

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ЗАКИРОВА ЛИЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

**ВКЛАД КАЗАНСКИХ ХИРУРГОВ В РАЗВИТИЕ
РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
(XIX-XX вв.)**

14.01.14 - Стоматология

07.00.10 - История науки и техники (медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научные руководители:
доктор медицинских наук, профессор
Тафкиль Такиевич Фаизов
доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ
Валерий Юрьевич Альбицкий

Казань - 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Глава 1. Аналитический обзор литературы по истории реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в России в XIX-XX вв. Периодизация.....	11
1.1. Первый этап становления и развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области (1801 – 1885 гг.).....	11
1.2. Развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области с 1885 – 1950 гг. (второй этап).....	22
1.3. Третий этап развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области с 1950-1962 гг.	32
1.4. Развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области с 1962-1999 гг. (четвертый этап).....	35
Глава 2. Вклад казанских хирургов в становление реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области (1835-1920 гг.). Периодизация.....	46
2.1. Зарождение реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области. Значение деятельности П.А. Дубовицкого.....	56
2.2. Деятельность Н.И. Студенского.....	61
2.3. Развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в конце XIX начале XX вв., деятельность В.И. Разумовского, О.А. Рустицкого, М.М. Красина и др.....	70
Глава 3. Вклад казанских ученых в развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области.....	76
3.1. Второй этап развития специальности (1920-1954 гг.).....	76
3.2. Третий этап развития специальности (1954-1999 гг.)	101
Глава 4. Развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в Казани как области практической деятельности и предмета преподавания.....	122

4.1. Оказание медицинской помощи в области реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в академических и практических учреждениях.....	122
4.2. Преподавание предмета реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области.....	133
Заключение.....	149
Выводы.....	159
Практические рекомендации.....	163
Список литературы	163
Приложение 1.1 – Примеры операций, выполненных профессором Н.И. Студенским, свидетельствующие о его высоком профессионализме и мастерстве.....	181
Приложение 1.2 – Свидетельства врачебной квалификации казанских хирургов в I периоде развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области.....	184
Приложение 1.3 – Фрагменты статей доцента И.М. Утробина с наиболее ценным опытом, которые он опубликовал в довоенный, военный и послевоенный периоды.....	194
Список иллюстративного материала.....	197

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы и степень ее разработанности.

Развитие любой медицинской специальности формирует её историю [99]. Реконструктивная хирургия челюстно-лицевой области, это область хирургии, разрабатывающая оперативные методы лечения больных с врождёнными и приобретёнными дефектами и деформациями тканей, с нарушениями функций в челюстно-лицевой области. Сегодня она быстро развивающаяся отрасль хирургии. В ней используются все самые современные научные достижения: компьютерная спиральная томография с 3D реконструкцией лицевого скелета; лазерные, эндоскопические и микрохирургические инструменты; специальная увеличивающая оптика, и все это для более точного, деликатного и щадящего оперативного вмешательства. Современные методы трансплантологии позволяют пересаживать кожно-мышечно-костные васкуляризированные лоскуты при любых размерах и локализации дефектов и немедленно восстанавливать все ткани после их удаления по поводу новообразований. Применение новейших компьютерных технологий дает возможность заранее готовить точные шаблоны планируемых к пересадке тканей. Различные виды эндопротезирования позволяют с большой точностью реконструировать челюстно-лицевую область [9; 77; 80; 112].

Наиболее востребованными операциями в реконструктивной хирургии являются операции в челюстно-лицевой области, и, конечно, если обратиться к истории возникновения и развития специальности, то до XX века в подавляющем числе случаев они выполнялись на лице [111].

Условия для развития реконструктивной челюстно-лицевой хирургии становились благоприятными в тех городах, где были основаны университеты с медицинскими факультетами и клиниками. В России к ним относилась и Казань, где в 1804 г. был открыт университет, а через 10 лет в 1814 г. при университете – медицинский факультет. Изучение истории становления и развития пластической челюстно-лицевой хирургии в Казани с первой половины XIX до начала XXI вв.

предполагает обращение к литературе, отражающей основные этапы развития этой специальности в России и непосредственно в Казани.

Первой и самой важной, с нашей точки зрения, особенностью является то, что большинство операций, выполняемых на лице по любой причине, будь то травматическое повреждение или воспалительные процессы, врождённые дефекты и деформации, онкология или инволюционные изменения тканей – требуют знаний навыков и приёмов реконструктивной хирургии.

После Октябрьской революции 1917 г. в связи с реформой высшего медицинского образования сформировалась «Стоматология» как наука и вид практической деятельности с дифференциацией стоматологических дисциплин и образованием хирургической стоматологии, включившей в себя практически все разделы челюстно-лицевой хирургии с её научными и практическими проблемами - это вторая особенность.

Третьим моментом является то, что челюстно-лицевой хирургией в разное время и периоды занимались хирурги общего профиля. Выпускники лечебного и педиатрического факультетов и хирурги-стоматологи – выпускники стоматологического факультета.

Необходимо учитывать и тот факт, что официально «пластическая хирургия» была введена в «Общий реестр медицинских специальностей» в России только в 2009 г., то есть официально её не было до указанной даты – это четвёртый важный момент.

Обозначенные положения обусловили опосредованное развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области, как специальности вне зависимости от официального признания. Более того, работа хирургов, выполнявших различные пластические операции, накопленный опыт, появление научных направлений, создание медицинских школ привели к возникновению специальности как самостоятельной и «заставившей» признать себя официально.

Исходя из вышеизложенного, представляется достаточно актуальным проанализировать исторические аспекты организации, становления и развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в России, и, в частности,

в Казани, где, фактически, отсутствуют полные, всесторонние, обобщающие научные исследования в данной области медицинской науки. Данное обстоятельство определяет актуальность избранной нами темы.

В силу современных реформ в сфере здравоохранения актуально изучение научных традиций в реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области. Использование исторического опыта может способствовать более тщательному планированию организационных мероприятий в этой сфере.

Поскольку в диссертационном исследовании анализируется не только научная, но и педагогическая деятельность профессионалов, актуальным является обращение к истории педагогической составляющей в развитии реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области на примере казанской медицины.

Изучение истории становления и развития пластической челюстно-лицевой хирургии в Казани предполагает обращение к литературе, отражающей основные этапы развития этой специальности в России и непосредственно в Казани. Источниками исследования являются архивные документы из Национального архива Республики Татарстан, Казанского государственного медицинского университета, литературные источники и интервью специалистов-современников по челюстно-лицевой хирургии, свидетельствующие о роли казанских учёных и врачей в развитии казанской медицинской школы пластической реконструктивной и эстетической челюстно-лицевой хирургии, как научной и клинической дисциплины.

Работы по изучаемому вопросу, написанные до 1917 г., в большинстве случаев носят описательный характер. Вместе с тем, имеются и немногочисленные публикации, содержащие анализ деятельности пластических хирургов при оказании помощи людям с дефектами и деформациями внешности. Уже в середине XIX в. появились труды, дающие представление об объёме помощи, которую оказывали хирурги в России нуждающимся по устранению разного рода дефектов и деформаций лица и челюстно-лицевой области. Характеристика состояния этого вида медицинской помощи содержится в работах

таких исследователей как Я.А. Чистович, Н.П. Загоскин, В.Л. Боголюбов, Н.И. Боголюбов, М.Б. Мирский, В.Ю. Альбицкий и др. Но фундаментальных работ, отражающих развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в Казани, так и не удалось встретить.

В 1999 г. в Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко была защищена М.В. Ивановым кандидатская диссертация на тему: «Организация и история развития челюстно-лицевой хирургии в России» [38], в которой казанские челюстно-лицевые хирурги были представлены только профессором – нейрохирургом В.А. Гусыниным, автором двух монографий по пластической хирургии, изданных в 1926 и 1937 гг., что только подтверждает назревшую необходимость выполнения настоящей работы.

С учётом вышесказанного нами были поставлены следующие цель и задачи исследования.

Цель исследования

Изучить и показать вклад казанских хирургов в становления и развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в XIX-XX столетиях.

Задачи исследования

1. Провести аналитический обзор литературных публикаций по истории развития реконструктивной челюстно-лицевой хирургии в России.
2. Установить хронологические рамки этапов развития истории реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в России и Казани.
3. Оценить вклад казанских хирургов в становление реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области.
4. Определить вклад казанских ученых в развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в XX столетии, как предмета науки, практики и дисциплины преподавания.

Научная новизна исследования

- Проведен аналитический обзор литературы по истории развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в России.

- Обоснована периодизация истории реконструктивной челюстно-лицевой хирургии в России и Казани.
- Впервые воссоздана целостная, научно-обоснованная картина становления и развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в Казани,
- Показан вклад казанских хирургов и челюстно-лицевых хирургов (П.А. Дубовицкого, Н.И. Студенского, О.А. Рустецкого, В.А. Гусынина, И.М. Утробина, Е.А. Домрачевой, Л.А. Кольцовой и др.) в разработку следующих научных направлений специальности (восстановительная хирургия врождённых дефектов и деформаций лицевого скелета и мягких тканей лица).
- Представлен вклад казанских ученых в формирование челюстно-лицевой хирургии, и её реконструктивного направления как предмета преподавания (П.А. Глушков, И.М. Утробин, Е.А. Домрачева, Г.Г. Сафина).

Хронологические рамки исследования.

Хронологические рамки исследования охватывают период с 1835 г. до конца XX века.

Теоретическая и практическая значимость

Систематизация и обобщение материалов, характеризующих роль казанской хирургической школы в формировании, становлении и развитии пластической челюстно-лицевой хирургии, как одного из направлений пластической хирургии, определяют научно-практическую значимость диссертационного исследования. На основании изученных материалов подготовлено издание историко-медицинской монографии о пластической челюстно-лицевой хирургии в Казани, которая послужит нужным источником по изучению истории специальности. Результаты исследования используются в лекциях и семинарских занятиях со студентами стоматологического и лечебного факультетов, слушателями ФПК и ФУВ Казанского медицинского университета и Казанской медицинской академии.

Методы исследования Работа выполнена с применением историко-литературного, историко-генетического, сравнительно-исторического, проблемно-хронологического и социологического методов исследования.

Информационная база исследования.

Литература. В исследовании использованы сведения, содержащиеся в монографиях, учебных пособиях, руководствах, учебниках, научных статьях, дореволюционной периодической печати, публицистических произведениях, энциклопедических словарях, журнальных и газетных публикациях, диссертациях, документах личного характера, посвященных истории становления и развития реконструктивной челюстно-лицевой хирургии в Казани. Используются интервью, взятые у коллег и родных фигурантов исследования.

Источники. Источниковую базу исследования составили архивные документы и материалы, хранящиеся в Национальном архиве Республики Татарстан, архиве Казанского государственного медицинского университета. Всего изучена 131 публикация, в том числе 2 зарубежные; более 150 архивных дел в 3 архивах. В работе использовано 45 архивных дел.

Положения, выносимые на защиту:

1. Этапы и закономерности истории развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в России.
2. Вклад казанских хирургов в становление и развитие реконструктивной челюстно-лицевой хирургии.
3. История практической и преподавательской деятельности в области реконструктивной челюстно-лицевой хирургии в Казани.

Степень достоверности определяется использованием современных подходов к решению поставленных задач. Работа выполнена комплексно. Для анализа использовались методы: историко – литературный, историко-генетический, сравнительно – исторический, проблемно-хронологический и социологический (интервью).

Достоверность обработки материалов не вызывает сомнения и отражает основные положения диссертации. Все вышеперечисленное позволяет сделать

заклучение о доказательности и обоснованности научных положений и выводов, сформулированных в диссертации.

Первичная документация проверена и признана достоверной. Результаты обработки первичной документации и в целом проведенного исследования нашли отражение в архивных источниках, литературных публикациях, а также в фотографиях, наглядно свидетельствующих об обоснованности, достоверности и доказательности выводов, практических рекомендаций и основных положений, сформулированных в диссертации.

Апробация работы прошла на заседании научной проблемной комиссии по стоматологии ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздрава России. Материалы диссертационной работы доложены на XIII Всероссийской научно-практической конференции «Молодые ученые в медицине» (Казань, 2008), II Всероссийской конференции «История стоматологии» (с международным участием) (2008, Москва), III Всероссийской конференции «История стоматологии» (с международным участием) (2009, Москва). По материалам диссертации опубликовано 7 печатных работ, 3 из которых в изданиях, рецензируемых ВАК.

ГЛАВА 1 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИСТОРИИ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В РОССИИ В XIX-XX ВВ.

1.1. Первый этап становления и развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области (1801 – 1901 гг.). Периодизация

Первый период историко – литературного исследования по становлению реконструктивной челюстно-лицевой хирургии в России мы обозначили с 1801 по 1885 гг. Начинается этап с 1801 г., так как в этом году была произведена самая первая операция по поводу так называемой «заячьей губы» военным лекарем Никитой Тимофеевым. В этот период внесли вклад такие хирурги, как И.Ф. Буш, Н.И. Пирогов, Ю.К. Шимановский, Н.В. Склифосовский и др.

Следующий этап начинается с 1885 г., когда на медицинском факультете Московского университета по инициативе Н.В. Склифософского при факультетской хирургической клинике, руководимой им, была организована первая в России приват – доцентура по одонтологии. Доцентский курс по зубным болезням возглавил Н.Н. Знаменский, он составил учебную программу по одонтологии, одобренную и утвержденную Н.В. Склифософским. Н.Н. Знаменский тесно связывал одонтологию с общей хирургией. В этот период российскими хирургами разрабатываются вопросы оперативного лечения врожденных расщелин губ и неба, особенно активно восстановительной хирургией лица занимались в период после I мировой, Гражданской и Великой Отечественной войн.

Третий этап развития пластической челюстно-лицевой хирургии с 1950 г. в России мы связываем с началом преподавания пластической и реконструктивной хирургии лица в СССР, согласно новой государственной программе преподавания хирургической стоматологии. В соответствии с этой программой в 1950 г. был издан учебник «Хирургическая стоматология», написанный сотрудниками кафедры госпитальной хирургической стоматологии Московского медико –

стоматологического института, профессорами А.И. Евдокимовым, И.Г. Лукомским и И.М. Старобинским.

Четвертый этап историко – литературного исследования связан с открытием в 1962 г. Центрального научно – исследовательского института стоматологии. Это головное медицинское учреждение, которое занимается координацией научной деятельности по проблемам стоматологии, проводимой в научных, учебных и лечебных заведениях страны. Ведущая роль и достижения в области челюстно – лицевой хирургии обусловили переименование в 2007 г. института в Центральный научно – исследовательский институт стоматологии и челюстно – лицевой хирургии.

В начале XIX века в России хирургическое лечение врождённых и приобретённых дефектов и деформаций на лице стало основой зарождения реконструктивной челюстно-лицевой хирургии. Хирургам той эпохи, которым приходилось оперировать в челюстно-лицевой области, не доставало знаний по топографической анатомии и физиологии лица и зубочелюстной системы, потому что эти дисциплины только начинали развиваться. Выходом из положения было изучение зарубежного опыта, так как в то время уже существовали работы индийских, английских, французских, немецких хирургов, занимавшихся устранением дефектов и деформаций на лице. Необходимы были собственные исследования в специальном, углублённом изучении строения челюстно-лицевой области в норме и при патологии и на основании полученных результатов разработки новых методов лечения. Кроме того, в середине века начинала развиваться современная анестезиология, стали складываться первые понятия об антисептике.

Первые опубликованные сведения, касающиеся операций на лице и шее, появились в России в начале XIX века. Так, Я.А. Чистовичем в книге «История первых медицинских школ в России» [119] сообщается, что самая первая операция по поводу так называемой «заячьей губы» была произведена в России в 1801 г. военным врачом Никитой Тимофеевым. Выполнена эта операция в присутствии свидетелей, о чем была сделана соответствующая запись. Тем более

что после успешного заживления полученный результат изменил жизнь пациента в лучшую сторону.

В то же время заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии ЦОЛИУВа, профессор Н.М. Михельсон в монографии «Восстановительные операции челюстно-лицевой области» (1962) пишет, что впервые подобную операцию в 1808 г. произвел профессор Санкт-Петербургской Военной медико-хирургической академии И.Ф. Буш [72]. Конечно, сложно сравнивать деятельность военного лекаря и профессора Военной медико-хирургической академии, крупнейшего специалиста в хирургии начала XIX столетия. Однако, факт остается фактом: то, что сделал военный лекарь Н. Тимофеев - настоящая хирургическая операция, даже если он и не накладывал швов, а свёл освеженные края расщелины с помощью повязки. Такую повязку можно сравнить с современными «стрипами», которые накладывают вместо швов при проведении первичной хирургической обработки ран.

И.Ф. Буш (Рисунок 1) в 1808 г. издал свой главный научный труд «Руководство к преподаванию хирургии» в 3-х частях, который вошел в перечень необходимой учебной литературы для студентов Петербургской медико-хирургической академии и российских университетов [18, 20].

В одной из глав руководства приводится разработанная им первая классификация врожденных расщелин губы и неба, подробно описывается сама «трегубость» и методика проведения пластической операции по созданию "поддельного неба", определены сроки её проведения. В последующие 25 лет книга выдержала 5 переизданий, что свидетельствует о её актуальности и необходимости. Кроме того, профессор И.Ф. Буш принимал активное участие в издании фундаментального труда по оперативной хирургии — «Анатомо-хирургические таблицы» [20; 71].



Рисунок 1. Иван Федорович Буш

Лечение врожденных расщелин губы и неба вызывало живой интерес хирургов первой половины XIX века, так как этот порок развития относился к числу самых сложных и распространенных [32]. Эти вопросы были отражены в работах Н.И. Пирогова (1836-1856), Х.Х. Соломона (1840), Ю.К. Шимановского (1856), П.П. Заболоцкого-Десятовского и К.Ф. Гейфельдера (1856), И.И. Риклицкого (1858), Н.В. Экка (1884) и др.

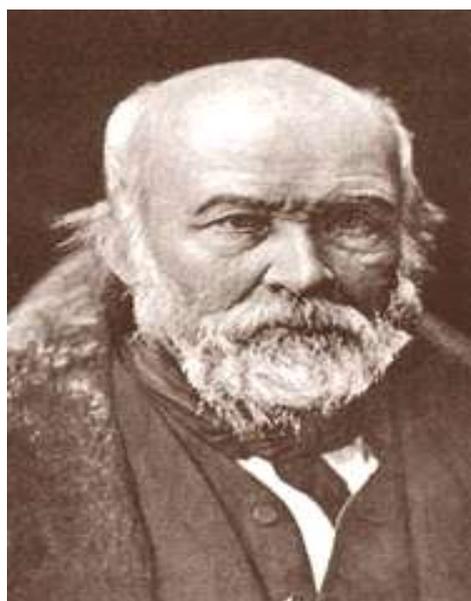


Рисунок 2. Николай Иванович Пирогов

В своих книгах, посвященных Н.И. Пирогову (Рисунок 2), С.Я. Штрайх и Д.К. Самин отмечали выдающиеся хирургические способности врача, проявившиеся еще в ранний период жизни, тогда он уже получил повсеместную известность как хирург-виртуоз [97; 124].

Профессор В.Л. Боголюбов в своей речи: «О современных успехах пластической хирургии», произнесенной на объединённом заседании общества врачей, естествоиспытателей, невропатологов и психиатров при Императорском Казанском университете, посвящённом памяти Н.И. Пирогова по случаю 100-летия со дня его рождения в 1910 г., отметил, что Николай Иванович сформулировал основные законы пластики. Он первым ввел понятие «щадящего сечения» тканей на лице при обработке ран с учётом особенностей кровоснабжения и иннервации челюстно-лицевой области [23].

По свидетельству одного из современников Н.И. Пирогова Г.В. Бертенсона: «Николай Иванович не только оперировал детей с врожденными дефектами и деформациями лица, но и своими выступлениями на заседаниях хирургического общества, а также в печатных работах способствовал популяризации хирургических методов лечения врожденных расщелин лица. Он хорошо владел техникой различных операций, в том числе и в полости рта. За время работы в клинике госпитальной хирургии в Санкт-Петербургской медико-хирургической академии в своей клинической практике выполнил 53 операции в челюстно-

лицевой области, включая 7 операций по поводу расщелин верхней губы, 20 хейлопластик по поводу посттравматических деформаций губ и 1 стоматопластику [25]. С 1836 по 1856 гг. Н.И. Пирогов сделал около 40 ринопластик, в то время как во всем мире до 1836 г., по официальным данным, была сделана всего 71 операция [4]. Приобретя большой опыт в производстве пластических операций на лице, в 1835 г. в лекции "О пластических операциях вообще и о ринопластике в особенности" на основании своего практического опыта, ученый обосновал ценность пластических операций на лице, обеспечивающих не только устранение физических недостатков, но и нормализацию психологической стороны жизнедеятельности человека. Лекция была хорошо иллюстрирована схемами, которые демонстрировали методы ринопластики с использованием кожного лоскута на ножке в зависимости от характера и степени повреждения [79].

В 1836 г. Н.И. Пирогов впервые в России выполнил пластику нижней губы по методу Шопара после удаления раковой язвы. В том же году при удалении огромной злокачественной опухоли верхней челюсти и скуловой кости он произвел пластику щеки лоскутом с шеи. В 1844 г. Николай Иванович прочитал лекцию «О сошвении нёбной занавески», лишь через 7 лет (1862) Лангенбек описал эту операцию, которую связывают с его именем [26].

Отмечая научное, литературное и эпистолярное наследие Н.И. Пирогова, П.А. Геселевич писал, что ученый опубликовал много научных работ и некоторые из них до сих пор представляют интерес для челюстно-лицевых хирургов [23].

