканей с помощью «шагающего стебля», получившего в настоящее время название филатовского, может быть и в настоящее время рекомендован в качестве метода выбора для закрытия обширных дефектов тканей с нарушенной трофикой.

Актуальність круглого крокуючого (філатівського) стебла при реконструктивних операціях у офтальмоонкології

Малецький О. П.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова НАМН України», м. Одеса, Україна

Резюме. Відновлення анатомічних структур обличчя у зв'язку з вродженими та набутими дефектами не завжди вдається шляхом переміщення місцевих м'яких тканин або використання аутоотрансплантата на судинній ніжці. У роботі представлені два клінічні випадки, в яких для закриття дефектів м'яких тканин і формування повіка було застосовано розроблений більше 100 років тому Філатовим В. П. метод круглого крокуючого стебла (філатівське стебло). Отримані результати свідчать про ефективність цієї методики для вирішення складних питань пластичної та замісної хірургії в офтальмології.

Ключові слова: реконструктивна хірургія, кругле крокуюче стебло (філатівське стебло), онкологія.

The actuality of walking round (Filatov) stem at reconstructive operations in ophthalmooncology

Maletskiy O. P.

PI «The Filatov Institute of Eye Diseases and Tissue Therapy of the NAMS of Ukraine», Odesa, Ukraine

Summary. Plastic reconstruction of facial abnormalities caused by congenital or acquired defects are not always possible by moving the local soft tissue or the use of autografts in the vascular pedicle. In our opinion in such cases the treatment of choice can be used walking round stem proposed by Filatov in 1914. Purpose is to explore the possibility of Filatov stem in ophthalmooncosurgery.

Two patients had applied Filatov stem. In the first case (23-years female) eyelids were almost absent after enucleation and deep X-ray therapy in 1.5 years of age due to retinoblastoma. The second patient (64 years male) had a cancer of eyelids, orbit, nose and frontal area. Previously been done radiotherapy (110 Gy), cryodestruction of tumor and exenteration of the orbit. In the first case the Filatov stem made possible to form eyelids and conjunctival cavity and perform prosthetics. In the second defects of nose and brow ramp area were successfully closed.

The Filatov stem may be the method of choice for the closing large tissue defects with trophic disorders. Thus, the original method of plastic tissue defects proposed by Filatov 100 years ago, has not lost its relevance today.

Keywords: reconstructive surgery, walking round stem (Filatov stem), oncology.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология / В. В. Афанасьев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 880.
2. Чучунов А. А. Пластика дефектов лица кожным стеблем Филатова / А. А. Чучунов, А. А. Левенец, Ю. О. Антипенко. – Красноярск : [б. и.], 2012. – 94 с.
3. Неробеева А. И. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. Руководство для врачей / А. И. Неробеева., Н. А. Плотникова. – М. : Медицина, 1991. – С. 228.
4. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология / Т. Г. Робустова. – М. : Медицина, 2011. – 504 с.

REFERENCES

1. Afanasyev V. V. *Surgical Stomatology*. Moscow, GEOTAR-Media, 2010. p. 880. (in Russ.)
2. Chuchunov A. A., Levenets A. A., Antipenko Yu. O. *Plastic facial skin defects with Filatov stem*. Krasnoyarsk, 2012. 94 p. (in Russ.)
3. Nerobeeva A. I., Plotnikova N. A. *Reconstructive surgery of soft tissues on the maxillofacial region. Guidelines for physicians*. Moscow, Meditsina, 1991. 228 p. (in Russ.)
4. Robustova T. G. *Surgical stomatology*. Moscow, Meditsina, 2011. 504 p. (in Russ.)

Рецензент: Веселовська З. Ф., д-р мед. наук, професор
Стаття надійшла в редакцію 04.04.2015 р.