Исполняя обязанности управляющего Санкт-Петербургским заводом «Военно-врачебных заготовлений», Н.И. Пирогов создал различные типы хирургических наборов, в которых есть инструменты для челюстно-лицевых операций: специальные скальпель, ножницы и хирургические иглы, меньших размеров, специально для работы на мягких тканях. Даже батальонные наборы Н.И. Пирогова включали «зубной ключ» с пятью винтами и рукояткой, изогнутые зубные щипцы и зубной элеватор «козью ножку» (Рисунок 3). По заказу Н.И. Пирогова был сделан ранец с хирургическими инструментами, куда входили:



Рисунок 3. Хирургический набор Н.И. Пирогова, включающий инструменты для операций в челюстно-лицевой области

аппарат для фиксации отломков при переломах нижней челюсти, выше упомянутые хирургические инструменты и различные виды повязок: Т-образной головной, лицевой и носовой [1; 4]. Большое внимание хирургии врожденных расщелин верхней губы уделял Ю.К. Шимановский – ординарный профессор Университета Святого Владимира (Киев). По свидетельству его современника профессора

Я.А. Чистовича, в совершенстве овладев методом Миро, хирург вносит в него существенные дополнения. Для предупреждения расхождения швов он использовал двойной шов из серебряной проволоки, который явился прообразом пластинчатого шва и долгие годы использовался отечественными хирургами в повседневной практике [119]. Так писал о Ю.К. Шимановском в своей книге:



Рисунок 4. Юлий Карлович Шимановский

«Пластическая хирургия / Новые горизонты», известный чешский пластический хирург и знаток её истории Ф. Буриан: «Он был одним из основоположников российской пластической реконструктивной хирургии и трансплантологии. Ко второй половине XIX века восстановительных операций, выполняемых на лице, накопилось так много и они были столь разнообразны, что в 1856 г., обобщив мировой опыт и свой собственный, он систематизировал и издал всемирно известную книгу: "Операции на поверхности человеческого тела" (1856), тем самым сделал их доступными для любого хирурга» [17]. Ю.К. Шимановский обладал художественными способностями и создал 106 таблиц с

Рисунок 4. Юлий Карлович Шимановский



Рисунок 5. Ю.К. Шимановский.
Руководство по оперативной хирургии.
Немецкое издание

600 рисунками почти одних пластических операций и составил огромный атлас (Рисунок 4). Достоинство их увеличивается ещё тем, что автор из частных операций сумел сгруппировать атлас общих методов, по которым хирург может выбрать соответственно данному случаю необходимый способ [25]. В 1876 г. им издается еще один фундаментальный труд под названием «Оперативная хирургия» (Рисунок 5), который на долгие годы стал настольной книгой для нескольких поколений хирургов [85]. Он изобрел

целый ряд хирургических инструментов, набор из которых представил на Всемирной выставке в Париже, получив

высокую оценку (Рисунок 6). Автор более 60 научных работ, в том числе 15 монографий, Ю.К. Шимановский являлся членом Петербургского, Киевского научных обществ, а также ряда медицинских обществ Европы [133; 134].

Произошедшие в России во второй половине XIX в. социально-экономические сдвиги дали толчок к крупнейшим открытиям в естественных науках, в том числе и в медицине. Прослеживается количественный и качественный рост отечественных медицинских кадров. В рамках общехирургических дисциплин, стали разрабатываться элементы челюстно-лицевой хирургии. Так, по свидетельству Я.А. Чистовича [58] и В.Л.

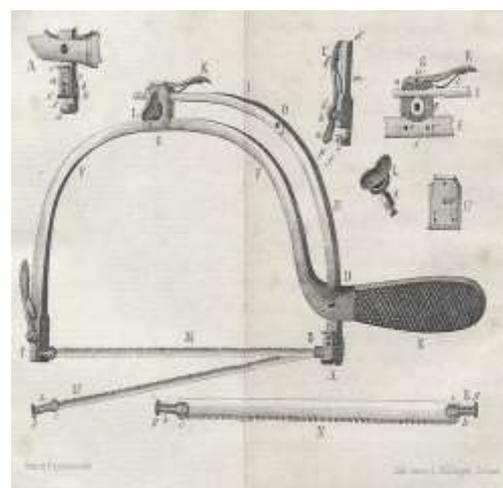


Рисунок 6. Резекционная пила
Ю.К. Шимановского

Боголюбова [15], именно в этот период началось интенсивное изучение болезней

зубочелюстного аппарата и прилежащих к ним тканей лица, создавались основные хирургические методы их лечения. Некоторыми выдающимися хирургами того времени были изучены распространённость врождённых аномалий челюстей, разработаны и предложены различные оригинальные способы хирургического их лечения. Изучение частоты встречаемости этой патологии связано с именем ученика Н.И. Пирогова, главного врача Санкт-Петербургского «Воспитательного детского дома» В.И. Фребелеуса. В 1865 г. он сообщил о 118 случаях врождённых расщелин верхней губы и твёрдого нёба среди 180000 воспитанников (1/1523) [65].

Много нового внесли отчетвенные хирурги в решение проблем реконструктивных операций при расщелинах неба. В 1840 г. Х.Х. Соломон писал: «Операция по поводу врожденного незаращения верхней челюсти состоит в освежении краев разделенной губы, в соединении их с кровотокающим швом с тем, чтобы за этим последовало органичное сращение». Уранопластику начинают выполнять Э.В. Каде (1862), К.Ф. Гепнер (1886). В.Р. Гольбрайх в своей книге «Научное наследие отечественных ученых в челюстно-лицевой хирургии» (1987) рассказывает, что в XIX веке предметом специальных обсуждений были методики оперативных вмешательств и детали техники. Их авторами были П.П. Заболоцкий-Десятовский и К.Ф. Гейфельдер в 1856 и И.И. Риклицкий в 1858 гг. Одной из первых методик восстановительных операций следует считать простое освежение и сшивание краев дефекта.

Сделанное в 1884 г. Н.В. Эчком предложение было заметным событием в истории хирургии врожденных расщелин неба, он рекомендовал проводить освежение краев расщелины не иссечением поверхности слизистой, как это было принято, а рассечением края расщелины на два листка - носовой и ротовой [32].

В упомянутой книге В.Р. Гольбрайх рассказывает об истории вопроса, о сроках проведения операций, что он был предметом особых дискуссий. Так, К.Ф. Гейфельдер первым обратил внимание на то, что маленькие дети очень чувствительны к потере крови и поэтому не рекомендовал оперировать их ранее двухлетнего возраста. В то же время стало очевидным, что поздние операции

несут свои недостатки, среди которых главным было затруднение при формировании речи. М.С. Субботин не рекомендовал оперировать ранее 6-летнего возраста из-за большой операционной летальности. В связи с этим П.П. Заболоцкий - Десятовский чаще откладывал выполнение этой операции до 3 - 4-х летнего возраста, при этом он впервые высказал свое отрицательное отношение к удалению межчелюстной кости при операции по поводу двухсторонней расщелины верхней губы [26]. Опыт лечения врождённых расщелин твердого неба в России в 1865 г. был обобщен в диссертации ученика Н.И. Пирогова - Н.В. Воронцовского: «О субпериостальной уранопластике при врождённых расщелинах твердого неба». Именно он первым рекомендовал логопедические занятия для развития правильной речи [119].



Рисунок 7. Николай Васильевич Склифосовский.

По данным В.Р. Гольбрайха, «Николай Васильевич также активно занимался вопросами анестезиологии в челюстно-лицевой хирургии. Он впервые в мире, применил местное обезболивание с использованием раствора кокаина при операции по поводу расщелины твердого неба» [26]. Д.М. Самин в своей книге «100 великих ученых» (2003) рассказал, что Н.В. Склифосовским был сконструирован аппарат, позволяющий поддерживать наркоз во время операции на челюстях и в полости рта. Используя этот аппарат, в 1873 г. он впервые произвел перевязку общего ствола сонной артерии, что позволило ему сделать такую редкую операцию, как резекцию обеих челюстей с одновременной реконструкцией и закрытием образовавшегося дефекта. До этого в мировой литературе было описано всего 12 подобных операций [97].

Н.В. Склифосовский (Рисунок 7) разработал классификацию по лечению анкилоза нижнечелюстного сустава этой и предложил методику создания искусственного сустава в области шейки суставного отростка. Такие операции относятся к разделу сложных реконструктивных вмешательств и до него никем не

проводились. Он разработал правила ухода за послеоперационными больными и их кормления [26].

Отдельно необходимо рассмотреть вопросы, касаемые такого раздела как ринопластика. Данному направлению реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области уделяли внимание такие хирурги как Н.И. Пирогов, Н.А. Вельяминов, Ю.К. Шимановский, В.А. Караваев. Н.И. Пирогов, приобретя большой опыт в производстве пластических операций на лице, в 1835 г. в лекции «О пластических операциях вообще и о ринопластике в особенности» на основании своего практического опыта, обосновал ценность пластических операций на лице, обеспечивающих не только устранение физических недостатков, но и нормализацию психологической стороны жизнедеятельности человека. Лекция была хорошо иллюстрирована схемами, которые демонстрировали методы ринопластики с использованием кожного лоскута на ножке в зависимости от характера и степени повреждения [79].

Один из основоположников отечественной пластической хирургии, профессор Киевского Университета им. Святого Владимира, Ю.К. Шимановский

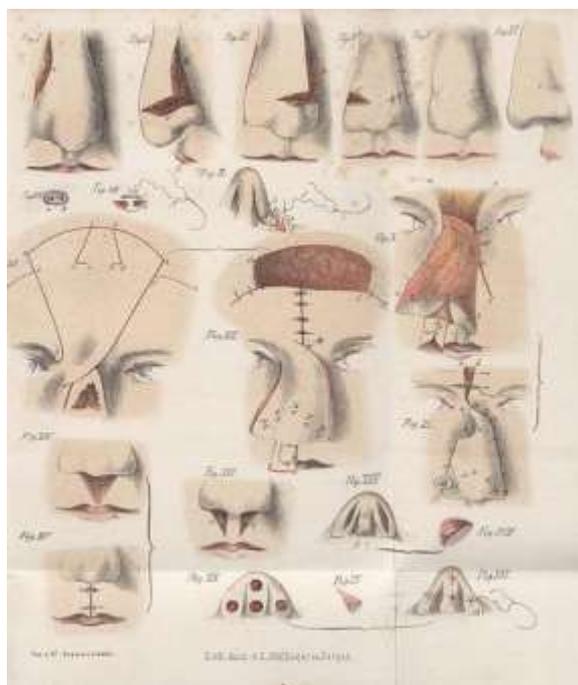


Рисунок 8. Таблица из труда Ю.К. Шимановского, посвящённого ринопластике

(Рисунок 8) ближе всех подошёл к разрешению проблем в ринопластике, правильно решив, что во избежание западения спинки носа, необходимо создавать “подпорку” для покровных тканей. В своей работе «Операции на поверхности человеческого тела» (1865) в главе, посвящённой ринопластике, он описывает собственный метод создания опоры под покровные ткани. С этой целью он выкраивал два симметричных лоскута по обе стороны от средней линии лба, причём их питающие ножки располагались у бровей, низводил эти

лоскуты и устанавливал их параллельно по средней линии грушевидного отверстия [58; 122].

В своей работе «Галерея видных хирургов отечественной стоматологии» (1985) В.Р. Гольбрайх пишет о замечательном русском хирурге, современнике и ученике Н.И. Пирогова, В.А. Караваеве, который по праву считался одним из лучших хирургов в России. Он сделал много удачных пластических операций на лице. Отдельной известностью пользовались его восстановительные операции носа, губ, щек, закрытия дефектов нёба и др. Особенно эффективны были его операции ринопластики при врождённых расщелинах губы и нёба, некоторые из них он выполнял по собственным методикам. В 1838 г. он предложил свой способ «образования одной стороны носа, крыла и перегородки из кожи щеки». В.А. Караваевым описан оригинальный метод исправления спинки носа лоскутом, взятым из кожи лба, и образования перегородки носа из верхней губы. Заслуги его перед отечественной хирургией принесли ему мировую известность [25].

Таким образом, хирургия челюстно-лицевой области XIX века развивалась в направлении оказания помощи больным с посттравматическими и постоперационными дефектами (Н.И. Пирогов, 1854-1856; Ю.К. Шимановский, 1857). Накапливался опыт по созданию методик операций в челюстно-лицевой области, особенно связанных с врождёнными дефектами и деформациями. Разрабатывались методики операций на лице, после которых оставался бы более менее эстетический результат, а после вмешательств на носу и зубочелюстном аппарате была важна не только эстетика, но и функциональная реабилитация органов. Внедрение антисептики (1867) и асептики (1890) в хирургическую практику (Н.И. Пирогов, Н.А. Вельяминов, В.И. Разумовский), наряду с обезболиванием и открытием групп крови, относится к одним из фундаментальных достижений медицины XIX века.

1.2. Развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в 1885 – 1950 гг. (второй этап)

22 декабря 1879 г. на VI съезде русских естествоиспытателей и врачей по предложению Николая Васильевича единогласно было принято решение о необходимости создания самостоятельных клинических доцентур по одонтологии, и в 1885 г. на медицинском факультете Московского университета была создана первая доцентура по одонтологии при факультетской хирургической клинике [97].

Профессор медицинского факультета Казанского университета О.А. Рустицкий в своей лекции, прочитанной 3 ноября 1893 г., так отзывался о выдающимся русском хирурге, профессоре Н.В. Склифосовском (Рисунок 7): «Директор Императорского клинического института в Санкт-Петербурге, профессор Н.В. Склифосовский владел техникой производства многих операций, в том числе и челюстно-лицевых. Методы операций, предложенные им при устранении больших дефектах лица, были большим вкладом в развитие этой специальности».

Период с конца XIX века ознаменовался все большей активностью хирургов общего профиля в изучении частных разделов челюстно – лицевой хирургии. Руководитель кафедры хирургической патологии Императорской Военно-медицинской академии (Харьков) М.С. Субботин в 1894 г. после проведения операции уранопластики на заседании одного из «Медико-хирургических обществ» делает обобщающий доклад: «Об операции волчьей пасти и её значении для речи и питания» [58].

Хирургия врожденных расщелин неба активно разрабатывалась в клиниках, руководимых М.С. Субботиным, Г. Соколовским и А. Давыдовым (1891-1897 гг.), П.И. Дьяконовым. Впоследствии различными хирургами было внесено немало оригинальных предложений по совершенствованию методов хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы [25].

Профессор Санкт-Петербургской военно-медицинской академии Н.А. Вельяминов в 1896 г. на заседании «Медико-хирургического общества» сделал доклад на тему «К вопросу об операциях в полости рта». В этом докладе рассматривались методы реконструкции полости рта после удаления опухолей различного генеза и пластики преддверия ротовой полости при подготовке её к зубному протезированию. В работе «Восстановление седлообразно запавшего носа», опубликованной в «Хирургическом вестнике» (1897), Н.А. Вельяминов проанализировал результаты оперативных вмешательств, проведенных им по методу профессора П.И. Дьяконова, и подтвердил выводы автора, что лучшим материалом для восстановления запавшей спинки носа может служить собственная или консервированная костная и хрящевая ткань [97].

В самом начале XX века хирургия челюстно-лицевой области в значительной степени была ориентирована на устранение врождённых деформаций. Это касалось, в первую очередь, разработки таких разделов, как хирургия врожденных расщелин верхней губы и неба, в которую отечественные хирурги внесли немало нового и занимали одну из ведущих позиций в мире. Появилась отчетливая тенденция к формированию такой клинической специальности, как детская челюстно-лицевая хирургия. Были изданы работы П.В. Добровольского (1902), Н.И. Напалкова (1902), Н.П. Гундобина (1906), А.С. Женаевича (1909) Т.П. Кранеболя (1914), в которых вопросы диагностики, хирургического лечения и реабилитации целенаправленно освещались с позиций хирургической анатомии, физиологии, особенностей клинических проявлений и хирургического лечения. Также принималась во внимание оценка вероятных механизмов возникновения врожденных заболеваний. В 1913 г. вышло руководство по детской хирургии Ю.Е. Горохова, которым в последующем была выполнена серия работ, непосредственно посвященных челюстно-лицевой хирургии детского возраста [6].

Начиная с 1900 г. российскими хирургами были начаты разработки основных современных положений оперативного лечения врожденных расщелин губы и неба, которые долгие годы оставались незыблемыми для всех челюстно-

лицевых хирургов, занимавшихся этой проблемой. Продолжали свою профессиональную деятельность и хирурги общего профиля, в сферу научно-практических интересов которых входила и челюстно-лицевая хирургия - это Н.М. Степанов, В.Н. Парин, В.В. Крижовский, Б.Е. Франкенберг, В.А. Гусынин, А.М. Богораз и З.И. Карташов. Наибольшую активность в изучении этой проблемы проявляли специалисты, уже полностью посвятившие себя челюстно-лицевой хирургии - А.А. Лимберг, П.П. Львов, В.Н. Уваров, А.Э. Рауэр, М.П. Квасов, А.М. Никандров и др. Изучение проблемы врожденных аномалий лица нашло отражение в их многочисленных публикациях [26; 32].

Отдельные вопросы реконструктивной челюстно-лицевой хирургии были отражены в диссертациях, учебниках, руководствах по хирургии того времени (П.И. Дьяконов, 1902; В.И. Разумовский, 1902; Р.Р. Вреден, 1911).

Второе десятилетие XX в. в России ознаменовалось началом I мировой войны, в которой применялось более современное оружие. Она отметилась большим количеством огнестрельных ранений в лицо, что привело к значительному увеличению увечий, приносящих мучительные страдания людям, получившим их. От врачей требовались знания по обработке подобных ран и выполнению различных реконструктивных операций для устранения возникших дефектов и деформаций. Особая роль в организации помощи раненым в челюстно-лицевую область, создании и функционировании специальных лазаретов принадлежит Ф.А. Звержховскому, Р.Р. Вредену, В.Н. Розанову [31]. Н.А. Плотников [81] в своих книгах, посвящённых огнестрельным повреждениям челюстно-лицевой области, в главах, относящихся к истории вопроса, подробно описывает события того периода. Для оказания специализированной помощи для таких раненых открывались челюстно-лицевые лазареты. Первый такой лазарет был открыт в сентябре 1914 г. при «Свято-Троицкой общине Красного Креста» на средства одонтологического общества. Главным врачом лазарета назначается Ф.А. Звержховский, а старшим хирургом профессор Р.Р. Вреден, которых в последующем сменили Г.А. Ефрон и П.П. Львов. С учётом этого факта можно считать эту дату возникновением челюстно-лицевой хирургии как специальности

«de facto». На втором этапе начинается заметное сближение дантистов и хирургов в понимании принципов оказания медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область [31; 81; 126].

Б.Д. Кабаков в монографии «Военная челюстно-лицевая хирургия» (1978) написал как в 1915 г. на благотворительные средства были созданы госпитали в Петрограде, Москве, Киеве, Смоленске и других городах. В конце того же года зубными врачами Киевского военного округа С.С. Тигерштедтом и К.П. Тарасовым для оказания первой помощи раненым в челюстно-лицевую область на передовых позициях организовали подвижные лазареты - «летучие отряды». Оперированных с повреждениями костей лица в этих лазаретах было 10 %, в госпиталях тыла - 20 %. Возвращение в армию этой категории раненых в войне 1914-1917 гг. не превышало 21 % [42].

Октябрьская революция 1917 г. определила поворот в развитии страны и в построении новой системы здравоохранения. Председатель СНК РСФСР В.И. Ленин 11 июля 1918 г. подписал Декрет «Об Учреждении Народного комиссариата здравоохранения». 24 марта 1920 г. было издано постановление Наркомздрава о создании на медицинских факультетах государственных университетов кафедр одонтологии (впоследствии - стоматологии) с соответствующими клиниками. Стоматология окончательно сформировалась как наука и вид практической деятельности с её научными и практическими проблемами. В 1927 г. был издан учебник "Основы практической травматологии" под редакцией А.Л. Поленова, в котором глава о травме лица была написана А.А. Лимбергом [6].

В конце 20-30 гг. появились работы хирургов-стоматологов, которые занимались челюстно-лицевой хирургией и стоматологией (А.А. Лимберг, Н.М. Михельсон, Д.А. Энтин, П.П. Львов, С.Н. Вайсблат, В.М. Уваров и др.). Хирургия врожденных расщелин верхней губы и твердого неба, заложенная зарубежными и отечественными хирургами XIX столетия, получила свое новое развитие. В 1926 г. А.А. Лимбергом и П.П. Львовым была опубликована работа "Современные хирургические способы лечения врожденных расщелин неба". Был

разработан и предложен принципиально новый способ уранопластики, позволяющий одновременно решать несколько задач, стоящих перед хирургом. Во-первых, при закрытии расщелины создавалась слизистая носовой полости, восстанавливались мышечный слой мягкого неба и слизистая твердого и мягкого нёба. Во – вторых, максимально естественно формировалось глоточное кольцо и, в – третьих, за счёт удлинения язычка мягкого неба, увеличивалась его подвижность, что создавало условия для правильного формирования речи. Радикальную пластику неба "по Лимбергу" можно по праву считать одним из важнейших достижений отечественной реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области [76].



Рисунок 9. Александр Александрович Лимберг

Бывший директор Центрального научно-исследовательского института стоматологии профессор В.М. Безруков писал о профессоре А.А. Лимберге (Рисунок 9), как о выдающемся советском челюстно-лицевом хирурге. Одним из основных научно-практических направлений в своей деятельности он избрал пластическую и реконструктивную челюстно-лицевую хирургию. С 1922 г. А.А. Лимберг начал изучать анкилоз височно-нижнечелюстного сустава и разрабатывать методы его оперативного лечения. Как результат были предложены оригинальные методы по созданию искусственного сустава [5]. По свидетельству его современника, профессора В.А. Дунаевского, А.А. Лимберг первым начал заниматься костно-пластическими операциями в челюстно-лицевой области в условиях непосредственной близости и временного сообщения операционной раны с полостью рта. Одна из его первых работ, посвященных хирургическим методам лечения зубочелюстных аномалий, доложенная на I Всероссийском одонтологическом съезде: "К вопросу о пластической остеотомии нижней челюсти с целью исправления аномалий прикуса и контуров лица" (1924 г.) заложила основу отечественной школы хирургического лечения резко выраженных зубочелюстных аномалий. Им была

предложена оригинальная методика лечения микрогении и разработан способ "биологической подготовки" костных саженцев, что в предвоенные и военные годы сыграло определенную положительную роль в решении вопросов остеопластики нижней челюсти [35].

В годы Великой Отечественной войны А.А. Лимберг активно участвовал в помощи раненым в челюстно-лицевую область. В 1943 г. им был разработан и предложен метод, получивший широкое распространение, использования для костной пластики нижней челюсти расщеплённого фрагмента ребра, направленного на ускорение лечения. В это же время им решается проблема борьбы с рубцами кожи после ожогов и ранений и борьбы с ними методами местной пластики треугольными лоскутами [62]. В статье профессора В.А. Козлова, посвящённой 100-летию со дня рождения А.А. Лимберга, рассказывается об оригинальном способе остеопластики, направленном на ослабление кости, но без грубого пересечения ее сегментов, по существу, явившимся основой для создания целого направления в челюстно-лицевой хирургии; а также о ряде способов формирования, пересадки и использования стебельчатых лоскутов при изъянах лица [47].

По свидетельству А.Т. Титовой, хорошо лично знавшей А.А. Лимберга и многие годы проработавшей рядом с ним, несомненной его заслугой явилась реабилитация метода восполнения изъянов крыла и кончика носа. Разработанная в 1898 г. Н.К. Суловым операция замещения изъянов носа сложным трансплантатом из ушной раковины была многими хирургами у нас и за рубежом поставлена под сомнение или отвергнута из-за низкой результативности исходов вмешательства. Усилиями А.А. Лимберга эта операция получила признание и широкое распространение, потому что в его исполнении хороший результат был в 90% наблюдений [106].

Всемирное признание получили работы А.А. Лимберга, посвященные вопросам местной кожной пластики. В основу изданной в 1946 г. монографии "Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела", он положил результаты теоретических размышлений и сотен хирургических

операций [60]. Начиная с 1927 г., он стал впервые разрабатывать методы пластического устранения складок преддверия рта и других выступающих рубцовых тяжей на поверхности лица и шеи. Впервые описал применение встречных треугольных лоскутов с целью устранения рубцовых складок и рубцовых тяжей. Путем последовательной систематизации, анализа клинического материала и литературы, А.А. Лимберг создал принципиально новую общую теорию планирования местно-пластических операций. При их производстве он значительно усовершенствовал методику формирования филатовского стебля, разработав показания к его применению, расширив возможности использования его в пластической хирургии лица. До конца жизни им было опубликовано по этой тематике 60 научных работ. Свой 40-летний опыт работы А.А. Лимберг обобщил в другом капитальном руководстве: "Планирование местнопластических операций", изданном в 1963 г. Практическая ценность этой работы состоит в том, что на ее основе создается возможность планомерного изучения пластической хирургии. Этот труд создает теоретическую основу для преподавания методики планирования местно-пластических операций. В 1967 г. он был переведен на немецкий язык и издан в г. Йена, а позже и на английский язык [47; 106].

Параллельно с развитием реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области развивалась прикладная к ней анестезиология. В.Р. Гольбрайх описывает в монографии «Галерея видных хирургов отечественной стоматологии»: «Плодотворным был творческий путь профессора С.Н. Вайсблата. Им написано более 120 научных работ, которые отличались новизной и оригинальностью, среди них четыре монографии. Предложенные им методы местной и проводниковой анестезии в челюстно-лицевой хирургии и пограничных областях широко известны в Советском Союзе и за рубежом. Его первая работа «Проводниковая анестезия в хирургии зубов и челюстей» (1925) выдержала 6 изданий. Эта книга осталась настольным руководством и для настоящего поколения хирургов-стоматологов» [25].

В работе «Дела и судьбы мастеров хирургии» Т.М. Черкасовой рассказывается как в Центральном институте травматологии и ортопедии (ЦИТО,



Рисунок 10. Александр
Эдуардович Рауэр

Москва) профессор А.Э. Рауэр (Рисунок 10) организовал челюстно-лицевое отделение. В 1932 г. он также основал кафедру усовершенствования врачей (в настоящее время это кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии РМАПО). Пластические операции, выполненные им на лице, давали хорошие результаты, как функциональные, так и косметические. В 1941 г. А.Э. Рауэр стал главным хирургом института. К тому времени им был накоплен более, чем 20-летний опыт выполнения челюстно-лицевых операций, созданы инструкции и методики,

опубликованы статьи и книги, в том числе книга «Пластические операции на лице», за которую он и его ученик и соавтор Н.М. Михельсон впоследствии получили Государственную премию. По свидетельству Н.М. Михельсона, "А.Э. Рауэр был единственным хирургом в Москве, занимавшимся специально этим делом" [77; 118].

Кроме кафедр челюстно-лицевой хирургии в институтах усовершенствования врачей, в 30-е годы XX столетия были открыты институты травматологии и ортопедии с челюстно-лицевыми отделениями в Москве, Ленинграде, Казани, Харькове, Свердловске и др. В них оказывали специализированную помощь и разрабатывали методы лечения повреждений челюстно-лицевой области. Вопросы реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области стали предметом внимания многих исследователей [22].

Военные события на Дальнем Востоке (1938-1939), в Польше и в Финляндии (1939-1940) были настоящим испытанием для челюстно-лицевых хирургов. Начальник кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, профессор Д.А. Энтин в своей работе «Помощь на фронте челюстно-лицевым раненым» (1940) описывал, как в условиях с низкими температурами воздуха применение более современного оружия приводило и к более тяжёлым и сложным ранениям, и обморожениям

лица с возникновением обширных дефектов и деформаций с нарушением функций зубочелюстного аппарата. Задачей врачей была не только борьба за жизнь пострадавших и лечение ран, но и восстановление функции и внешности, что могло произойти лишь через разработку новых методов пластических реконструктивных операций. По его мнению, необходимо было расширить показания к анестезии как лечебному воздействию при обработке челюстно-лицевых повреждений [126].

Главный стоматолог Министерства обороны СССР, начальник кафедры челюстно-лицевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова профессор Б.Д. Кабаков в своей монографии «Военная челюстно-лицевая хирургия», изданной в 1959 г., писал, что к началу Великой Отечественной войны была создана система доврачебной, первой врачебной, квалифицированной и специализированной хирургической помощи при ранениях лица и челюстей, разработаны таблицы специального оснащения. Нарботанный опыт в предыдущих военных компаниях был не только полностью использован, но и преумножен. Главными специалистами фронтов были такие известные челюстно-лицевые хирурги как Л.Р. Балон, Я.М. Збарж, Л.А. Къяндский; армий - Г.М. Иващенко; госпитальных баз фронтов - М.А. Макиенко, Г.И. Семенченко. В блокадном Ленинграде организацией помощи раненым и больным занимались А.А. Лимберг и П.П. Львов. Стоматологической службой на Военно-морском флоте руководил В.М.Уваров. Организаторами и руководителями стоматологической помощи в системе эвакогоспиталей Наркомздрава СССР были И.Г.Лукомский, А.И. Евдокимов.

В.М. Мухин занимался лечением раненых в челюстно-лицевую область способами, позволившими эффективно и широко применять ранние пластические операции сразу после купирования воспалительного процесса и формирования свежих рубцов. Л.Р. Балон проводились местные пластические операции при первичной хирургической обработке и при гранулирующих ранах. Он глубоко обосновал целесообразность применения восстановительных операций в ранние сроки после ранения и практически во всех фазах течения раневого процесса.

М.П. Жаков изучал вопросы оперативного лечения инфицированных и гранулирующих ран и дефектов мягких тканей лица на ранних сроках. Он пересмотрел сроки костно-пластических операций на нижней челюсти с 6-12 месяцев до 2-4 после ранения, а иногда и сразу после заживления раны и исчезновения признаков воспаления. Исследования А.А. Кьяндского показали, что материалом выбора при выполнении реконструктивных операций на нижней челюсти после огнестрельных ранений являлась гомоткань, законсервированная с помощью низких температур. Г.Р. Курбанов, оперируя раненных, доставленных с фронтов, разрабатывает собственные оригинальные методы восстановительных операций подбородочной области, носа при полной его утрате, губ, решает вопросы при первичной костной пластике и лечении огнестрельных ранений по принципу ранней пластики [25; 41; 75].

За годы войны, по свидетельству Д.А. Энтина, был накоплен солидный научный опыт, который был отражен в научных работах военных лет как самого автора: «Военная челюстно-лицевая хирургия» (1941), так и других челюстно-лицевых хирургов: «Огнестрельные ранения лица и челюстей и их лечение» А.А. Лимберга (1941), «Лечение челюстно-лицевых повреждений в тыловых госпиталях» В.М. Уварова (1942), «Пластические операции на лице» А.Э. Рауэра и Н.М. Михельсона (1943), «Восстановительная хирургия лица и других органов» Г.Б. Курбанова (1944). Особое место занимает коллективный труд «Огнестрельные ранения и повреждения лица и челюстей», опубликованный в книге «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 г.г.», в написании которого принимали участие виднейшие специалисты страны [127].

Великая Отечественная война позволила российской медицине приобрести огромный опыт по лечению огнестрельных ранений. Были предложены новые методы при проведении первичной хирургической обработки с применением приемов пластики местными тканями и проведении сложных реконструктивных операций челюстно-лицевой области с использованием костных трансплантатов и круглого филатовского стебля. Только эти два события дали мощный толчок для

развития двух важнейших научных направлений в пластической хирургии, не говоря о многих других.

1.3. Третий этап развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области с 1950 по 1962 гг.

В своей монографии «Военная челюстно-лицевая хирургия» Б.Д. Кабаков отмечал: «Медицина послевоенного периода проделала большую работу по восстановительному лечению инвалидов войны, среди которых значительное место занимали инвалиды, имевшие повреждения челюстно-лицевой области различной степени. В этой работе принимали участие практически все видные челюстно-лицевые хирурги страны со своими коллегами и учениками: Л.Р. Балон,



Рисунок 11. Николай Михайлович Михельсон

Г.А. Васильев, А.И. Евдокимов, М.П. Жаков, В.И. Заусаев, Я.М. Збарж, Г.М. Иващенко, Г.Б. Курбанов, Л.А. Къяндский, А.А.Лимберг, П.П. Львов, М.А. Макиенко, Н.М. Михельсон, В.М. Мухин, А.Э. Рауэр, Г.И. Семенченко, В.М. Уваров и многие другие» [42].

В своей статье в журнале «Стоматология» (1984), посвящённой 100 – летнему юбилею со дня рождения профессора Н.М. Михельсона (Рисунок 11), его коллеги, профессора Л.В. Ильина-Маркасян и Т.М. Лурье писали: «В монографии «Применение трупного хряща в клинике» (1946) Николай Михайлович обобщил опыт использования этого материала для свободной пересадки, тем самым хирурги получили для замещения дефектов твердых тканей доступный материал, легко поддающийся обработке. Разработка методов пластической хирургии челюстно-лицевой области была особенно актуальной в послевоенные годы, так как множество раненых нуждались в сложных восстановительных операциях на лице. Большой опыт, накопленный в клинике и обобщенный в вышеуказанной и ещё одной

монографии: «Пластические операции на лице» (1946), содержащих результаты научных исследований и описание новых оригинальных методов хирургических операций, получил широкое применение в практике [39].

В своей монографии «Восстановительные операции челюстно-лицевой области» (1962) Н.М. Михельсон предложил смелые и оригинальные способы операций. Он привел описание техники впервые произведенной им операции восстановления языка после ранения его с полным отрывом, применив, филатовский стебель. Описан предложенный метод миопластики поврежденной губы путем пересадки части мышцы с другой губы. Оригинальные способы восстановления ушных раковин, века и глазного ложа. Опыт показывает, что больные с травматическими дефектами челюстно-лицевой области, страдающие от нарушения речи, жевания и внешнего вида, концентрируют особое внимание на эстетической стороне проблемы. У многих из них развивался комплекс неполноценности с психопатизацией личности. Автор отмечал, что «даже малозаметный для постороннего глаза рубец часто служит предметом внимания и тревоги для больного, который часто придает большее значение внешнему виду самого рубца, чем тем подчас тяжелым нарушениям функции какого-либо органа, которые вызваны данным рубцом». Поэтому пластику кожного покрова лица он рассматривал как срочную операцию, выполнение которой необходимо уже начинать при первичной хирургической обработке раны [72].

Профессор Ф.М. Хитров в книге «Восстановительные операции в челюстно-лицевой области» (1962) о том периоде написал: «Реконструктивная пластическая хирургия достигла больших успехов, значительно расширив области применения кожно-пластических операций. Опыт производства таких операций показал, что своевременное и полноценное применение их при первичной хирургической обработке, значительно сокращает сроки лечения и позволяет добиться более эффективных функциональных и косметических результатов. Активно совершенствовались методы остеопластических операций, разрабатывали новые лекарственные препараты, стимулирующие остеогенез, что привело к повышению количества приживления «костных саженцев» [125].

В устранении последствий ранений в челюстно-лицевую область в годы Великой Отечественной войны, используя военный опыт, активно участвовал и коллектив кафедры хирургической стоматологии Московского государственного медицинского стоматологического института в составе Г.А. Васильева, В.Ф. Рудько, В.И. Заусаева, руководимые профессором А.И. Евдокимовым. Клинический опыт, накопленный ими в период боевых действий, значительно расширил практические границы специальности и укрепил ее теоретические основы.

Интенсивная работа в челюстно-лицевых госпиталях была прекрасной школой, в которой совершенствовали свое мастерство такие высококвалифицированные специалисты как Г.Р. Курбанов, М.М. Максудов, Е.С. Малевич, П.В. Наумов, В.Ф. Рудько, Б.Е. Франкенберг и другие, обосновав показания к ранней и отсроченной костной пластике нижней челюсти [78].

Продолжала развиваться анестезиология. О профессоре, челюстно-лицевом хирурге М.П. Жакове, В.Р. Гольбрайх пишет как о разработчике базальных анестезий, выполняемых у основания черепа по типу новокаиновых блокад при проведении различных операций в челюстно-лицевой области. Суть и технику этих блокад М.П. Жаков описал в двух своих монографиях: «Тригемино-симпатическая новокаиновая блокада при переломах нижней челюсти» (1958) и «Острые гнойные воспалительные заболевания лица и шеи и их лечение» (1969) с учетом специфики заболеваний. Автор указывал на два основных действия этих блокад, с одной стороны, высокий обезболивающий эффект в силу действия анестетика на чувствительные ветви тройничного нерва в непосредственной близости от тройничного узла. С другой стороны, релаксирующее действие на симпатическую иннервацию сосудистых стенок, приводящее к расслаблению двигательных мышечных волокон и вазодилатации сосудов в области поражения с восстановлением процессов гемодинамики. Как правило, после выполнения новокаиновой тригемино-симпатической блокады можно выполнять необходимые хирургические манипуляции и улучшать местное и общее состояние пациентов [26].

Также развитие анестезиологии, реаниматологии и совершенствование техники операций позволили производить операционные вмешательства у новорождённых при врождённых расщелинах верхней губы методом профессора Л.Е. Фроловой (1956), он мог быть применён в родильных домах новорождённым уже на 2 - 4-й день жизни ребёнка [25].

1.4. Развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области (1962 – 1999 гг.)

12 августа 1961 г. вышло Постановление Совета министров СССР №738 «Об организации Центрального научно – исследовательского института стоматологии Росздрава (ЦНИИС)». Открытый 8 октября 1962 г., согласно приказу Минздрава СССР № 462 от 25.09.1962 г., ЦНИИС стал головным учреждением страны по оказанию помощи больным с патологией челюстно-лицевой области, включая врождённые и приобретённые дефекты и деформации, по воспитанию кадров и научно-практического развития пластической реконструктивной и эстетической челюстно-лицевой хирургии.

Профессор Ф.М. Хитров (Рисунок 12) возглавлял клинику хирургической стоматологии в ЦНИИСе с первых дней ее существования до 1980 г. Ученым



Рисунок 12. Федор Михайлович Хитров

была решена проблема пластики носа с использованием тканей с различных участков человеческого тела. В своей монографии "Пластическое замещение дефектов лица и шеи филатовским стеблем" автор излагает историю и суть своего открытия реконструкции носа, используя сдублированный лоскут кожи из филатовского стебля, который можно сформировать из кожи любого подходящего участка тела. Ученый практически показал, этот способ можно использовать при сквозных дефектах щечной и подчелюстной областей и дефектах в области

шеи. Федор Михайлович является автором, ставшего классическим, труда "Дефекты и рубцовые заращения глотки шейного отдела пищевода, гортани и трахеи и методика их устранения" (1963). В 1984 г. под редакцией Ф.М.Хитрова вышел в свет «Атлас пластической хирургии лица и шеи» [16].

Конечно, не все было подчинено оказанию помощи военным инвалидам. В ней всегда нуждалось и гражданское население. Эти же специалисты усовершенствовали прежние и разработали новые способы операций при врождённых расщелинах губы и нёба и обосновали сроки их проведения. Расширенный пленум Всесоюзного научного медицинского общества стоматологов и I выездная сессия ЦНИИС (27—29 ноября 1963 г.) были посвящены вопросам этиологии, патогенеза и лечения врождённых расщелин верхней губы и нёба; организационным мероприятиям по диспансеризации детей с этой патологией, методам хирургического и ортодонтического лечения; вопросам профилактики и лечения послеоперационных деформаций верхней губы, носа, нёба и челюстей. Разработка комплексных методов лечения, улучшающих косметический и функциональный эффект лечения губы и нёба, приобрела первостепенное значение [26; 116].

Значительные успехи были достигнуты в разработке способа ураностафилопластики при помощи «филатовского стебля» при врожденных и приобретенных дефектах неба, предложенного Ф.М. Хитровым и В.И. Заусаевым. Данная методика позволила значительно сократить сроки лечения и обеспечить хорошие отдаленные результаты. Подобной проблемой занимались М.Д. Дубов (1954), И.П. Бакулис (1955, 1966), А.Н. Губская (1964). Подчеркивалось, что профилактика вторичных деформаций челюстно-лицевой области при врожденных расщелинах губы и неба заключается в применении рациональных методов хейлопластики и тщательном выполнении отдельных ее этапов. Для предупреждения недоразвития верхней челюсти после уранопластики, хирургическое вмешательство на небе у детей с изолированной расщелиной неба, по мнению А.Н. Губской, надо проводить в возрасте 6—7 лет, у детей с сочетанными дефектами еще позже [26; 125].

Как пишет В.Р. Гольбрайх в своей монографии «Научные наследия отечественных ученых челюстно-лицевой хирургии» (1987): «Со временем тематика стоматологических исследований значительно расширилась, появились новые имена учёных - Н.Н. Бажанова, Н.А. Плотникова, Г.В. Кручинского. В начале этого периода, когда не утихали локальные военные конфликты, челюстно-лицевым хирургам приходилось оперировать сложные травматические повреждения из-за применения новых видов оружия с большей поражающей силой. Специалисты из школы академика РАМН, заслуженного деятеля науки РФ, профессора Н.Н. Бажанова разрабатывали новые методы оперативных вмешательств, совершенствовали виды обезболивания, стремились сокращать сроки лечения челюстно-лицевых повреждений, внедряли новые формы реабилитации таких больных [26].

По утверждению профессора А.А. Колесова, в послевоенный период не утратила своей актуальности проблема онкологии челюстно-лицевой области, более того она вышла на одно из первых мест [48]. В своей статье П.В. Наумов «Первичные восстановительные операции при лечении опухолей мягких тканей лица» (1973) приводит данные Всемирной организации здравоохранения, из которых следует, что новообразования, наряду с сердечно - сосудистой патологией и травмой, широко распространены среди населения земного шара. Опухоли лица, челюстей в настоящее время составляют более 13% всех хирургических стоматологических заболеваний [73].

По данным профессора Б.Д. Кабакова среди всех доброкачественных опухолей особо важное место занимают ангиомы, чаще всего встречающиеся у детей. Работы по изучению гемангиом и лимфангиом лица, челюстей и органов полости рта в течение многих лет проводились не только на кафедре госпитальной хирургической стоматологии ММСИ под руководством А.И. Евдокимова и В.Ф. Рудько, но и на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ВМА. Наличие указанных патологий на лице и шее, особенно первых, представляли не только угрозу здоровью и жизни пациентов, но и

наносили значительный эстетический дефект внешности за счет увеличения объема тканей, приводящих к деформациям с изменением их окраски [43].

Дальнейшее развитие в челюстно-лицевой хирургии получили разработки новых методов пластики мягких тканей, включая методы свободной пересадки толстых расщепленных и эпидермальных кожных лоскутов. Этими проблемами занимались А.А. Лимберг, Г.В. Кручинский, А.Т. Титова, Б.Е. Франкенберг. Большое число исследований было посвящено внедрению в челюстно-лицевую хирургию различных пластмасс: Е.С. Малевич, М.В. Мухин, В.Ф. Рудько, Г.М. Иващенко, Г.И. Семенченко; трупного хряща - Н.М. Михельсон, Е.С. Малевич; консервированных или свежих костных гомотрансплантатов – Б.Д. Кабаков, А.А. Кьяндский [26].

С начала 60 годов XX столетия в клинике ЦНИИС и ЧЛХ работали профессора В.С. Дмитриева, Е.В. Груздкова, Г.В. Кручинский. Они начинали разрабатывать методы лечения с использованием кровоснабжаемого блока тканей с участками малоберцовой кости, подвздошного гребня либо ребра, с последующим переносом их в область дефекта или деформации на лице. Далее проводилось моделирование донорской кости в соответствии с утраченным изгибом лицевого скелета для получения максимально желаемого эстетического и функционального результата, достижение относительного антропометрического соответствия восстанавливаемой зоны с другими участками лицевого скелета [70; 19]. Также были начаты работы по созданию силиконовых имплантатов для контурной пластики лица и уникального каркаса для формирования ушной раковины, не отличающейся своей эластичностью от естественной [26; 77].

Обычно врожденные или приобретенные дефекты и деформации в челюстно-лицевой области сопровождаются различными нарушениями жизненно важных функций: жевания, глотания, артикуляции, носового дыхания и, кроме этого – значительными эстетическими недостатками. Сложность восстановительного лечения у данной категории больных часто заключается в необходимости получения блока жизнеспособных тканей с других участков тела человека и их адаптации к изгибам лицевого скелета. В Центральном научно-

исследовательском институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии профессорами В.М. Безруковым, В.П. Ипполитовым, А.И. Неробеевым, В.В. Рогинским и их коллегами разработаны и внедрены в клиническую практику ряд уникальных методик по восстановлению конфигурации лица и функций зубочелюстного аппарата. В своей работе В.Р. Гольбрайх «Научные наследия отечественных ученых челюстно-лицевой хирургии» (1987) писал: «Описывая



Рисунок 13. Владимир Максимович Безруков

научные и клинические достижения профессора В.М. Безрукова (Рисунок 13), о создании им в СССР целого научного направления по изучению причин врожденных деформаций лицевого черепа, прежде всего, хочется рассказать о новых методах реконструктивных костно-пластических операций, которые сегодня широко используются специалистами. О его значительном вкладе в развитие отечественной черепно-челюстно-лицевой хирургии. Им создан цикл научных работ: «Новые

принципы восстановления функции денервированных органов», благодаря чему в настоящее время клиника ЦНИИС и ЧЛХ является единственным в России центром, где проводится широкий спектр нейромиопластических операций. Разработаны новые донорские зоны для обеспечения достаточно надёжной иннервации без дополнительных функциональных нарушений» [26; 75].

Другим направлением - лечением и реабилитацией больных со сложными посттравматическими деформациями черепно-лицевой области активно занимался профессор В.П. Ипполитов (Рисунок 14). Им разработаны хирургические методы лечения больных с



Рисунок 14. Владимир Петрович Ипполитов

врожденными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и свода черепа путём перемещения стенок орбит глаз внутричерепным доступом. Владимиром Петровичем и его учениками освоены и проведены сложнейшие операции больных с гипертелоризмом и другими тяжелыми заболеваниями. В результате у нас в стране им было создано еще одно новое научное направление - реконструктивная краниофациальная хирургия. Освоены методы замещения сквозных дефектов верхней челюсти комбинированными костными лоскутами из малоберцовой кости с последующим введением дентальных имплантатов и полноценным протезированием [26, 75].

Профессор В.В. Рогинский (Рисунок 15), руководитель научного отдела детской челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ЦНИИС и ЧЛХ пишет, что за последние годы получили развитие такие новые направления в клинической и научной работе, как дистракционный остеогенез костей лица,



Рисунок 15. Виталий
Владиславович Рогинский

стереолитографическое биомоделирование, компьютерное моделирование. Коллектив научного отдела принял активное участие в создании новых композиционных биозамещающих материалов, разработке и внедрении в клиническую практику конструкций из титана и новых методов лечения в области детской краниофациальной хирургии. Результатом большой работы явилось создание классификации сосудистых поражений челюстно-лицевой области, которая получила одобрение

стоматологической ассоциации России и рекомендована для использования во всех возрастных группах пациентов [93].

Косметологическая лечебница «Институт красоты» на Арбате, открытая в 1930 г., является старейшей клиникой эстетической медицины в Москве и в России. С самого начала в институте, который тогда назывался очень скромно «Кабинет врачебной косметики», не только проводилась лечебная работа, но велись научные исследования. Он был первым центром профессиональной

косметологии и пластической хирургии. Особенно активно Институт стал развиваться после окончания Великой Отечественной войны, когда потребовалась помощь по восстановительной хирургии лица военным - инвалидам. В 1946 г. он был преобразован в Московскую врачебно-косметологическую лечебницу. В 1968 г. учреждение переезжает в новое здание на Новый Арбат и появляется фирменное название «Институт Красоты», которое в настоящее время стало нарицательным в области пластической хирургии и косметологии. В разные годы в нем работали люди, составившие славу отечественной пластической хирургии: профессор А.М. Литинский, профессор Ф.М. Хитров, В.А. Савицкий, А.С. Шмелев. Многие из широко известных в настоящее время косметологов сформировались в профессии именно в нём [117].

Директором института с 1984 г. является Э.М. Должикова. В целом Институт Красоты представляет собой совокупность многих отделений, которые работают в постоянном творческом взаимодействии. Общий штат составляет - 250 человек, из них 36 врачей различных медицинских специальностей. Пациентам предлагается широкий спектр услуг в области косметологии и пластической хирургии. В отделении пластической, реконструктивной и эстетической хирургии осуществляются все виды современных пластических операций: омолаживающие операции лица и век, пластика носа (ринопластика), оттопыренных ушей, подбородка и губ. Послеоперационная реабилитация с использованием современных физиотерапевтических процедур, позволяет в самое короткое время восстановиться после операции и устранить следы проведенного вмешательства [77].

Все виды именно эстетических и омолаживающих операций выполняются в клинике более 40 лет, поистине уникальный показатель в отечественной пластической хирургии. Все хирурги Института Красоты являются действительными членами Российского Общества Эстетических и Пластических хирургов - своего рода гарантия профессиональных навыков и репутации в этой области медицины. Хочется отметить, что все хирурги имеют стаж хирургической практики не менее 10 лет, среди молодого поколения многие являются

представителями хирургических династий. В период с 1991 по 1996 гг. в институт обратилось более полумиллиона пациентов. В этот же период проведено более 35000 хирургических операций. Количество иностранных пациентов (США, Германия, Франция, Англия, Голландия и др.) за указанный период составило 46% от всех пациентов, подвергшихся операции.

За долгие годы своей истории «Институт красоты» стал не только самой авторитетной клиникой страны, но и научным центром, в котором получили рождение косметологические и хирургические методы лечения, а также школой, которой многие сотни сегодняшних врачей обязаны своим высоким профессиональным мастерством [77].

За последние годы произошло много событий, свидетельствующих о значительном развитии пластической челюстно-лицевой хирургии в России. Во-первых, с началом так называемой «перестройки» в российском обществе челюстно-лицевые хирурги, как в прочем и представители других хирургических специальностей, стали в большей степени ориентироваться в своей деятельности на пластическую, реконструктивную и эстетическую хирургию. Во-вторых, в 1999 г. было учреждено «Российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов», целью которого является консолидация всех заинтересованных специалистов. В-третьих, в значительной степени стала доступна иностранная литература, особенно из дальнего зарубежья. Более того, появились её переводные варианты, благодаря чему она стала необходима более широкому кругу специалистов. Стали появляться новые монографии отечественных авторов, такие как:

Неробеев А.И. Восстановление тканей головы и шеи. М., «Медицина» 1988.

Козин И.В. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. М., 1994.

Неробеев А.И., Плотников Н.Н. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. М., 1997.

Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. С-Пб, «Гиппократ», 1998г.

Обыдённов С.А., Фраучи И.В. Основы реконструктивной пластической микрохирургии. Издательство «Человек», С-Пб., 2000.

Васильев С.А. Пластическая хирургия в онкологии. Челябинск, 2002.

Безруков В.М., Рабухина Н.А. Деформация лицевого черепа. М., 2005.

Беленков Ю.Н. и др. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. М., 2005г.

Бельченко В.А. Черепно-челюстно-лицевая хирургия. М. 2005.

Фришберг И.А. Косметическая хирургия лица. М., 2005.

Сергеев Ю.Д. Юридические основы деятельности врача. М: – ГЭОТАР - Медиа, 2006.

Вербо Е.В., Неробеев А.И. Реконструкция лица ревааскуляризированным аутооттрансплантатом М.: Медицина .- 2008.- 208 с.

И некоторые переводные монографии:

Пейпл А. Пластическая и реконструктивная хирургия лица. М., 2005.

Ташен А. Формула красоты, чужое лицо. М.: АСТ.- Астрель.- 2006.

Меррель Р., Мари Б.В. Пластическая хирургия.- М.: Изд. «Диалектика».- 2007.

Нимату Ш.Д. Минимально инвазивная косметическая хирургия лица М. 2007.

С 1997 г. стал регулярно выходить журнал выше упомянутого общества - «Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии», на страницах которого регулярно печатаются научно-практические статьи по реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области различной направленности, авторами которых являются уже известные у нас в стране специалисты и их молодые коллеги.

Другой журнал - «Эстетическая медицина», также имеет научно-практическую направленность и выходит для пластических хирургов с 2000 г., содержит статьи по пластической челюстно-лицевой хирургии, отражающие последние достижения в этой специальности.

Изначально литературные сведения о реконструктивной челюстно – лицевой хирургии датируются 1801 г., когда военный лекарь Н. Тимофеев произвел первую операцию по поводу «заячьей губы». На протяжении XIX века операции на лице и шее выполняются такими выдающимися хирургами, как И.Ф. Буш, Н.И. Пирогов, Х.Х. Соломон, П.П. Заболоцкий-Десятовский, И.И. Рклицкий, Ю.К. Шимановский, Н.В. Склифософский и др. Таким образом, весь XIX век и XX век до начала I мировой и гражданской войн можно считать начальным периодом развития отечественной челюстно – лицевой хирургии. Особая роль в организации помощи раненым в челюстно-лицевую область, создании и функционировании специальных лазаретов принадлежит Ф.А. Звержховскому, Р.Р. Вредену, В.Н. Розанову, Г.А. Ефрону и П.П. Львову.

В 20 – 30 гг. XX в. создавались кафедры одонтологии, челюстно-лицевой хирургии в институтах усовершенствования врачей, открывались институты травматологии и ортопедии с челюстно-лицевыми отделениями. В это время появились работы хирургов-стоматологов, которые занимались челюстно-лицевой хирургией и стоматологией (А.А. Лимберг, Н.М. Михельсон, Д.А. Энтин, П.П. Львов, С.Н. Вайсблат, В.М. Уваров и др.).

Актуальной проблемой во время Великой Отечественной войны стало оказание помощи раненым в челюстно-лицевую область, а основными вопросами - костная и кожная пластика на ранних сроках (В.М. Мухин, Л.Р. Балон, А.А. Кьяндский, Г.Р. Курбанов). Накопленный опыт был отражен в научных работах военных лет Д.А. Энтина, А.А. Лимберга (1941), В.М. Уварова (1942), А.Э. Рауэра и Н.М. Михельсона (1943), Г.Б. Курбанова (1944).

В 1950 г. начинается преподавание пластической и реконструктивной хирургии лица в СССР согласно новой государственной программе преподавания хирургической стоматологии. В соответствии с этой программой был издан учебник «Хирургическая стоматология», написанный сотрудниками кафедры госпитальной хирургической стоматологии Московского медико – стоматологического института, профессорами А.И. Евдокимовым, И.Г. Лукомским и И.М. Старобинским. Коллектив кафедры хирургической

стоматологии участвовал в устранении последствий ранений в челюстно-лицевую область в составе Г.А. Васильева, В.Ф. Рудько, В.И. Заусаева, руководимые профессором А.И. Евдокимовым, а также в этом процессе принимали участие все видные челюстно-лицевые хирурги страны со своими коллегами и учениками.

«Институт красоты» на Арбате с 1930 г. был первым центром профессиональной косметологии и пластической хирургии. В разные годы в нем работали А.М. Литинский, Ф.М. Хитров, В.А. Савицкий, А.С. Шмелев. В отделении пластической, реконструктивной и эстетической хирургии осуществляются все виды современных пластических операций.

В 1962 г. открылся Центральный научно – исследовательский институт стоматологии, где Ф.М. Хитров возглавлял клинику хирургической стоматологии, работали профессора В.С. Дмитриева, Е.В. Груздкова, Г.В. Кручинский. Значительные успехи были достигнуты в разработке способа ураностафилопластики при помощи «филатовского стебля» при врожденных и приобретенных дефектах неба (Ф.М. Хитров, В.И. Заусаев, М.Д. Дубов, И.П. Бакулис, А.Н. Губская). Изучением гемангиом и лимфангиом лица, челюстей и органов полости рта занимались на кафедрах госпитальной хирургической стоматологии Московского медико – стоматологического института и челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно – медицинской академии.

В Центральном научно-исследовательском институте стоматологии создали ряд уникальных методик по восстановлению конфигурации лица и функций зубочелюстного аппарата (В.М. Безруков, В.П. Ипполитов, А.И. Неробеев, В.В. Рогинский). Достижения в области челюстно – лицевой хирургии способствовали переименованию в 2007 г. института в Центральный научно – исследовательский институт стоматологии и челюстно – лицевой хирургии. Здесь проводятся реконструктивно – восстановительные операции при врожденных и приобретенных дефектах и деформациях в области головы и шеи с применением уникальных авторских хирургических методик, новейших достижений в области микрохирургии.

ГЛАВА 2 ВКЛАД КАЗАНСКИХ ХИРУРГОВ В СТАНОВЛЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (1835-1920 ГГ.). ПЕРИОДИЗАЦИЯ

В истории развития социальных процессов всегда присутствуют различные значительные события, которые определяют этапы этого процесса. Рассматривая развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в Казани, мы выделили 3 этапа. Начало I этапа обозначено нами с 1835 г., так как в Национальном архиве Республики Татарстан в фонде № 977, имеются отчётные ведомости из университетской клиники, свидетельствующие о работе хирургов с 1835¹ по 1847 гг. В число операций вошли и 36 пластических, выполненных на лице. Это операции по удалению злокачественных опухолей на губах с последующей пластикой местными тканями - 28, посттравматическая блефаропластика - 3 и реконструктивная ринопластика – 5. Но отсутствуют сведения о том, кто выполнил эти операции. Но если сопоставить факт начала работы профессора Ф.О. Елачича со сведениями в этих документах, то можно с определённой уверенностью утверждать, что эти операции в университетской клинике могли быть выполнены именно им.

В этот период трудились такие хирурги как П.А. Дубовицкий, Н.И. Студенский, В.И. Разумовский, О.А. Рустичский, М.М. Красин.

Второй этап развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в Казани обозначен нами 1920 г., когда была организована кафедра одонтологии на медицинском факультете Казанского университета, заведовал которой П.А. Глушков. С 1930 по 1938 гг. в Казанском государственном медицинском институте кафедрой одонтологии заведовал И.М. Утробин. В 1936 г. в Казани постановлением Совнаркома СССР был открыт стоматологический институт². Кафедра одонтологии перешла в Казанский

¹ НАРТ, мед. фак., ед. хр. 266, л. 23.

² НАРТ, ф. 5346, оп. 1л.

стоматологический институт и разделилась на профильные кафедры. Кафедру хирургической стоматологии возглавлял доцент И.М. Утробин с 1938 г.³. В 1950 г. Казанский стоматологический институт был расформирован и переведен в Караганду Казахской ССР⁴.

Начало III этапа истории развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в Казани мы связываем с тем, что в 1954 г. в Казанском государственном медицинском институте начал функционировать стоматологический факультет⁵ в составе трех профильных кафедр. Вновь организованная в 1956 г. кафедра хирургической стоматологии начала свою работу 7 февраля 1957 г.⁶. С 1956 по 1968 гг. кафедрой заведовала профессор Е.А. Домрачева, затем ее возглавляли профессора Л.А. Кольцова (с 1968 по 1985 гг.) и Е.В. Крешетов (с 1985 по 1996 гг.). С 1997 – 1998 гг. обязанности заведующего кафедрой хирургической стоматологии исполняла доцент Г.Г. Сафина. Завершается III этап развития реконструктивной челюстно-лицевой хирургии в Казани 1998 г., когда кафедрой стал заведовать профессор Т.Т. Фаизов, а на следующий год произошло ее переименование в кафедру челюстно-лицевой хирургии. По существу, с 1999 г. начинается современный период развития челюстно-лицевой хирургии в Казани, его оценка уже не входит в задачи нашего исследования.

Казанская хирургия получила самостоятельное развитие в первой половине XIX столетия, когда появились научные основы, заложенные выдающимися европейскими и российскими хирургами.

По Уставу 1804 г. в Казанском университете в составе «Отделения врачебных или медицинских наук» учреждалась кафедра хирургии. В 1812 г. профессором кафедры был назначен А.И. Арнгольдт, этот год можно считать

³ НАРТ, ф. 5546, оп. 2л, д. 1117, л. 7.

⁴ НАРТ, ф. 5346, оп. 1, д. 270, л. 4.

⁵ НАРТ, ф. Р-6446, оп. 1, д. 611, л. 2.

⁶ Архив КГМУ, оп. 1л, ед. хр. 144, л. 17.

датой зарождения казанской хирургии. Курс теоретической хирургии читали по совместительству, сменявшиеся друг за другом, профессора Э.О. Вердерамо, И.О. Браун, Л.Л. Фогель [40].

Наиболее значимыми в истории медицинского факультета Казанского университета следует считать ввод в строй в 1837 г. анатомического театра и в 1840 г. – университетской клиники [40].

Зачатки развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области возникают с образованием кафедр хирургии умозрительной (общей) и хирургии операционной, глазных болезней и хирургической клиники.

Согласно Уставу 1835 г. кафедра хирургии умозрительной (общей) выделилась из предмета хирургии и начала функционировать с 1837 г. Кафедру возглавляли: П.А. Дубовицкий с 1837 по 1840 гг., А.А. Китер с 1840-1848 гг., А.Н. Бекетов до 1870 г.

Кафедру хирургии операционной, глазных болезней и хирургической клиники возглавлял с 1834 по 1861 гг. Ф.О. Елачич.

Согласно Уставу 1863 г. на медицинском факультете предусматривалось наличие трех хирургических кафедр: теоретической (общей), факультетской и госпитальной хирургии.

До 1870 г. «кафедрой хирургической патологии с десмургиею и с учением о вывихах и переломах» руководил А.Н. Бекетов, несколько лет кафедра была вакантной, далее поочередно возглавляли с 1874-1881 гг. Л.Л. Левшин, с 1881-1904 гг. Н.Ф. Высоцкий, с 1904-1910 гг. Н.А. Геркен, с 1912-1916 гг. профессор А.В. Вишневецкий.

Кафедру факультетской хирургии возглавляли: с 1861 г. Л.Ф. Сутковский, с 1872 по 1882 гг. А.Н. Бекетов, с 1883⁷ по 1887⁸ гг. Н.И. Боголюбов, с 1887-1893 гг. Л.Л. Левшин⁹, с 1893-1896 гг. В.И. Кузьмин, с 1896-1909 гг. профессор

⁷ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 1562, л. 5.

⁸ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 1775.

⁹ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 1775, л. 18.

В.И. Разумовский, до 1926 г. возглавлял Н.А. Геркен, с 1926 по 1934 гг. кафедрой заведовал А.В. Вишневский.

Кафедра госпитальной хирургии была открыта в 1860 г. Заведующими кафедрой были: с 1861 по 1870 гг. профессор А.Н. Бекетов, с 1870 г. профессор М.В. Никольский, с 1881 г. профессор Л.Л. Левшин, с 1887-1891 гг. Н.И. Студенский¹⁰ и с 1891-1896 гг. В.И. Разумовский, с 1897 по 1913 гг. И.А. Праксин, с 1916 по 1926 гг. А.В. Вишневский.

По Уставу 1884 г. была организована кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией. Заведующим кафедрой был назначен профессор Н.И. Студенский. Руководителями кафедрой были: с 1887 по 1891 гг. профессор В.И. Разумовский, Л.А. Малиновский (1891-1893), О.А. Рустицкий (1893-1897), Н.А. Геркен¹¹ (1897-1904), с 1912 по 1918 гг. профессор В.Л. Боголюбов, с 1918-1928 гг. П.М. Красин¹² [40].

История реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в Казани своими «корнями» уходит в хирургию XIX века. Развитие данного раздела медицины шло наравне с развитием этой специальности в Москве и Санкт-Петербурге, дав российской медицине своих видных пластических хирургов: П.А. Дубовицкого, Н.И. Студенского, М.М. Красина, В.Л. Боголюбова и др.

Ниже приведены краткие биографические сведения о хирургах, активно занимавшихся в Казани вопросами реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области:

Елачич Франц Осипович (1808 – 1888) высшее образование получил в Виленском университете, которым в 1832 г. удостоен степени доктора медицины. В 1834 г. избран в Казанском университете ординарным профессором по кафедре хирургии. С июня 1835 г. по июль 1836 г. был деканом медицинского факультета. В 1837 г. командирован за границу для приобретения хирургических и других

¹⁰ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 1775, л. 46.

¹¹ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 2108, л. 76.

¹² НАРТ, ф. 1337, оп. 18л, д. 113, л. 14.

инструментов и машин, а также осмотра лучших иностранных врачебных заведений. В 1837 г. утвержден ординарным профессором по кафедре оперативной хирургии и окулистики. В 1845 г. ему выражена благодарность министра за «благоустройство и процветание» вновь открытой клиники, в устройстве которой ему принадлежала выдающаяся и весьма плодотворная роль. В 1848 г. определен консультантом городской больницы. В 1859 г. получил звание заслуженного профессора. Славился как выдающийся практик далеко за пределами Казани, привлекая к себе пациентов со всего русского востока. Уволен со службы в 1861 г. С 1864 г. состоял почетным членом университета.

Дубовицкий Петр Александрович (1815 – 1868) родился в семье богатого рязанского помещика. Получил в доме отца блестящее воспитание, поступил на медицинский факультет Московского университета, в 1833 г. окончил курс всего в 18 лет со званием лекаря первого отделения, после чего отправился за собственный счет для усовершенствования в хирургии за границу, где занимался в университетах, преимущественно в Парижском. В 1835 г. завершил работу над диссертацией, успешно защитил её. Получив в 1837 г. от академии степень доктора медицины и хирургии, определен в Казанский университет экстраординарным профессором кафедры умозрительной хирургии. В 1838 г. избран ординарным профессором по занимаемой кафедре¹³. В 1837/38 гг. преподавал оперативную хирургию. На своё жалованье приобретал оборудование для учебных кабинетов и лабораторий. Профессору П.А. Дубовицкому принадлежала заслуга учреждения за собственный счет специальной клинической библиотеки. С 1840 г. переведен на кафедру хирургии в Петербургскую военно-медицинскую академию в качестве профессора, а затем президента. В годы руководства медико-хирургической академией им совместно с вице-президентом академии И.Т. Глебовым и ученым секретарем Н.Н. Зининым была проведена перестройка академии и созданы благоприятные условия для усовершенствования учебного процесса и плодотворной исследовательской работы ученых. Студенты

¹³ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д, 325, л. 2.

получали не только теоретические знания, но и на практике убеждались в реальности услышанного. С 1867 г. занимал пост главного военно-медицинского инспектора.

Им опубликовано более 50 работ, в том числе монографии и учебники по общей и военной хирургии и глазным болезням. Наиболее важная сторона его хирургической деятельности – реконструктивная хирургия, активно разрабатывал вопросы восстановительной хирургии [47].

Студенский Николай Иванович (1844 – 1891) родился в семье священника. Образование получил в Пензенской духовной семинарии в 1864 г. Сразу поступил на медицинский факультет Казанского университета, который окончил в 1869 г. По окончании университета занял должность ординатора кафедры госпитальной хирургической клиники. Работая преподавателем, написал «Руководство по хирургии для фельдшеров и фельдшерских учеников». С 1871 г. принимал участие в деятельности Общества врачей в Казани. По его инициативе начал издаваться «Дневник общества врачей Казани». В 1873 г. защитил в Петербургской медико-хирургической академии диссертацию «К учению об образовании мочевых камней». Получив степень доктора медицины, уехал за границу для усовершенствования в хирургии. Вернувшись в 1874 г., получил звание приват-доцента и по 1876 г. читал механургию. Участвовал в сербско-турецкой (1876 – 1877) и русско-турецкой (1877 – 1878) войнах. В 1881 г. ушел в отставку, но в 1883 г. вновь стал работать в звании приват-доцента кафедры хирургии. С 1884 г. назначен профессором Казанского университета¹⁴ и заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, а с 1887 г. кафедрой госпитальной хирургической клиники (начал печатать отчеты из хирургического отделения Александровской больницы). Впервые в Казани в Александровской больнице применил антисептику. В госпитальной клинике разрабатывал новый способ ринопластики с золотой стропилкой. В 1876 г. написал труд «Хирургические повязки», в 1885 г. был издан «Курс ортопедии,

¹⁴ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 2108, л. 25.

читанный студентам-медикам III курса императорского Казанского университета доцентом Н.Студенским», а в 1888 г. курс лекций «Оперативная хирургия» [11, 45].

Красин Михаил Михайлович (1864 –1925) – приват-доцент по кафедре частной хирургии медицинского факультета Императорского Казанского университета, хирург, выполнявший, по-своему оригинальные операции в челюстно-лицевой области, трудился на рубеже XIX и XX веков. После обучения в Казанском университете в 1888 г. был оставлен профессором Н.И. Студенским, как подающий надежды молодой хирург, в клиническую ординатуру при госпитальной хирургической клинике. Практическую деятельность врача-ординатора он начал совмещать с научной деятельностью. Много помогая профессору Н.И. Студенскому, М.М. Красин научился выполнять ринопластику, удаление новообразований с первичной пластикой местными тканями, хейлопластику. Защищает диссертацию и на её основе в 1893 г. издаёт книгу «Ринопластика». В 1893 г. советом медицинского факультета при университете, М.М. Красин, был оставлен на два года профессорским стипендиатом на кафедре хирургии. В 1894 г. был командирован на один год за границу для изучения болезней органов ротовой полости и челюстно-лицевой области с методами их консервативного и хирургического лечения. Во время этой командировки занимался хирургией у профессоров Э. Бергмана, Бардалебини, А. Черни – в Германии; Ж. Пена, Ляденту, Тиалуффа, Лукаса-Чампиони – во Франции; у д-ра Эриха Ричтера – в Берлине. По возвращении из-за границы в 1896 г. утвержден в должности приват-доцента по кафедре частной хирургии болезней полости рта. С 1901 г. оставил службу в университете [11].

Разумовский Василий Иванович (1857 – 1935) родился в семье священника и учительницы начальной школы. Сначала учился в духовной семинарии, затем окончил Самарскую гимназию в 1875 г. В 1880 г., закончив медицинский факультет Казанского университета, поступил в ординатуру кафедры госпитальной хирургической клиники к профессору Л.Л. Левшину. В 1883 г. окончил ординатуру, а в 1884 г. в Военно-медицинской академии (Санкт –

Петербург) защитил диссертацию на тему «К вопросу об атрофических процессах в костях после перерезки нервов». В 1885 г. становится прозектором при кафедре оперативной хирургии Казанского университета, в 1886 г. назначен приват-доцентом. В 1887 г. занимает должность экстраординарного профессора по кафедре оперативной хирургии¹⁵ и заведующего хирургическим отделением Александровской больницы. В 1891 г. переведен профессором кафедры госпитальной хирургической клиники. В руководимой им кафедре в 1896 г. в одной из первых в стране применили рентгеновские лучи для обследования больных, и в дальнейшем он включал этот метод обследования в свои научные исследования. С 1889 по 1891 гг. был в научных командировках в странах Европы. В 1894 г. становится ординарным профессором по кафедре госпитальной хирургии. В 1896 г. переведен на кафедру факультетской хирургии. В 1905 г. занимает должность декана медицинского факультета Казанского университета. В.И. Разумовский был организатором трех российских университетов: в 1909 г. ректор создаваемого императорского Николаевского университета в Саратове, в 1917 г. организовал Тифлисский институт травматологии, в 1919 г. руководил организацией Бакинского университета. В 1920 г. вернулся в Саратов, став заведующим кафедрой общей хирургии с пропедевтической клиникой. Автор 196 научных трудов по вопросам общей хирургии, челюстно-лицевой хирургии и др.

Праксин Иван Александрович (1855 – 1913) родился в семье врача. В 1874 г. окончил курс в 1-ой Казанской гимназии и поступил в Казанский университет, где проучился год на естественном и два года на медицинском факультетах. Далее перевелся на 3 курс в Петербургскую медико-хирургическую академию, окончив ее в 1880 г. До 1884 г. работал в госпитальной хирургической клинике у профессора Е.И. Богдановского. В 1886 г. работал в хирургическом отделении Мариинской больницы (Санкт-Петербург) ассистентом-интерном, с 1889 г. заведовал хирургическим отделением. В 1890 г. получил степень доктора медицины, защитив диссертацию «О производстве частичной ляринготомии» и

¹⁵ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 1775, л. 74.

вернулся в Военно-медицинскую академию ассистентом госпитальной хирургической клиники, вскоре стал приват-доцентом клинической хирургии. В 1896 г. назначен консультантом хирургического отделения Тифлисского военного госпиталя. С 1897 г. – экстраординарный профессор по кафедре госпитальной хирургической клиники Казанского университета¹⁶, с 1904 г. – ординарный профессор. Он занимался проблемами актиномикоза, хроническими перитонитами, хирургическим лечением эхинококкоза печени, операциями на щитовидной железе и пластикой дефектов лица. В Казани профессор создал хирургическую школу, из которой вышли профессора П.М. Красин, М.А. Чалусов, Н.А. Синакевич. Вместе с В.И. Разумовским организовал хирургическую секцию VII Пироговского съезда врачей, проходившего в 1899 г. в Казани.

Рустицкий Осип Александрович (1839 – 1912) окончив Херсонскую гимназию, в 1855 г. поступил в Киевский университет св. Владимира. В 1861 г. окончил курс медицинских наук со званиями лекаря и уездного врача, с 1863 г. работал ассистентом, с 1865 г. ординатором, с 1864 по 1868 гг. помощником директора хирургической факультетской клиники. В 1870 г. в Киевском университете получил степень доктора медицины. В 1870-1871 гг. участвовал в франко-прусской войне (1870–1871), работал в лучших иностранных медицинских институтах. В 1874 г. назначен сверхштатным ординатором Санкт - Петербургской Александровской больницы. В 1875 г. получил звание приват-доцента и звание доцента хирургии в университете св. Владимира. В 1886 г. определен ординатором Киевской городской больницы. В 1893 г. назначен экстраординарным профессором по кафедре оперативной хирургии Казанского Университета¹⁷. В 1897 г. стал ординарным профессором¹⁸, в 1898 г. вновь вернулся в Киев, в университет св. Владимира [11, 45].

¹⁶ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 2108, л. 32.

¹⁷ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 1977, л. 77.

¹⁸ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 2108, л. 60.

Боголюбов Виктор Леонидович (1874 – 1935) родился в семье чиновника. В 1892 г. окончил Казанскую мужскую гимназию и поступил по настоянию родителей в Казанский университет на юридический факультет, однако через год перевелся на медицинский факультет. В 1898 г. окончил университет с отличием со званием лекаря. В.И. Разумовский оставил его ординатором кафедры факультетской хирургии. В 1904 г. защитил диссертацию и выпустил монографию «Резекция придатка яичка (при туберкулезе) и операция анастомоза на семенных путях». В 1905 г. изучал урологию в Германии. С 1906 г. ассистент кафедры факультетской хирургической клиники Казанского университета и приват-доцент по курсу урологии. В 1908 г. получил стипендию Н.И. Пирогова и работал около года в клиниках Европы. С 1911 г. заведующий кафедрой хирургической патологии Саратовского университета. В 1913 г. становится заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Казанского университета. В 1917 г. утверждается ординарным профессором по кафедре хирургической патологии с десмургией и учением о вывихах и переломах¹⁹, становится заведующим кафедрой общей хирургии. В 1920 г. организовал пропедевтическую хирургическую клинику для преподавания клинического курса. С 1923 г. заведовал кафедрой хирургии Казанского ГИДУВа, с 1926 г. – кафедрой госпитальной хирургии Казанского университета. Он широко применял аутодермальные жгутики для пластических целей, им написан первый советский учебник по общей хирургии (1923). Воспитал большую плеяду известных ученых: академика А.Н. Сызганова, чл.-корр. АМН СССР Б.В. Огнева, проф. М.О. Фридлянда, И.А. Цимхеса, Ю.А. Ратнера, В.А. Гусынина, которые успешно продолжали дело своего учителя [2, 7, 45].

¹⁹ НАРТ, ф. Р-1337, оп. 18 л, д. 19, л. 105.

2.1. Зарождение реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области. Значение деятельности П.А. Дубовицкого



Рисунок 16. Титульный лист речи В.Л. Боголюбова «О современных успехах пластической хирургии» 1910 г.

В 1910 г. приват-доцент медицинского факультета Казанского университета В.Л. Боголюбов в своей речи, произнесённой на соединённом заседании состоящих при Императорском Казанском Университете обществ врачей, естествоиспытателей, невропатологов и психиатров, посвящённой памяти Н.И. Пирогова по случаю 100-летия со дня его рождения «О современных успехах пластической хирургии» (Рисунок 16), в частности, отметил: «В настоящее время данная отрасль знания настолько разрослась

и охватывает столь многочисленные методы, преследует столь разнообразные задачи, что представляется затруднительным определить границы ее компетенции и точно охарактеризовать сущность данной хирургической отрасли» [13].

Профессор Ф.О. Елачич стал первым, кто начал оперировать в университетской клинике²⁰. Она была открыта в 1828 г. в здании бывшей университетской типографии и была рассчитана на 36 коек, 14 из которых были хирургические [40]. Если учесть, что население Казани в начале XIX века составляло 30 - 35 тысяч человек, а в хирургии лечились больные и с другой патологией, то нетрудно представить, какое количество больных, нуждавшихся в пластических операциях в челюстно-лицевой области, могло лечиться в этой клинике.

Развитие любой специальности невозможно без её научного обеспечения. Развитие такой специальности, как реконструктивная хирургия, без научных

²⁰ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 229, л. 5.

исследований просто невозможно. Несколько последних десятилетий ознаменовались резким скачком в развитии челюстно-лицевой хирургии, и особенно значительные успехи достигнуты в её пластическом разделе. Достижения в специальности сто лет назад просто не сравнимы с современными, благодаря научным исследованиям, которые проводили отечественные учёные, в том числе и казанские.

Профессор П.А. Дубовицкий (Рисунок 17) был одним из первых не только среди казанских, но и российских хирургов, активно разрабатывавших вопросы



Рисунок 17. Петр Аркадьевич
Дубовицкий

восстановительной хирургии лица. Ему принадлежит первая казанская научная публикация 1837 г. о случае реконструктивной ринопластики с подробным описанием техники её выполнения, которая использовалась на протяжении многих лет [33]. Операция обращает на себя внимание сложностью и оригинальностью. Сущность применённого способа состоит в создании сдублированного лоскута кожи со лба для нижней части носовой перегородки и крыльев носа. Этот способ имел то преимущество, что делал более устойчивой мягкую часть носа и предупреждал заращение ноздрей [8]. Именно создание носовой перегородки отличает её от операции, предложенной Ю.К. Шимановским, при которой из дублированного лоскута создавалась только спинка носа [122].

Талантливый хирург только в течение 1838 г. сделал свыше ста самых разнообразных операций, в том числе и в челюстно-лицевой области [9, 11]. Наиболее важной стороной его практической деятельности были пластические реконструктивные операции на лице. Он владел методами выполнения хейлопластики, блефаропластики и ринопластики, которые необходимо было проводить больным, имевшим приобретённые (посттравматические и постоперационные) дефекты и деформации тканей лица. Делая этого рода

операции, он стал одним из основоположников восстановительной хирургии, не только в Казани, но и в России.

В статье В.П. Белякова «Вклад П.А. Дубовицкого в развитие восстановительной хирургии», посвящённой 140-летию со дня рождения ученого, в особенности привлекает к себе внимание описание обнаруженной в архиве неопубликованной рукописной работы П.А. Дубовицкого, относящейся к казанскому периоду его деятельности под названием «Автопластика» (1839). В первой части сравнительно детально излагается история пластической хирургии от древних времен до 30-х годов XVIII века. Во второй главе П.А. Дубовицкий разбирает причины, приводящие к проведению аутопластических операций: обширные раны, патологические дефекты тканей, рубцы, грыжи и др. Но главным показанием к пластике он считал нарушение функций органов, их деформации и боль, отсюда основная задача пластических операций – устранение этих симптомов с восстановлением функций.

Проведение пластических операций П.А. Дубовицкий считал возможным только людям соматически здоровым. Результат операций, по его мнению, во многом зависит от места формирования лоскута, его характеристики: степени кровоснабжаемости, размера с учётом толщины и отсутствия рубцов. При работе с лоскутом хирург считал недопустимым скручивание лоскута и перевязку питающих сосудов, что может привести к гибели лоскута. По этой же причине нельзя перерезать и ножку после приживления лоскута, так как в этом месте образуется рубец, который так же нарушит питание лоскута через капилляры. П.А. Дубовицкий подчеркивал, что обязательно при посадке лоскута в зоне дефекта должны быть иссечены все повреждённые ткани, потому что они мешают приживлению лоскута первичным натяжением. В пятой главе разбираются возможные осложнения, особенно гибель лоскута. После изложения общих понятий о пластических операциях, автор останавливается на ринопластике.

Раздел «Ринопластика целого носа» начинается с показаний к операции. Главное - это врожденные или приобретённые дефекты и деформации, нарушение фонации. В заключение данного раздела описываются основные оперативные

способы, начиная от браминов и заканчивая способами, предложенными в 30-х годах XIX столетия.

Работа «Автопластика» не была опубликована в Казани, но содержание её было донесено студентам на лекциях и врачам на научно-практических заседаниях, где он знакомил их с вопросами восстановительной хирургии и направлениями в её развитии [8]. Со своей стороны, мы можем констатировать, что взгляды П.А. Дубовицкого на подходы в реконструктивной хирургии, показания и противопоказания, и условия, при которых могут проводиться оперативные вмешательства, были настолько зрелыми, что практически соответствуют современным.

Ярким примером служит сохранившееся описание случая удаления профессором П.А. Дубовицким опухоли окологлазничной области с последующей пластикой нижнего века местными мягкими тканями. У больного была злокачественная опухоль в правой глазнице, поразившая нижнее веко, фиброзную оболочку глазного яблока, слезную железу с мешочком, жировую клетчатку, окружающую глазное яблоко. Притом, что функция глаза сохранялась, внешний вид больного был неприятен, принося страдания не только ему самому, но и вызывая смешанные чувства у окружающих его людей. Благодаря вмешательству П.А. Дубовицкого, опухоль была полностью удалена, при этом удалось сохранить глазное яблоко и из кожного лоскута «на питающей ножке», взятого с височной области, сформировать нижнее веко и оба угла глаза. В заключительной части протокола операции было констатировано, что в результате хирургического вмешательства были решены все поставленные задачи [34].

Необходимо отметить еще две оригинальные совмещённые операции по удалению раковой опухоли губ и правой щеки с одномоментным устранением образовавшегося дефекта пластикой местными тканями. Пациенту О., 36 лет П.А. Дубовицкий в ходе операции выполнил разрез, окаймляющий часть тканей, пораженных опухолью с последующей их резекцией. Для закрытия образовавшегося дефекта щеки, верхней и нижней губ, был использован комбинированный лоскут из кожи подбородка с *m.platisma* [33]. Надо отметить,

что если бы подобные операции пришлось бы выполнить в настоящее время, то хирургическая схема мало бы отличалась от схемы П.А. Дубовицкого.

Важной стороной научно-практической деятельности выдающегося ученого и педагога в области пластической хирургии были пластика губ и век при врождённых и приобретённых дефектах и деформациях. Конечно, задолго до начала его профессиональной деятельности, пластические операции на лице выполнял И.Ф. Буш. В одно время с ним работал Н.И. Пирогов, внесший значительный вклад в развитие пластической хирургии лица, а основополагающий труд Ю.К. Шимановского «Операции на поверхности человеческого тела» был опубликован в 1865 г., за три года до смерти П.А. Дубовицкого.

Каждая операция по устранению врождённого дефекта верхней губы и нёба, посттравматических деформаций носа, ушей и мягких тканей лица, включая веки и губы, также индивидуальны. Восстановление контуров лица после удаления различных опухолей требует индивидуального решения. И эти решения, по свидетельству современников, П.А. Дубовицкий находил и публиковал на страницах основанного им в 1843 г. специального журнала «Записки по части врачебных и естественных наук». Всего он опубликовал свыше 50 работ [8; 9]. Выполняя сложные операции на лице, он обучал им своих учеников, которые непременно присутствовали как на операциях, так и во время реабилитации больных. Методы лечения и технику их выполнения он излагал в лекциях. В них он так же сообщал слушателям о новейших достижениях мировой медицинской науки. В связи с отсутствием учебных пособий по хирургии он лично написал двухтомный курс по этой специальности «Учение о ранах» (1850), сыгравший значительную роль в подготовке отечественных хирургов [45].

Еще в 1838 г., благодаря активной организаторской деятельности П.А. Дубовицкого, из государственной казны было отпущено 200000 рублей на постройку здания клиники для Казанского университета. Корпус был открыт для приема больных в 1840 г. [8].

С 1840 г. курс общей хирургии читал профессор теоретической (умозрительной) хирургии А.А. Китер, ученик и ассистент Н.И. Пирогова. Этот факт отразился на лекциях профессора, потому как он был учеником основоположника топографической анатомии. Талантливый хирург с богатым практическим опытом, он подробно передавал свои знания студентам. Его лекции отличались глубиной и доходчивостью для восприятия. Наиболее сложные свои операции он публиковал в научной печати, чтобы и коллеги, и будущие хирурги могли воспользоваться его опытом. Так, в 1844 г. он производит операции по восстановлению части носа, щеки и век, результаты которых публикует во 2-ом номере журнала «Записки по части врачебных наук» [40].

2.2. Деятельность Н.И. Студенского

1 ноября 1884 г. в Казанском университете была открыта кафедра по преподаванию топографической анатомии и оперативной хирургии. В России она стала третьей после кафедр Военно-медицинской академии и Московского Университета, возглавил её профессор Н.И. Студенский. Его лекции отличались глубокой содержательностью, были насыщены примерами из собственной клинической практики. Одной из главных тем лекций профессора, конечно, была пластическая реконструктивная хирургия, которой он занимался не просто как практикующий врач, а как учёный. Он первым ввел систематические занятия на трупах. Много времени и труда отдавал приготовлению различных топографо-анатомических препаратов и свои лекции сопровождал их демонстрацией [45]. Подробно разбирая анатомическое строение тех или иных органов, их физиологию, состояние при различных патологических процессах, он разрабатывал различные методики оперативных вмешательств. Ярким примером служит реконструктивная ринопластика.

Н.И. Студенский (Рисунок 18) – профессор, хирург, выполнявший пластические и реконструктивные операции. Пластическими он называл такие операции, которые имеют цель устранения дефектов и деформаций с



Рисунок. 18. Николай
Иванович Студенский

восстановлением, по возможности, нормальной формы и функции пораженного органа. На протяжении многих лет им проводились операции по пластике верхней губы у детей с врождёнными расщелинами. Этот тяжёлый дефект приводил к функциональным нарушениям актов дыхания, жевания и речи, а вследствие наличия выраженной деформации, к значительному косметическому недостатку, не говоря уже о психическом комплексе неполноценности [101].

При их выполнении Н.И. Студенский использовал разные способы хейлопластики, в зависимости от вида расщелин верхней губы, начиная от простого сшивания половин губ после освеживания краёв, до применения более сложного способа Лангенбека при 2-х сторонних расщелинах верхней губы и заимствования кожи со щеки. Дефекты на нижней губе чаще всего появляются после удаления злокачественных новообразований или вследствие перенесённых травм. После удаления опухолей приходилось иметь дело с треугольными и четырехугольными дефектами. Для их устранения Н.И. Студенский чаще всего использовал способы Диффенбаха и Симебахмана. При обширных дефектах использовался способ Шимановского, Шепарта – Зейса.

«Для закрытия врождённых дефектов твердого неба выбирался способ Лангенбека. Операции, как и при стафилографии производятся без хлороформа и при сидячем положении больного, за исключением лиц трусливых, которые хлороформируются, и операция производится лёжа при запрокинутой голове. У людей терпеливых можно обойтись без зеркала; в противном случае, челюсти, как и при стафилографии, удерживаются разведенными с помощью зеркал Whitehead`а или Heister`а». «Так как небный свод имеет крайне разнообразную величину и форму, можно использовать иглы Склифосовского: это – длинные стальные, толщиной от 1 до 2 мм прутья, вставляющиеся в рукоятку (с винтом) и на свободном конце ланцетовидно отточены, имеют ушко и разнообразно изогнуты. По простоте устройства в набор может помещаться от 6-12 игл, различного

изгиба. Сшивание этими иглами значительно облегчается» (сохранен оригинальный стиль текста). При недостатке тканей на нёбе и отсутствии боковых зубов он применял способ Тирша, закрывая дефект твердого неба слизисто-мышечно-кожным лоскутом, выкроенным из щеки. При отсутствии середины альвеолярного отростка верхней челюсти для закрытия дефекта использовал слизистую оболочку верхней губы, применяя способ Роза.

Пластику мягкого неба Н.И. Студенский проводил не только при врождённых случаях, но и при дефектах сифилитического происхождения. Существование отверстия в мягком небе обуславливает весьма заметное и тягостное для больных изменение в голосе, что, главным образом, и заставляет их обратиться к оперативной помощи. Операция сложная, так как приходится действовать в весьма чувствительной области и очень часто оканчивается неудачно, что, в значительной степени, зависит от рефлекторного сокращения мышц, мешающих плотному смыканию сшитых поверхностей (*Более подробное описание выполнения хирургических операций в челюстно-лицевой области приводится в Приложении 1.1*).

Применение приемов пластической хирургии требуют дефекты, находящиеся на различных поверхностях человеческого тела, причем на лице, главным образом, с эстетической точки зрения. Пластика, по мнению автора, производится либо перемещением кожи, либо ее свободной пересадкой. Этими способами им проводилось лечение язвенных поражений на поверхности кожи, возникавших вследствие ожогов или трофических нарушений при системной красной волчанке или нуме. Подобные пластические операции приводили к положительным результатам, что отражено в записях клинических карт.

Научные поиски профессора Н.И. Студенского во многом были связаны с ринопластикой. Излагая свои взгляды на нее, профессор обращает внимание на высказывание крупного авторитета в пластической хирургии Ю.К. Шимановского: «Кто пишет историю хирургической пластики, тот, конечно, должен прямо начать с ринопластики. В ней заключается как бы путеводная нить для всей этой отрасли хирургии, точно так же она играла самую главную роль при

возрождении хирургической пластики в начале нынешнего (т.е. XIX) столетия» [101].

Казанским хирургом была предложена клинико-топографическая классификация дефектов носа: «Существуют разнообразные формы дефектов носа, возникающих при сифилисе, травматических повреждениях и прочие. К типичным относятся: 1) полное отсутствие носа; 2) отсутствие целого или части крыла носа; 3) отсутствие перегородки, полное или частичное; 4) разрушение носовых костей при целостности покровов. Кроме эстетического аспекта, дефекты носа, и, в особенности, полные обуславливают хроническое воспаление полости носа, гортани и бронхов, постоянные головные боли и прочие симптомы» [100].

Пластические хирурги в XIX столетии пробовали создать опорный каркас для носа. Так Лангенбек брал для пластики, кроме кожи, еще пластинку из лицевой кости с надкостницей, Лейсранк остов для носа изготавливал из янтаря. Но положительного результата добиться из-за нагноения не удавалось довольно долго. Ю.К. Шимановский старался устойчивость носа создать за счет сдублированных лоскутов. Этой проблемой занимался и профессор Н.И. Студенский. В работе он использовал собственные разработки, смысл которых был направлен не только на восстановление формы, но и функции органа. Придавая этому большое значение, он писал: «При восстановлении носа, хотя и неполноценного с точки зрения косметики, все функциональные неудобства исчезают, особенно когда появляется возможность сморкаться, т.е. очищать нос» [101] (*Более подробное изложение проведения операции по формированию нос, читайте в Приложении 1.2.*).

Для формирования полноценного носа профессор предложил делать опору под кожный покров в виде каркаса из золотой проволоки, придавая ей форму пирамидки носа; основание каркаса должно вполне соответствовать по своей форме краям грушевидного отверстия и ложиться дальше краев на 3-4 мм. К передним концам каркаса припаивалась дуга (соответственно отверстию ноздрей), и затем его основание и эта дуга соединялись несколькими перекладинками. Н.И. Студенский считал, что для покрытия каркаса лучше использовать ту кожу,

которая ближе расположена к дефекту, и лучшие носы получаются из кожи щеки, поэтому он нередко пользовался французским методом ринопластики. Но при полной потере носа трудно использовать только кожу со щеки, значительно не деформировав её, поэтому полная ринопластика чаще всего выполнялась из кожи лба (индийский метод). При здоровой коже лба и достаточном ее количестве удавалось получить довольно удовлетворительную форму носа. Необходимо заметить, что часто приходилось подправлять нос: в одном месте иссекать выступ, в другом перемещать кожу, вследствие чего лечение затягивалась обычно на несколько месяцев [54]. В тех случаях, когда кожа со щеки или лба вследствие рубцового изменения были не пригодны, тогда Н.И. Студенский пользовался итальянским методом, предложенным Г. Тольякоцци, заимствуя кожу с плеча или предплечья [102; 103].

Итак, мы видим, что профессор Н.И. Студенский был не только знаком с современными для его времени основными методами ринопластики (кстати, актуальными и сегодня), но и использовал их в своей практической деятельности.

В курсе лекций по «Оперативной хирургии» (1888 г.) для студентов-медиков Н.И. Студенский описал разные способы хейлопластики при различных видах расщелин верхней губы [101]. Подробно разбирая различные способы этой операции, он объяснял студентам, что прямое сшивание краёв дефекта не состоятельно из-за полного отсутствия эстетического эффекта. При небольшом дефекте, который имеет форму треугольника, может быть применен способ Неятона, при двухсторонней расщелине верхней губы применимы способы Миро-Лангенбека и Джиралдеса на обеих сторонах дефекта. При более сложных формах расщелин на верхней губе используется кожа из щек, причем руководствуются при операции общепринятыми способами пластики.

Излагая общие правила проведения пластических операций, Н.И. Студенский опять приводил слова Ю.К. Шимановского: «Чем подробнее будет изложена общая часть пластической хирургии, тем легче начинающий хирург будет в состоянии придумывать новые модификации для индивидуальных условий каждого отдельного случая» [101; 128].

В отчёте за период с 15 мая 1878 по 1 сентября 1882 гг. из хирургического



Рисунок. 19. Титульный лист отчета Н.И.Студенского из Александровской больницы, 1883 г.

отделения Александровской больницы Казани (Рисунок 19) в перечне проведённых различных хирургических операций он указывает о выполненных трех ринопластиках – в двух случаях были постсифилитические дефекты, в одном посттравматический. «И во всех трёх случаях получился нос, уничтоживший безобразие больного». «Так же были выполнены 5 хейлопластик: по поводу заячьей губы – 4 и 1 от какой-то болезни». Все хейлопластики были выполнены по методу Миро [100]. Описанные события свидетельствуют, какую высокую квалификацию по хирургии имел профессор

Н.И. Студенский, обладая глубокими теоретическими знаниями и высоким хирургическим мастерством при выполнении пластических реконструктивных операций при лечении очень сложных случаев дефектов и деформаций в челюстно-лицевой области.

Таким образом, за 17 лет, с 1861 г. когда Ф.О.Елачич оставил службу и по 1878 г., за который отчитывался Н.И.Студенский, никто пластической хирургией в Казани не занимался, а ведь в городе в этот период времени работала целая плеяда выдающихся хирургов: А.Н. Бекетов, Л.Ф. Сутковский, М.В. Никольский, В.Д. Владимиров. Мы не обнаружили никаких свидетельств о том, что они выполняли пластические операции в челюстно-лицевой области.

Ни Ф.О. Елачич, ни П.А. Дубовицкий, ни А.А. Китер, ни Н.И. Студенский не были узкими специалистами только по челюстно-лицевой хирургии и, кроме операций на лице, выполняли их и в других областях человеческого тела. Поэтому следует предположить, что кто-то из вышеперечисленных профессоров также оперировал и в челюстно-лицевой области, но, к сожалению, не сохранилось каких-либо документальных свидетельств об этом.

Как правило, военные конфликты, происходящие в мире, дают неоценимый опыт в лечении огнестрельных ранений. Пулевые и особенно осколочные ранения, обладающие своей разрушительной способностью, дают большой материал для разработки новых методов их хирургического лечения. Такой опыт получил и профессор Н.И. Боголюбов, участвовавший по линии Красного Креста в оказании помощи раненым в русско-турецкой войне 1877 – 1878 гг., что позволило ему приобрести важный опыт по оказанию неотложной помощи раненым в лицо, которая не обходится без местно-пластических операций. В «Кратком очерке по хирургической факультетской клинике за 1883 – 1884 академический год», опубликованном в разделе «Болезни головы, лица и открывающихся на нём полостей», он сообщал, что больных с карциномами носа было - 2, век – 1, нижней губы – 5 и угла рта – 1; с постсифилитическим дефектом – 1 и 2 больных с дефектами после номы; и 1 девочка с макроглосией. У всех больных, имевших злокачественные процессы после удаления опухолей, были проведены пластические операции: соответственно – хейлопластика у 7 пациентов, блефаропластика у 1. Больным с поражением тканей носа была проведена ринопластика с формированием кожного лоскута на лбу и с транспозицией его на область дефекта. Как отмечал автор: «Исход всех 10 операций благоприятный!» [14].

В Ученых записках Императорского Казанского университета по медицинскому факультету «Клиника с 1 сентября 1861 г. по 1 апреля 1887 г.» опубликованы данные, свидетельствующие, что за 27 лет в ней, наряду с рядовыми врачами-ординаторами, работали профессора Е.В. Адамюк, Н.И. Студенский, Н.И. Боголюбов, а также приват-доцент В.И. Разумовский. Через клинику за это время прошло 27 выпусков врачей. В документе подчеркивается, что невозможно указать, сколько больных прошло через клинику за этот период, потому что было небрежное отношение к ведению медицинской документации и значительное количество её было по разным причинам просто утрачено. В отчете отмечается: «Таким образом, с 1861 по 1887 гг. число скорбных листов далеко не соответствует действительному количеству больных,

бывших в клинике. О приходящих больных не сохранилось никаких сведений. Отрадное исключение составляет единственный 1866 г., когда был напечатан ординатором Н.И. Боголюбовым отчет в «Учёных записках Казанского университета» [46]. В этом, наверное, и кроется причина отсутствия необходимых свидетельств о деятельности хирургов. С одной стороны, практически была слабо поставлена формальная часть работы, требовавшая четкой и точной регистрации больных и выполненной с ними лечебной работы, с другой, не были созданы условия для надёжной сохранности медицинской документации.



Рисунок 20. Василий Иванович Разумовский

Экстраординарный профессор В.И. Разумовский (Рисунок 20) в период работы в Казани неоднократно выезжал в клиники Германии, Австрии, Франции с целью изучения накопленного ими клинического опыта и освоения мануальных навыков. Все это позволило ему заниматься не только вопросами полостной хирургии, хирургии головы, органов грудной клетки, конечностей, но и челюстно-лицевой хирургией и, в частности, реконструкцией лицевого скелета с устранением возникших дефектов и деформаций после травматических повреждений и онкологических операций [11, 34, 45].

В 1899 г. 26 ноября им впервые была произведена «операция Kronlein`а» с резекцией наружной глазничной стенки с последующей остеопластикой. Швейцарский хирург Kronlein применял эту операцию для удаления лежащих позади глазного яблока дермоидных кист. Профессор В.И. Разумовский, впервые применив этот метод при проведении операции по удалению невриномы, получил положительный результат, при этом сохранил целостность глазного яблока.

Операция была проведена в присутствии большого числа свидетелей и при любезном участии классика отечественной офтальмологии, профессора Е.В. Адамюка. После выполнения В.И. Разумовским углового разреза в височной области, был иссечен треугольный участок кости из наружной стенки глазницы.

Доступ к опухоли, лежащей позади глазного яблока, получился достаточным. Пальцем можно было обойти опухоль, исходившую из n. opticus. После ее выделения, нерв был перерезан сначала позади опухоли, а затем после того как опухоль удалось извлечь кнаружи, нерв был пересечён у глазного яблока, и это последнее действие произвел профессор Е.В. Адамюк. Рана была сшита, за исключением небольшого места, где был установлен выпускник из глазницы для профилактики образования гематомы. 4 декабря больной был выписан из клиники: легкая отечность верхнего века; роговица чиста. Движения глазного яблока были ограничены [89].

Профессор В.И. Разумовский проявил себя как хирург именно в казанский период своей карьеры, когда работал в клинике и много оперировал. Пройдя, благодаря своему таланту, короткий путь от прозектора (1885) до экстраординарного профессора, заведующего кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии (1887), он, по свидетельству современников, блестяще преподавал хирургию [127].

В плеяде казанских профессоров, кто активно выполнял пластические операции в челюстно-лицевой области, был профессор И.А. Праксин. Аккуратность, с которой он завершал операции, закрывая раны с использованием приемов пластики местными тканями, говорила о его знакомстве с работами Н.И. Пирогова, И.Ф. Буша, Ю.К. Шимановского и др. [34, 36, 40].

Его научные интересы были разнообразны, и особый интерес у него вызывала пластика дефектов и деформаций лица. Как правило, они носили врождённый и приобретенный характер, после перенесённых травм, инфекционных заболеваний, таких как сифилис, актиномикоз, системная красная волчанка, нома, которые были довольно широко распространены в России в то время. Подобные проблемы возникали и после операций по поводу онкологических процессов и требовали решений. Хирургов, работавших в Казани, желающих заниматься пластикой лица, было не так уж и много. Поэтому И.А. Праксин отдавал этому делу значительную часть своего времени [11, 36, 40].

В начале XX в. в «Обзрении преподавания в 1909-1910 гг.» на медицинском факультете в лекции по топографической анатомии и хирургии, читанной профессором И.А. Праксиным, наряду с различными проблемами, входили вопросы пластики дефектов и деформаций лица [45].

2.3. Развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в конце XIX начале XX вв., деятельность В.И. Разумовского, О.А. Рустицкого, М.М. Красина и др.

В конце XIX века начали проводиться научные исследования по пересадке кожи и слизистых оболочек человеческого организма. Попытки их пересадки на протяжении предыдущих периодов, как правило, приводили к отрицательным результатам и поэтому к проблеме подошли с научных позиций. Без глубоких исследований как всего организма, заболеваний и травм, поражающих кожные и слизистые покровы и их свойств, к успеху в решении этой проблемы прийти было невозможно. Без знаний о состоянии нервной системы, иммунных реакций и влиянии эндокринных процессов, лечения поврежденных поверхностей, тем более пересадки тканей, невозможно получить положительный результат.

Подобные исследования проводились в Казани профессором О.А. Рустицким (Рисунок 21) [7, 9]. Эта проблема была одним из направлений его



Рисунок 21. Осип Александрович Рустицкий

практической деятельности и, в результате многолетних исследований и лечения, были получены положительные результаты. В своих трудах он отмечал успехи в развитии пластической хирургии в конце XIX века. О.А. Рустицкий особо выделял вопросы пересадки кожи в случаях при достаточно обширных ожогах поверхности тела, указывал, что достижения аутотрансплантации кожи давали возможность сохранения не только здоровья, но и жизни больного. В

своей практической работе он пытался проводить лечение обширных гранулирующих ран пересадкой кожи от только что скончавшихся людей, не страдавших инфекционными болезнями. Другим направлением в исследованиях О.А. Рустецкого было решение вопросов ксенотрансплантации, им делались попытки пересадки кожи от свиней, но они, как и следовало ожидать, были безуспешными. Сегодня это стало возможным, когда современные технологии позволяют полностью вывести из свиной кожи, содержащийся в ней белок, основное вещество, приводящее к её отторжению. Но в то время, когда информации в этой области науки было недостаточно, сам ученый пришел к заключению, что лучше аутотрансплантации ничего нет. В этом направлении он разработал способы пересадки кожи на поражённые веки с тыльной стороны стоп ног, кожа которых по тонкости уступала только коже на веках. При реконструктивной хейлопластике разрабатывал методы пересадки слизистой



Рисунок 22. Михаил Михайлович Красин

оболочки на губы, взятой со слизистой щек, благодаря чему сохранялись их функции и внешние формы [11, 30, 40, 94].

На рубеже XIX - XX вв. продолжались исследования и в области ринопластики. Ученик профессора Н.И. Студенского, молодой ученый М.М. Красин (Рисунок 22), хирург, выполнял оригинальные операции в челюстно-лицевой области. Много помогая профессору Н.И. Студенскому, научился делать реконструктивную ринопластику с использованием золотой стропилки, а со временем модернизировал методику своего учителя. Занимаясь изучением вопросов деформации носа различного генеза и возможностями хирургического устранения их, он продолжил изучение применения других различных конструкций не только из золота, но и из платины, как индифферентных для организма материалов, под опорные структуры спинки носа [30].

Работая в госпитальной хирургической клинике Казанского университета, М.М. Красин один из немногих хирургов оказывал помощь больным с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба, выполняя хейло – и уранопластику, а также удалял различные новообразования в челюстно-лицевой области, закрывая образовавшиеся дефекты, используя приемы первичной пластики местными тканями по Шимановскому [34, 40, 53].

Приобретённый заграничный опыт и знания профессор М.М. Красин передавал на лекциях студентам и докладывал коллегам – врачам на заседаниях «Общества врачей» при Казанском университете [34, 40].

Академик А.В.Вишневский – классик советской хирургии, будучи приват-доцентом кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии с 1904 по 1912 гг., наряду с различными вопросами, преподавал тему: «Пороки развития, имеющие хирургический интерес. Врождённые дефекты и деформации лица и челюстей – «волчья пасть» и «заячья губа» [86]. А.В. Вишневским был разработан метод местной анестезии, этот метод за рубежом был назван «Русской анестезией» и остается актуальным до сегодняшнего дня. Как метод обезболивания преподается студентам не только на кафедре топографической анатомии, но на всех кафедрах хирургического профиля, включая кафедру челюстно-лицевой хирургии. Метод не заменим при выполнении местнопластических операций [40].

Если профессор О.А. Рустецкий занимался проблемами пересадки кожи и слизистых оболочек, то от профессора В.Л. Боголюбова, студенты и медицинская общественность Казани узнали о новых достижениях в трансплантологии, имевших мировое значение – использование фасций в пластической хирургии. Этот новый метод быстро стал известен в хирургической среде и имел самое широкое распространение, в том числе и в челюстно-лицевой хирургии при реконструктивной ринопластике и лечении гемипареза лицевого нерва при его постинфекционном или посттравматическом неврите. Виктор Леонидович является пионером широкого практического применения для пластических целей cutis из собственной кожи больного [40, 45].

Отдельной брошюрой вышла в 1910 г. его речь «О современных успехах пластической хирургии», в которой он осветил состояние реконструктивной хирургии того времени и роль в её развитии Н.И. Пирогова. В ней, в частности, он отмечал: «Я говорю о пластической хирургии. Напомню при этом, что одними из первых операций, сделанных Пироговым в России по возвращении из-за границы, были пластические операции. Укажу на то, что одна из первых работ Пирогова в Дерпте носила название – «О пластических операциях вообще, о ринопластике в особенности».

П.А. Дубовицкому принадлежит первая публикация о реконструктивной ринопластике с подробным описанием техники ее выполнения (1837), которая применялась на протяжении многих лет. Уже тогда он предложил создание носовой перегородки в отличие от Ю.К. Шимановского, который позже предлагал делать только спинку носа. П.А. Дубовицкого можно считать основоположником восстановительной хирургии не только в Казани, но и в России. Основал журнал «Записки по части врачебных и естественных наук», в котором им опубликованы результаты проведенных операций по реконструктивной челюстно – лицевой хирургии.

Н.И. Студенский, став заведующим кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Казанского Университета (1884), первым ввел систематические занятия на трупах. При лечении врожденных расщелин у детей применял различные способы операций: простое сшивание, способ Лангенбека. После удаления опухолей на нижней губе использовал способы Диффенбаха и Симебахмана. Хирургом составлена клинично – топографическая классификация дефектов носа. Предложил делать опору для формирования носа в виде каркаса из золотой проволоки. Он написал курс лекций «Оперативная хирургия» (1888), где описал способы хейлопластики при различных видах расщелин верхней губы, а также методы антисептики и асептики.

Преобретя опыт проведения пластических операций раненым в лицо в русско – турецкой войне, Н.И. Боголюбов выполнял восстановительные операции

в челюстно – лицевой области в факультетской хирургической клинике Казанского Университета с 1866 г.

В 1899 г. В.И. Разумовским в Казани, в клинике кафедры факультетской хирургии Казанского Университета впервые была произведена «операция Kronlein`а» по резекции наружной глазничной стенки с последующей остеопластикой. Швейцарский хирург Kronlein применял эту операцию для удаления лежащих позади глазного яблока дермоидных кист. Профессор В.И. Разумовский, впервые применив этот метод при проведении операции по удалению новообразования глазницы, получил положительный результат, при этом сохранил целостность глазного яблока.

И.А. Праксин занимался пластикой дефектов и деформаций лица, освещал эти вопросы на лекциях.

О.А. Рустицкий рассматривал вопросы пересадки кожи и слизистых оболочек человеческого организма, а также такое направление, как ксенотрансплантация – пересадка кожи человеку от свиней. Пришел к выводу, что лучше аутортрансплантации ничего не существует.

Ученик профессора Н.И. Студенского М.М. Красин продолжил заниматься восстановлением носа золотой стропилкой и предложил делать конструкции из платины под опорные структуры спинки носа.

В.Л. Боголюбов положил начало новому разделу в мировой трансплантации, предложив использовать фасцию – плотную ткань при операциях на желудочно-кишечном тракте. Трансплантация фасций быстро завоевала признание и стала широко использоваться в эксперименте и в клинике при операциях на брюшной стенке, суставах, мочевом пузыре, а также на лице при реконструктивной ринопластике и лечении гемипареза лицевого нерва при его постинфекционном или посттравматическом неврите. Виктор Леонидович является пионером широкого практического применения для пластических целей *cutis* из собственной кожи больного.

Можно констатировать, что как казанскими профессорами Ф.О. Елачичем, П.А. Дубовицким, Н.И. Студенским, В.И. Разумовским, И.А. Праксиным,

О.А. Рустицким, М.М. Красиным, А.В. Вишневым, В.Л. Боголюбовым, так и рядовыми клиническими ординаторами, помогавшими им на операциях и оперировавшими самостоятельно – Плюшковым²¹ и Голубевым, был сделан очень важный вклад в развитие специальности. Мастерство и профессионализм хирургов принесли реальную пользу отечественной медицине и практическую помощь населению региона.

Подводя итоги, можно со всей основательностью сказать, что казанские хирурги первого этапа достигли значительных успехов в работе по решению вопросов устранения дефектов и деформаций в челюстно-лицевой области методами и приемами пластической хирургии. И, если из-за официального отсутствия в те времена специальности, назвать их челюстно-лицевыми хирургами нельзя, тем не менее, благодаря своему таланту и призванию, они оказывали высококвалифицированную помощь пациентам с патологией лица и челюстей, нуждавшимся в ней.

²¹ НАРТ, ф. 977, оп. мед. фак., д. 1775, л. 7.

ГЛАВА 3 ВКЛАД КАЗАНСКИХ УЧЕНЫХ В РАЗВИТИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Второй этап развития специальности (1920 – 1954 гг.)

Организованная на медицинском факультете Казанского университета в 1920 г. кафедра одонтологии была одним из центров Казани, где развивалась реконструктивная хирургия челюстно-лицевой области.

Вторым центром развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области был ГИДУВ (Государственный институт для усовершенствования врачей). Открылся Казанский клинический институт имени В.И. Ленина (первое название) 22 апреля 1920 г. Институт стал вторым, после Клинического института усовершенствования врачей в Санкт-Петербурге, центром повышения квалификации врачей в России.

В 1922 г. в ГИДУВе открылась кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии. Кафедру возглавлял профессор В.А. Гусынин. Кафедра хирургии на 50 коек открылась в здании больницы Красного Креста. Первым руководителем клиники был доктор медицинских наук Б.П. Енохин, трагически погибший от сепсиса после гнойной операции. В октябре 1923 г. клинику возглавил видный хирург, профессор В.Л. Боголюбов²², ученик профессора В.И. Разумовского. В 1934 г. при участии И.М. Утробина в Казанском ГИДУВе была организована кафедра стоматологии (Рисунок 23). Учебный процесс по усовершенствованию профессиональной подготовки врачей по хирургической стоматологии проводили доцент И.М. Утробин и ассистент А.Ф. Медведева. В 1976 г. образована кафедра ортопедической и хирургической стоматологии, возглавил которую профессор Г.Г. Насибуллин. С 1982 по 1988 гг. кафедрой хирургической стоматологии заведовал профессор Ф.С. Хамитов. С 1988 по 2007 гг. кафедрой руководил профессор И.Г. Ямашев. В 1995 г. кафедра получает

²² НАРТ, ф. 7347, оп. 1, д. 72, л. 62.

название челюстно-лицевой хирургии.



Рисунок 23. Первый выпуск врачей – стоматологов Казанского ГИДУВа, 1940 г.

В 1949 г. была начата организация Республиканской стоматологической больницы, ее возглавил доцент И.М. Утробин. В марте 1951 г. больница была реорганизована Советом Министров ТАССР по Распоряжению № 449-р от 25.05.1951 г. со ссылкой на Разрешение Минздрава СССР от 10.02.1951 г. № 04-7/145 в Республиканскую стоматологическую поликлинику со стационаром и с тех пор стала клинической базой кафедры стоматологии Казанского ГИДУВа.

Третьим центром развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области можно считать «Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» МЗ РСФСР. История «Травматологического центра» началась в 1918 г., когда был открыт Ортопедический институт на 40 коек с протезной мастерской, и в 1920 г. он вошёл в состав ГИДУВа. В 1935 г. в целях

укрепления ортопедо – травматологической службы, постановлением СНК Татарской республики образован «Татарский институт ортопедии и травматологии» (ТИОТ) Наркомздрава Татарской республики, который после окончания Великой Отечественной войны в 1945 г. был реорганизован в «Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» МЗ РСФСР. На учреждение была возложена задача разработки методов лечения инвалидов Отечественной войны, нуждающихся в сложных реконструктивных и пластических операциях. В 1946 г. в институте было открыто отделение челюстно-лицевой хирургии на 25 коек для оказания помощи инвалидам Великой Отечественной войны и пациентам с врождёнными и приобретёнными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области, отделение возглавил доцент И.М. Утробин²³. В 1953 г. доцент И.М. Утробин, в связи с загруженностью в работе, оставляет должность заведующего отделением; в дальнейшем руководителем отделения становится К.А.Корчагина. Отделение просуществовало до 1969 г. и было расформировано.

Ведущими фигурами в области пластической челюстно-лицевой хирургии были представленные ниже специалисты:

Глушков Петр Аркадьевич (1880 – 1937) родился в семье земского врача. В 1904 г. окончил Казанский университет со степенью лекаря, был оставлен стипендиатом на кафедре нормальной анатомии, служил ординатором Уральской войсковой больницы, затем ординатором хирургического отделения Казанского военного госпиталя. В 1911 г. он специально прослушал курс по одонтологии у приват-доцента Ф.А.Звержховского в Санкт-Петербургском Женском медицинском институте при Свято-Троицком монастыре. Занимался научной работой под руководством И.А. Праксина и А.В. Вишневого, в 1918 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Кожная иннервация тыла стопы». В 1918 г. преподавал по кафедре хирургии болезней челюстей и полости рта. С 1919 г. вел чтение «Курса патологии и терапии зубных болезней с клиникой консервативного

²³ НАРТ, ф. 5546, оп. 2л, д. 1117, л. 180.

зубоврачевания»²⁴. В 1920 г. стал первым в истории Казанской медицины профессором кафедры одонтологии с клинической базой в факультетской хирургической клинике. В 1928 г. одонтологическая клиника переименовывается в стоматологическую клинику, директором остается П.А. Глушков, ассистентами - П.Ф. Евстифеева и И.М. Утробин, ординаторами - И.А.Гнадеберг, И.Г. Алексеева, К.А. Корчагина и Е.А. Домрачева. В 1930 г. П.А. Глушков уехал в Ленинград, где работал в Институте экспериментальной медицины под руководством академика А.Д. Сперанского.

Утробин Иван Михайлович (1897 – 1972) окончил Вятскую духовную семинарию и поступил на медицинский факультет Казанского университета. По окончании работал в одонтологической клинике ординатором, ассистентом, старшим ассистентом. В 1927-1928 гг. работал штатным преподавателем одонтологии при Казанском медполитехникуме. С 1930 г. был назначен временно исполняющим обязанности заведующего клиникой и кафедрой стоматологии КГМИ, а с 1932 г. утвержден в этой должности и звании доцента²⁵. В 1934 г. при участии И.М.Утробина в ГИДУВе была открыта кафедра стоматологии, а в 1936 г. был открыт Казанский стоматологический институт, директором²⁶ (1936-1938) и заведующим кафедрой хирургической стоматологии был назначен И.М.Утробин (1938-1950). За активную клиническую, научную и педагогическую деятельность в 1937 г. ему по совокупности научных работ, без защиты диссертации, была присвоена ученая степень кандидата медицинских наук²⁷. В 1946 г. он возглавил отделение челюстно-лицевой хирургии на 25 коек в Казанском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии²⁸ для оказания помощи инвалидам Великой Отечественной войны и пациентам с врождёнными и

²⁴ НАРТ, ф. Р-1337, оп. 5, д. 26, л. 5.

²⁵ НАРТ, ф. 5546, оп. 2л, д. 1117, л. 8.

²⁶ НАРТ, ф. 5546, оп. 2л, д. 1117, л. 10.

²⁷ НАРТ, ф. 5546, оп. 2л, д. 1117, л. 9.

²⁸ НАРТ, ф. 5546, оп. 2л, д. 1117, л. 136.

приобретёнными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области, проработав в нём до 1953 г. После расформирования в 1950 г. Казанского стоматологического института работал на кафедре стоматологии Казанского ГИДУВа и в Казанском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии. Его по праву можно назвать организатором в РТ службы по оказанию помощи больным с патологией челюстно-лицевой области [45].

Медведева Анна Филипповна (1918 – 1997) в 1940 г. окончила Казанский стоматологический институт. Свою профессиональную деятельность начала в 1940 г. врачом-стоматологом в Кукморском районе ТАССР. С 1941 по 1943 гг. обучалась в клинической ординатуре на кафедре хирургической стоматологии Казанского стоматологического института у доцента И.М. Утробина. В 1943 г. после ординатуры её оставляют в должности исполняющей обязанности ассистента, а в 1945 г. уже ассистентом кафедры хирургической стоматологии Казанского государственного стоматологического института. В 1950 г. уволена в связи с закрытием стоматологического института и переводом его в Караганду. Анна Филипповна остаётся в Казани и с 1951 г. работает врачом - хирургом в стационаре Республиканской стоматологической больницы. В 1956 г. она назначается заведующей отделением. В 1957 г. А.Ф. Медведева под руководством доцента И.М. Утробина выполняет научное исследование, и по завершении работы в 1965 г. она защищает кандидатскую диссертацию [66] (Автобиография, 1965). Являясь ведущим челюстно-лицевым хирургом и консультантом в Республиканской стоматологической больнице, оказывала консультативную и лечебную работу больным Татарской Республики и соседних регионов. Ею выполнены и опубликованы 12 научных работ. В 1970 г. А.Ф. Медведева была награждена медалями и значком «Отличник здравоохранения» (Автобиография, 1997).

Красин Павел Михайлович (1875 – 1935) в 1899 г. с отличием заканчивает медицинский факультет Императорского Казанского университета. В 1903 г. профессором И.А. Праксиным был рекомендован на вакансию профессорского стипендиата. С мая 1904 по октябрь 1905 гг. участвовал в русско-японской войне

в качестве врача отряда им. Казанского университета. В мае 1907 г. защитил докторскую диссертацию «К учению о регенерации периферических нервов после повреждения их». В 1908 г. находился в длительной заграничной командировке для ознакомления с постановкой клинического преподавания в клиниках и госпиталях Берлина, Парижа, Лозанны, Берна и Вены. С 1912 по 1914 гг. служил приват-доцентом кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Казанского Университета. Участвовал в I мировой войне в должности врача в городских госпиталях. С 1917 по 1928 гг. заведовал кафедрой «Топографической анатомии и оперативной хирургии», избран экстраординарным профессором этой кафедры, в это время им был написан «Краткий курс по оперативной хирургии с топографо-анатомическими данными». При Павле Михайловиче кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии впервые с момента образования (т.е. спустя 40 лет) получила собственное здание, где располагается и в настоящее время. В 1928 г. был назначен заведующим кафедрой общей хирургии, на которой проработал до 1930 г. В 1931 г. утвержден профессором пропедевтической хирургической клиники [45].

Гусынин Василий Афанасьевич (1884 – 1957) поступил учиться на медицинский факультет Варшавского университета, который успешно закончил в 1913 г. и был оставлен при кафедре анатомии для подготовки к академической деятельности. Молодого специалиста интересовала нейрохирургия. Но начавшаяся I мировая и Гражданская войны прервали научные планы молодого врача. Военные годы провел на различных фронтах, вырос из младшего ординатора до начальника медицинской части управления «Красного креста» Приволжского района. В конце 1919 г. он по конкурсу был избран на должность преподавателя кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии вновь открывшегося Самарского университета. Работу преподавателя кафедры совмещал с работой хирурга в губернской больнице. В 1923 г. в связи с закрытием Самарского университета переезжает в Казань, где начинает работать начальником железнодорожной больницы и после защиты диссертации избирается доцентом кафедры хирургии Казанского ГИДУВа, возглавляемой

профессором В.Л. Боголюбовым. В 1928 г. В.А. Гусынин избирается профессором хирургической клиники Казанского ГИДУВа. В 1930 г. возглавил клинику и организованную кафедру неотложной помощи и военно-полевой хирургии Казанского ГИДУВа, где в 1932 г. был избран на должность профессора.

В годы Великой Отечественной войны работал главным хирургом отдела эвакогоспиталей Наркомздрава ТАССР, консультируя и оперируя раненных в голову и в челюстно-лицевую область вместе с хирургами К.А. Корчагиной, З.А. Шишкиной в развернутом 1000 - кочном госпитале №1667 [23]. После окончания войны руководил нейрохирургическим госпиталем для инвалидов Великой Отечественной войны. В 1947 г. на базе госпиталя была создана нейрохирургическая клиника «Института ортопедии и восстановительной хирургии», в которой занимал должность профессора и проводил обучение врачей-курсантов Казанского ГИДУВа по нейрохирургии и челюстно-лицевой хирургии. Был награжден орденами Ленина, Знак Почета, медалями [30, 51].

Домрачева Евгения Алексеевна (1891 – 1984) после окончания с отличием в 1916 г. Казанской зубоврачебной школы доктора Рясенцева, начала работать в Забулачной школьной амбулатории Казани. В 1923 г. поступает на работу сверхштатным ординатором в одонтологическую клинику Казанского государственного университета, которой руководил профессор П.А. Глушков. В 1933 г. после окончания лечебного факультета ей предлагают работу в должности ассистента кафедры хирургической стоматологии Казанского ГИДУВа²⁹, к этому времени кафедрой заведовал доцент И.М. Утробин.

В 1939 г. Е.А. Домрачева становится ассистентом кафедры хирургической стоматологии в открывшемся Казанском стоматологическом институте³⁰. Успехи в научной работе логически завершились защитой в марте 1941 г. кандидатской диссертации «Влияние слюны на секрецию желудка»³¹. Во время Великой

²⁹ НАРТ, ф. 5346, оп. 2л, д. 334, л. 27.

³⁰ НАРТ, ф. 5346, оп. 2л, д. 334, л. 15а.

³¹ НАРТ, ф. 5346, оп. 2л, д. 334, л. 69.

Отечественной войны была ведущим хирургом специализированного челюстно-лицевого госпиталя. Большой клинический опыт работы в госпитале обобщила в докторской диссертации «Ранняя пластика при огнестрельных ранениях лица с максимальным использованием местных тканей», которую защитила в 1951 г., а в 1954 г. на её основе издала монографию – «Ранняя пластика при ранениях лица» [31]. В 1955 г. Е.А. Домрачева избирается профессором по «Курсу стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» на кафедре госпитальной хирургии №2³². В КГМИ работала с 1943 по 1972 гг. доцентом³³, профессором кафедры госпитальной хирургии по курсу стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, с 1956³⁴ по 1968 гг. заведовала кафедрой хирургической стоматологии. Заслуженный деятель науки Татарской АССР (1961), награждена орденом «Знак Почета» и медалями.

Кольцова Любовь Александровна (1922 – 2000) после окончания в 1943 г. Казанского стоматологического института, была направлена в ЛОР - отделение одного из эвакогоспиталей в Новосибирск, в котором также работала врачом-стоматологом при амбулатории. После окончания Великой Отечественной войны в 1946 г. поступила на работу в Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии МЗ РСФСР на должность младшего научного сотрудника. В 1949 г. окончила курсы специализации по челюстно-лицевой хирургии в Ленинградском ГИДУВе. В 1956 г. Любовь Александровна подготовила и успешно защитила кандидатскую диссертацию: «Экспериментальное исследование биологически подготовленного трансплантата». Позже была переведена на должность старшего научного сотрудника института и продолжила свою работу, в основном посвященную различным аспектам пластической хирургии. В 1958 г. стала доцентом кафедры хирургической стоматологии Казанского медицинского института, а в 1968 г. заведующей кафедрой хирургической стоматологии КГМИ³⁵. В 1971 г.

³² Архив КГМУ, ф. Р-6446, оп. 1л, ед. хр. 126, л. 102.

³³ НАРТ, ф. 5346, оп. 2л, д. 335, л. 9.

³⁴ Архив КГМУ, Р-6446, оп. 1л, д. 134, л. 75.

³⁵ Архив КГМУ, ф. Р-6446, оп. 1л, д. 312, л. 178.

Л.А. Кольцова защищает докторскую диссертацию на тему: «Применение органических красителей и пигментов в хирургии челюстно-лицевой области», которую выполнила при консультировании профессора Е.А. Домрачевой. 5 ноября 1985 г. профессор Л.А. Кольцова уходит на пенсию. За свои заслуги награждена орденом «Трудового Красного Знамени», знаком «Отличник здравоохранения» и 5 медалями [40].

Крешетов Евгений Васильевич (1938 – 1996) с 1956 по 1961 гг. обучался на стоматологическом факультете КГМИ. По окончании учёбы в институте остается в клинической ординатуре на кафедре хирургической стоматологии. После завершения обучения в 1963 г. профессор Е.А. Домрачева приглашает его работать на кафедре в должности ассистента. В своих научных исследованиях отдавал приоритет изучению вопросов воспалительных процессов в челюстно-лицевой области. В 1970 г. защитил кандидатскую диссертацию «Некоторые показатели функции надпочечников у больных острым одонтогенным остеомиелитом в зависимости от методов лечения». С 1985³⁶ по 1996 гг. заведовал кафедрой хирургической стоматологии. В 1993 г. защитил докторскую на тему «Ранняя диагностика, прогнозирование осложненного течения и лечение основных гнойных заболеваний у детей» [3, 45].

Сразу две социальные революции - февральская и октябрьская 1917 г. и последовавшая за ними гражданская война привели к распаду Российской Империи с образованием совершенно нового тоталитарного государства с властью большевиков – Советского Союза. Все сферы в жизни государства и общества, в том числе и в области здравоохранения и образования, коренным образом изменились.

Все это наложило свой отпечаток и на развитие медицинской практики, образования и науки. Большинство из профессоров, доцентов и преподавателей Казанского университета не приняли Советскую власть. В силу различных причин произошла значительная потеря кадров из профессорско-

³⁶ Архив КГМУ, ф. Р-6446, оп. 18л, д. 659, л. 295.

преподавательского состава и студентов. Отсутствие в эти периоды необходимого финансирования, обновления материально-технической и научной базы вызвали застой в их работе. Была изменена система поступления на обучение, особенно, на медицинский факультет. В основном упор на формирование студенческого корпуса делался на представителей из рабоче-крестьянской среды с низким начальным и средним образованием. С другой стороны, значительная потеря кадров старой дореволюционной медицинской школы привела к резкому снижению качества подготовки специалистов. Сложно определить, как продолжилось развитие челюстно-лицевой хирургии, особенно реконструктивной, если старые планы и программы обучения были изменены.

В годы гражданской войны работа факультета протекала в еще более трудных условиях. Многие профессора и преподаватели были мобилизованы на военную службу и совмещали педагогическую деятельность с работой в госпиталях. Здания университета и клиник не отапливались, и совет принял решение резко ограничить учебный процесс. Декан медицинского факультета профессор Г.Я. Трошин отмечал, что факультет «находится на краю гибели: здания его дряхлеют, теоретические кафедры пустеют, клиники суживаются, а живая сила, младшие и старшие преподаватели, не получая жалованья, едва влачат существование» [40].

В августе 1920 г. состоялся 1 Всероссийский съезд по медицинскому образованию, на котором был предложен новый учебный план, состоявший из трёх ступеней подготовки студентов. На первой ступени предлагалось обучать естественно - историческим и социальным наукам, на второй – осуществлять общемедицинское образование и знакомить со специальными медицинскими дисциплинами, на третьей - углублённо изучать специальные клинические дисциплины. В 20 – х годах много внимания уделялось методологии преподавания. При апробации различных форм и методов обучения зачастую возникали перекосы, наносившие явный вред процессу освоения знаний. Новый учебный план по хирургии был составлен лишь в 1926 г.



Рисунок 24. Петр Аркадьевич
Глушков

Реализацией Постановления Наркомздрава РСФСР от 16 октября 1918 г. «О государственной организации зубоврачебной помощи в республике» 16 ноября 1918 г. СНК РСФСР началось преобразование зубоврачебных школ в 4 городах страны, в Петрограде, Москве, Казани и Саратове в учебно-вспомогательные учреждения одонтологического профиля при медицинских факультетах. В дальнейшем 24 марта 1920 г. было издано постановление Наркомздрава: «О создании на медицинских факультетах государственных университетов кафедр одонтологии с соответствующими клиниками», и 21 апреля 1920 г. существовавший на медицинском факультете курс «Хирургия челюстей и полости рта с клиникой оперативного зубоврачевания» был официально преобразован в кафедру «Одонтологии», заведующим которой стал профессор П.А. Глушков [84]. Это событие на наш взгляд положило начало II этапа развития пластической челюстно-лицевой хирургии в Казани.

В исторической науке с высокой точностью разложить профессиональную деятельность людей во временных рамках, не вызывая тем самым сомнения и дискуссии, довольно сложно. Как и во время первого этапа, в советскую эпоху были свои выдающиеся учёные и врачи, которые продолжали развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области сначала в России, потом в СССР. Одним из первых среди них был П.А. Глушков (Рисунок 24), в 1908 г. заинтересовавшийся одонтологией, новой медицинской специальностью, не имевшей тогда самостоятельной базы. Во время Первой мировой войны П.А. Глушков служил в армии врачом-хирургом. Находясь на Юго-Западном фронте, он был прикомандирован на три месяца к челюстному отделению Киевского военного госпиталя для изучения ранений в челюстно-лицевую область и их лечения. Это, безусловно, оказало влияние на формирование его знаний и развитие профессиональных навыков по челюстно-лицевой хирургии [12]. В стоматологической клинике, где П.А. Глушков был директором, наравне с

лечением воспалительных и онкологических процессов, выполнялись операции по устранению посттравматических и постоперационных дефектов и деформаций в челюстно-лицевой области, оказывалась помощь жертвам огнестрельных ранений в лицо периода революции и гражданской войны.

Шло становление челюстно-лицевой хирургии в новых условиях. Профессор П.А. Глушков продолжал читать лекции студентам V курса, вел прием больных, оперировал, готовил к печати свои научные труды. В них отразились разносторонность ученого, его глубокие знания в области медицины, особенно в хирургии, личный практический опыт. Петр Аркадьевич всегда щедро делился знаниями со своими учениками, которые стали крупными челюстно-лицевыми хирургами: профессор Казанского медицинского института Е.А. Домрачева, доценты Казанского ГИДУВа И.М. Утробин и З.А. Шишкина, старший научный сотрудник Института травматологии К.А. Корчагина [3, 40;].

Круг научных интересов профессора П.А. Глушкова был достаточно широк. Его перу принадлежит более 20 научных работ. В 1923 г. на страницах Казанского медицинского журнала (№6) он печатает интересную работу «К вопросу о лечении рубцовых анкилозов нижней челюсти», журнал «Вестник хирургии» (1927, №10) публикует его работу «Метод пластической резекции нижней челюсти», а другой журнал «Новый хирургический архив» (1930, №4) — статью «К оперативному лечению аномалий прикуса (открытого прикуса)». Перечисленные публикации явились ценным вкладом в развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области [1, 3, 64].

П.М. Красин³⁷ - один из немногих хирургов того времени, кто занимался реконструктивной хирургией челюстно-лицевой области в Казани. В 1908 г. в клиниках Европы он знакомился с новыми методами обучения и хирургического лечения больных с различной патологией, включая и патологию челюстно-лицевой области. Им был написан "Краткий курс по оперативной хирургии с топографо-анатомическими данными". Раздел «Голова и шея» был написан с

³⁷ НАРТ, ф. Р-6446, оп. 4, д. 22, л. 143.

учётом личного хирургического опыта, приобретённого в период Первой мировой войны. В 1922 г. П.М. Красин разработал и внедрил в практику способ остеопластики с временной частичной резекцией нижней челюсти при удалении рака языка. Суть способа заключается в том, что при проведении временной фрагментарной резекции внутренней кортикальной пластинки тела нижней челюсти в области подбородка, создаются более благоприятные условия полной экстирпации злокачественной опухоли с ревизией регионарного отдела лимфатической системы и восстановлением целостности и формы нижней челюсти. Это очень важно для больного, потому что сохраняются целостность челюсти и, естественно, её функции после её сращения [55].

Профессора В.А. Гусынина (Рисунок 25) интересовала нейрохирургия. Учитывая связь самых глубоких анатомических, физиологических и клинических связей головного мозга с челюстно-лицевой областью, то реконструктивная хирургия лица не осталась без внимания с его стороны. Он увлекся идеями новейшей технологии в пластической хирургии того времени, реконструкцией тканей лица и головы круглым кожным стебельчатым лоскутом [29]. После ряда проведенных хирургических операций и исследований свойств лоскута В.А. Гусынин в 1927 г. издает книгу «Пластика лица (приротовая область)». В этой книге своей задачей автор поставил пересмотр методов пластических операций на лице, а именно в области щёк и губ и только с теми дефектами, которые возникают в результате перенесённых травм, ожогов, номы и, следовательно, имеют неправильную форму, большие размеры и разнообразную локализацию. В первой главе, рассмотрев особенности анатомического строения и физиологии органов при ротовой области, В.А. Гусынин обосновал особенности клинического течения заболеваний в ней и рассмотрел уже известные методы их лечения. Эти методы основывались в основном на пластике местными тканями или свободной пересадки кожи, которые в окончательном результате имели не совсем



Рисунок 25. Василий Афанасьевич Гусынин

эстетический эффект, в основном за счёт деформирующих рубцов, которые к тому же вызывали нарушение функций жевания и речи. Во 2 главе автор описал историю создания стебельчатого лоскута по Филатову и его применение при реконструктивных операциях. В последующих главах он привел обзор операций, проведённых им, с применением этого метода при вмешательствах на щеках, губах и подбородке [27].

В 1928 г. В.А. Гусынин со всей основательностью развернул свою научную и клиническую деятельность по исследованию возможностей филатовского стебля в пластической хирургии. Много оперировал инвалидов гражданской войны с дефектами и деформациями в челюстно-лицевой области после огнестрельных ранений, особенно тех, у кого были нарушения функций со стороны органов челюстно-лицевой области и других областей тела. Результаты своего многолетнего труда он изложил в опубликованной в 1937 г. во второй своей монографии «Восстановительная хирургия на поверхности человеческого тела (пластика круглым кожным стеблем)». В этой книге, более объемной, В.А. Гусынин описал применение круглого стебля по Филатову не только на лице, но и на всем теле. Как отдельная глава, вошла предыдущая книга, а шестая глава была посвящена ринопластике и отопластике. В ней подробно изложены анатомия и физиология носа, обзор известных операций, приведена классификация дефектов носа. Далее следовали собственные работы по реконструкции носа и ушных раковин с применением стебельчатого лоскута по Филатову. Важное значение указанного труда заключалось в том, что данная монография стала второй книгой по пластической хирургии, изданной в России, после книги Ю.К. Шимановского [28].



Рисунок 26. Кафедра хирургической стоматологии КГСИ

В 1930 г. советское высшее образование вступило в следующий этап своего развития: было принято решение об отделении медицинских факультетов от университетов и преобразовании их в самостоятельные медицинские институты.

Для подготовки стоматологов чрезвычайно значение имело открытие стоматологических институтов. В 1936 г. в Казани кафедра из структуры медицинского института была переведена в состав открытого стоматологического института (Рисунок 26). Клиническими базами кафедры были хирургическое отделение на 30 коек и поликлиническое отделение на 7 зубоврачебных кресел.



Рисунок 27. Иван Михайлович Утробин

Достаточно важный вклад в развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой

области внес доцент И.М. Утробин. К началу Великой Отечественной войны И.М. Утробин сформировался как опытный хирург, владеющий различными методами костной и кожной пластики для лечения дефектов, деформаций челюстно-лицевой области (Рисунок 27). Всю войну И.М. Утробин со своими коллегами П.Ф. Евстифеевым, И.А. Гнадеберг и И.Г. Алексеевым прослужили в двух военных госпиталях № 1665 и 1669, оперируя раненных в челюстно-лицевую область и шею, доставляемых в Казань со всех фронтов. Здесь он получил неоценимый опыт, который был в последующем передан ученикам, студентам, врачам-курсантам [118, 120]. Опыт, накопленный доцентом И.М. Утробиним в период Великой Отечественной войны по лечению раненых в лицо, оказался значительным вкладом в развитие специальности. В приложении 1.3 содержатся фрагменты статей с наиболее ценным опытом, которые он опубликовал в довоенный, военный и послевоенный периоды.

В Республиканской стоматологической поликлинике со стационаром под руководством доцента И.М. Утробина проводились оригинальные операции по поводу различной патологии в челюстно-лицевой области.

Научная работа И.М. Утробина в основном была посвящена реконструктивной хирургии лица в плане устранения врождённых и приобретённых дефектов и деформаций. Им были предложены различные способы устранения дефектов и деформаций лица и челюстей после огнестрельных ранений, чему посвящено значительное число его публикаций [107, 108, 109, 110]. В них обсуждаются вопросы оперативного устранения огнестрельных дефектов среднего и нижнего отделов лица, нижней губы, слюнных свищей. Его монография «Огнестрельные комбинированные ранения лица, носа, придаточных пазух и жевательного аппарата», изданная совместно с профессором-отоларингологом Н.Н. Лозановым, и в настоящее время является ценным руководством для челюстно-лицевых хирургов [63].

И.М. Утробин предложил собственную модификацию использования филатовского стебля при тотальной ринопластике. Идея метода заключалась в следующем: стебель готовился на груди с расположением его верхнего конца

вблизи плечевого сустава, что имело определённые преимущества. С одной стороны, это даёт возможность уже при формировании стебля предусмотреть и включить в него необходимое количество пластического материала. С другой, такая локализация из-за близости плеча к лицу, облегчает и ускоряет последующий этап операции – имплантацию медиального конца стебля вблизи дефекта носа в область переносицы. После соответствующей тренировки латеральная ножка отсекается от груди. Сам стебель рассекается и распластывается так, чтобы получился кожно-жировой лоскут с минимальным содержанием жира посередине и по всей длине. Полученный лоскут складывался пополам. Для правильного формирования формы носа уже из сдублированного кожно-жирового лоскута, И.М. Утробин использовал проволочную рамку из алюминиевой проволоки. Боковые края пластинки сшивались между собой, а верхнезадний край - с иммобилизованным нижним краем посадочной площадки. Через 2 – 3 недели швы снимались, боковые края отсекались, проволочная рамка удалялась. Далее удалялся избыточный материал и в нижнем конце пластинки, из её середины выкраивали во всю толщину кожно-дублированную полосу, размером 2,5 X 1,0 см для формирования из неё перегородки носа. Далее сформированный нос адаптировался к освежёванным краям дефекта носа и пришивался. Проводили коррекции с подшиванием подготовленной перегородки носа в соответствующий разрез у нижнего края дефекта, определяли высоту кончика носа [111].

И.М. Утробин также занимался вопросами хейло- и уранопластики при врождённых расщелинах верхней губы и нёба. Без его внимания не оставались и вопросы коррекции внешности больных после онкологических операций в челюстно-лицевой области. Клинический опыт показывал, что удаление опухолей в челюстно-лицевой области, как правило, ведет к формированию дефектов и деформаций, нарушению функций и развитию психологических проблем у пациентов, перенёсших подобные операции. Помощь таким больным заключалась в проведении пластических операций, направленных на устранение возникающих проблем [111;112].

Доцент И.М. Утробин умел передавать свои знания и свой богатый клинический опыт. У него учились известные в СССР челюстно-лицевые хирурги, такие как профессора Ю.И. Бернадский, Е.И. Гаврилов и И.А. Груздев. И было чему учиться, ведь в клинике кафедры выполнялись сложнейшие пластические реконструктивные операции на лице по устранению врождённых аномалий. Для иллюстрации хирургического мастерства И.М. Утробина, приводим краткое описание одной из его операций, опубликованной в «Трудах Казанского стоматологического института» в 1947 г. А.А. Погодиной: «Принят на лечение больной 18-ти лет, с врождёнными дефектами лица и с нарушением речи и зрения. При осмотре виден дефект нижних век: справа оно отсутствует полностью, на его месте имеется углубление полулунной формы радиусом в 2 см. Слева углубление тканей треугольной формы до 2 см. В области указанных дефектов гиперимированная и гиперплазированная слизистая, которая справа разрослась до уровня радужной оболочки и спаялась с конъюнктивой глазного яблока. Верхние веки в норме. Двухсторонний экзофтальм вследствие отсутствия нижних век с постоянным нистагмом. На правом глазу катаракта, снизившая зрение до светочувствительности. Левый глаз в норме. Форма рта резко изменена из-за расщепления правой губной комиссуры. Эта расщелина продолжается вверх до крыла носа, отсюда она переходит в глубокую борозду шириной в 2 мм, идущую параллельно правой боковой стенке носа, отступя от неё на 3 мм и кончается ниже внутреннего угла глаза на 1 см. Правый угол рта подтянут до уровня крыла носа. Боковые края расщелины губы и дно борозды спаяны с подлежащей костью. Правая щека несколько уплощена по сравнению с левой, при пальпации определяется отсутствие нижнего края глазницы и скуловой кости. Нос расположен асимметрично со смещением вправо и несоразмерно велик. На верхней челюсти справа зубной ряд заканчивается клыком. За ним определяется западение альвеолярного отростка. Правая половина подтянута вверх, что определяет искривление свода. На твердом небе, начиная от правого клыка, расположена глубокая борозда, достигающая боковой стенки глотки. У больного выраженная прогения. На Rg-грамме определяются: частичное отсутствие

альвеолярного отростка и части тела правой верхней челюсти кзади от клыка. Правый край грушевидного отверстия и носовая перегородка смещены вправо. Правая скуловая кость и нижний край правой глазницы отсутствуют.

Больному были проведены несколько пластических реконструктивных операций: 2-х сторонняя блефаропластика путем перемещения кожных лоскутов с переднего отдела височной области в область дефектов век по Шимановскому. Перемещение правого угла рта до уровня левого путем расслабляющих разрезов, зашивание расщелины верхней губы. Сшивание освежёванных краёв мягкого нёба при помощи расслабляющих разрезов по бокам. Все эти оперативные вмешательства значительно уменьшили обезображивания лица, улучшилось



Рисунок 28. Георгий
Фёдорович Тихонов

зрение на правый глаз до степени различия движения пальцев, вследствие формирования нижнего века. Речь стала более внятной. Больной остался доволен проведённым лечением» [82].

В качестве дополнения, можно сказать, что больной выглядел бы еще лучше, если бы ему еще выполнили остеотомию пирамидки носа с рассечением перегородки и установкой их в центральное положение с послеоперационной фиксацией и остеотомию нижней челюсти по устранению прогении одним из известных

способов.

Большую заботу о судьбе инвалидов войны, нуждавшихся в пластических и реконструктивных операциях по поводу ранений в челюстно-лицевую область, И.М. Утробин проявил вместе с директором Казанского стоматологического института Г.Ф. Тихоновым (Рисунок 28). В письме к И.В. Сталину в декабре 1949 г. они обосновывали создание специальных медицинских учреждений (баз) для оказания специализированной помощи инвалидам Отечественной войны с осложнениями после огнестрельных ранений лица и жевательного аппарата. Осложнения эти заключались в воспалительных процессах, несросшихся переломах, ложных суставах, костных смещениях и экзостозах. Было много

больных с рубцовыми деформациями, контрактурами, дефектами тканей, небными перфорациями, свищами гайморовых пазух, слюнными свищами, параличами лицевого нерва, каузалгиями, отсутствием зубов, нарушениями прикуса. Лечение вышеуказанных лиц в основном требовало комплексной помощи – хирургической, ортопедической и ряда вспомогательных мероприятий. Они предполагали, что эти специальные базы должны состоять из стационара на 150 коек, патронажа на 30-50 коек и поликлиники на 15-20 рабочих мест с ортопедическими кабинетами и зуботехническими лабораториями. Указывали на необходимость принятия своевременных мер для бронирования и сосредоточения для работы на этих базах специалистов-стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, ортопедов, протезистов и зубных техников, находящихся в настоящее время на службе в армии или эвакогоспиталях [3]. Как рассказала в интервью вдова Г.Ф. Тихонова, Александра Ефимовна: «Ответ на письмо к Сталину они так и не получили, но получили нарекания со стороны руководителей обкома партии того времени, за прямое обращение к вождю народа» (Из интервью А.Е. Тихоновой, 2009).



Рисунок 29. Евгения
Алексеевна Домрачева

Значимую роль сыграла в развитии челюстно-лицевой хирургии профессор Е.А. Домрачева (Рисунок 29). На второй день Великой Отечественной войны она была призвана в Советскую Армию. Её назначили на должность начальника отделения челюстно-лицевой хирургии крупного эвакогоспиталя №1668³⁸, организованного в Казанской городской больнице № 3 (Рисунок 30). Как вспоминала её дочь Надежда Владимировна: «23 июня маму вызвали в военкомат. В тот день она надела военную форму, и с тех пор мы с братом не видели её месяцами. Вместе с хирургами А. Тихоновой и А.А. Погодиной они просто-напросто переселились в госпиталь, куда поступали раненые со всех фронтов»

³⁸ НАРТ, ф. 5346, оп. 2л, д. 335, л. 2.



Рисунок 30. Казанская городская больница №3 - военный госпиталь, в котором служила Е.А.Домрачева

[59]. К 1942 г. Е.А. Домрачева стала ведущим консультантом и хирургом в системе челюстно-лицевых эвакогоспиталей Казани №№ 2783 и 5870. Она смело внедряла в работу все новейшие достижения науки, этому

способствовали её тесные контакты с ведущими специалистами отечественной медицины, которые жили в эвакуации в Казани и консультировали в казанских госпиталях. При лечении Евгения Алексеевна успешно использовала передовые методики для того времени: исследовала эффективность применения, предложенных А.В. Вишневым, местной анестезии методом ползучего инфильтрата новокаином, новокаиновых ваго-симпатических блокад при выполнении пластических операций и масляно-бальзамических повязок при лечении ран, биохимических тестов по Крепсу, позволявших четко дифференцировать сепсис у раненых.

В практике челюстно-лицевой хирургии того времени существовал главенствующий принцип наложения ситуационных швов, то есть принцип сближения разорванных тканей проволочно-пластиночными швами. Эта методика сопровождалась большими осложнениями, частым нагноением, выраженными дефектами и деформирующими рубцами, а значит и длительными сроками выздоровления. Поэтому лишь незначительная часть раненных бойцов возвращалась в строй. Е.А. Домрачева впервые применила принцип общехирургического лечения ран в челюстно-лицевой хирургии, применив на ранних сроках методы пластики с максимальным использованием местных тканей и наложения «глухих швов». В результате сроки реабилитации сократились, и уже до 75 % раненых возвращались в строй. Это имело выдающееся значение в тот

военный период. Усилиями коллектива госпиталя сотни раненых бойцов были возвращены в строй [99].

За годы войны в госпитале было произведено более 2500 пластических операций, из них 1100 Е.А. Домрачевой. Из общего числа пластических операций 88% было сделано за счёт местных тканей, а с применением филатовского стебля – 12%. Будущий профессор смогла восстановить лица многим воинам, изуродованным тяжелыми ранениями. Ее операции с применением филатовского стебля были, по своему, оригинальны и не заменимы в случаях дефицита тканей. Большое число тяжелораненных в челюстно-лицевую область, прошедших через её руки, и которым она оказала реальную помощь, позволили Е.А. Домрачевой изменить способы лечения этого вида огнестрельных ранений. Из воспоминаний профессора Л.А. Кольцовой: «Самым ценным качеством профессора Домрачевой я считаю умение сочетать клинику с экспериментом. Она никогда не воспринимала имеющиеся установки как нечто незыблемое, не подлежащее пересмотру. Евгения Алексеевна, например, была в числе тех первых «смельчаков», которые позволили себе отказаться от некоторых традиционных подходов к пластике огнестрельных повреждений лица, отягченных воспалением. Её правоту подтверждала сама жизнь» [115].

Огромный клинический опыт, приобретённый в специализированном челюстно-лицевом госпитале в годы Великой Отечественной войны, Е.А. Домрачева в 1954 г. отразила в замечательной монографии – «Ранняя пластика при ранениях лица». Работа эта явилась капитальным вкладом в развитие пластической челюстно-лицевой хирургии в СССР. В первой главе монографии «Ранняя пластика при ранениях лица» даётся подробный анализ взглядов авторов разных периодов и современников автора на сроки и способы обработки огнестрельных ран челюстно-лицевой области. Особое недоумение у Е.А. Домрачевой вызывали Инструкции «По первичной и вторичной обработке огнестрельных ран на лице», одобренные Научно-медицинским бюро Главного управления Эвакогоспиталей Наркомздрава СССР 1942 г. Эти документы по своему содержанию не соответствовали более современным для того времени

методам, наработанным А.В. Вишневым и его многочисленными последователями с применением новокаиновых блокад, маслянно-бальзамических повязок и способов вторичной обработки инфицированных ран на любом сроке, как ускоряющие лечение, также являющиеся профилактическими для осложнений в течение раневого процесса.

Во второй главе, состоящей из нескольких разделов, в первом разделе автор приводит результаты применения ранней пластики при огнестрельных ранениях лица и делает следующие три важных вывода: 1. Исходы лечения ран лица зависят от раннего и правильного шинирования челюстей при переломах и применения исчерпывающей ранней пластики при обработке мягких тканей раны. 2. Ранняя пластика местными тканями должна стать методом выбора при обработке ран лица, обеспечивающая лучший косметический и функциональный эффект. Должны широко применяться методы лечения А.В. Вишнева. 3. Раннее применение пластических восстановительных операций на лице благоприятно отражается на эмоциональном состоянии раненых и способствует быстрейшему их выздоровлению.

Во втором разделе приведены результаты исследования состояния тканей лица, поступивших на лечение в госпиталь раненых, после наложения на раны проволочно-пластиночных ситуационных швов, рекомендованных инструкцией Главного военно-санитарного управления по лечению раненых от 1941 г. Лечебный эффект этих швов Е.А. Домрачева подвергла самой резкой критике, несмотря на то, что они были рекомендованы профессором А.Э. Рауэром в 1943 г., а позже профессорами А.И. Евдокимовым, И.Г. Лукомским и И.М. Старобинским изложены в первом учебнике по хирургической стоматологии 1950 г. В поддержку этих швов выступали профессора В.В. Фиалковский, Б.Д. Кабаков и Д.А. Энтин. Последний считал, что наложение этих швов и есть ранняя пластика мягких тканей. Е.А. Домрачева в своей работе доказала, что применение пластиночного проволочного шва не имеет преимуществ перед ранней пластикой, применяемой на тех же сроках. В заключении утверждает, что на лице следует избегать применения пластиночного проволочного шва с целью

устранения дефектов или лечения ран огнестрельного происхождения, как дающего дополнительное обезображивание.

В третьем разделе проводится анализ ран, подвергшихся консервативному лечению, то есть без хирургического вмешательства. Рубцы, образовавшиеся в результате такого лечения ран, являются серьёзным осложнением в деле устранения данного дефекта. А если бы провели раннюю пластику, при условии, что мягких тканей было достаточно для успешного устранения дефекта, результат был бы совсем другой, утверждала Е.А. Домрачева.

В четвертом разделе анализируются результаты раннего применения филатовского стебля на подвижных частях лица. Пластика филатовским стеблем открыла новую страницу в восстановительной хирургии и дала возможность устранения больших дефектов покровов человеческого тела, в том числе и лица. Но нередко и большие достижения вульгаризируются, становясь объектом упрощения. Так и филатовский стебель стал широко применяться, где надо и не надо, в частности, при маленьких дефектах лица, на таких подвижных его участках как щёки, губы и даже веки. Многолетние наблюдения показали, что филатовский стебель на лице нужно применять по строгим показаниям. В случаях многоэтапности пластической операции, раненые несут значительные физические и психические страдания. Кроме того, филатовский стебель не удовлетворяет требованиям, предъявляемым к тканям, замещающим дефекты подвижных участков лица. Претерпев несколько раз миграцию, он теряет свою эластичность и становится неподвижным. Сокращаясь, он становится выпуклым и не сливается по своей окраске и виду с окружающими тканями лица. Поэтому его применение при замещении дефектов на подвижных местах лица должно быть по возможности ограничено.

В третьей главе оценивалось значение учёта активности такого фермента, как угольная ангидраза, как дополнительный метод исследования, который дал возможность на ранних сроках диагностировать сепсис или септическое состояние и разграничивать их именно по состоянию индекса угольной ангидразы, что не всегда давало даже бактериологическое исследование.

В четвёртой главе рассмотрены проблема наличия у раненых патогенной микробной флоры в очаге поражения и состояние иммунной системы организма. Автор утверждает на личном клиническом опыте, что даже при наличии заражения раны самыми различными видами патогенных микробов, раннее проведение местно-пластических операций приводит к хорошему результату, при условии хорошего состояния реактивности организма.

В пятой главе приведены результаты морфологического исследования кожи на предмет её эластичности на разных участках тела. За основу брались данные свойства кожи, взятой с различных участков лица и шеи. Также была исследована кожа сформированных и созревших филатовских стеблей. Исследование показало преимущество местно-пластических операций по замещению дефектов на лице перед устранением их с помощью филатовского стебля, особенно на подвижных участках лица.

Заключение подводит итог в работе, констатируя, что большое значение для успешного лечения имеет ускорение срока заживления ран. Поэтому с точки зрения авторов одним из лучших способов для этого является ранняя пластика с максимальным использованием местных тканей, так как они более близки по гистологическому строению с тканями покровов лица, утраченных при ранении. Работа эта явилась капитальным вкладом в развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в СССР [31].

События и факты, описанные с 1920 по 1954 гг., свидетельствуют о том, что казанские специалисты, несмотря на значительные сложности, возникшие вследствие произошедших революций, Гражданской и Отечественной войн, продолжали активно заниматься научными исследованиями, стали широко применять новые методы при выполнении реконструктивных операций: использование круглого филатовского стебля, более современные анестезиологические и антисептические средства позволили эффективнее выполнять операции с использованием пластики местными тканями. В 1922 г. П.М. Красин разработал и внедрил в практику способ остеопластики с временной частичной резекцией нижней челюсти при удалении рака языка. И.М. Утробин



Рисунок 31. Сотрудники кафедры хирургической стоматологии КГМИ в 1961 году предложил собственную модификацию использования филатовского стебля при тотальной ринопластике. Е.А. Домрачева впервые применила принцип общехирургического лечения ран в челюстно-лицевой хирургии, применив на ранних сроках методы пластики с максимальным использованием местных тканей и наложения «глухих швов».

3.2. Третий этап развития специальности (1954 – 1999 гг.)

Страна оправилась от ран, нанесённых войной. Свой неоценимый вклад в дело победы над врагом и в восстановление здоровья населения в послевоенные годы внесли казанские челюстно-лицевые хирурги. Была оказана квалифицированная помощь тысячам раненым в лицо. Уже в 1961 г. кафедра хирургической стоматологии КГМИ (Рисунок 31) представляла собой сплочённый коллектив единомышленников, возглавляемый профессором Е.А. Домрачевой.

«Евгения Алексеевна внесла огромный вклад в дело подготовки квалифицированных врачей – челюстно-лицевых хирургов и молодых научных кадров, - отмечал профессор Г.Д. Овруцкий, сменивший её на посту председателя Татарского республиканского научного общества стоматологов. – Вместе с профессором И.М. Оксманом она фактически олицетворяла собою стоматологическую науку в республике в 50-е годы, задавая тон всему процессу обучения и практической деятельности». А профессор Е.В. Крешетов однажды, рассказывая о Евгении Алексеевне, отметил, что она, вне сомнения, была и большим ученым и большим практиком. Тех, кто довольствовался малым и не работал над собой, называла «маргариновыми врачами» и постоянно развивала у молодых коллег любопытство, ведущее впоследствии к высоким профессиональным достижениям и к серьёзному научному поиску [3].

В 60-е годы Е.А. Домрачева продолжала активно заниматься пластикой дефектов и деформаций челюстно-лицевой области, усовершенствовала методику уранопластики при врожденных расщелинах неба, обеспечивающую более совершенную функцию вновь образованного мягкого неба. Хирург предложила внести в методику радикальной уранопластики изменение в разрез Эрнста, усовершенствовав его, продлив на 1,5 см и, повернув латеральнее, придать ему форму «кочерги». Это позволило не только создать лучшие условия для проведения следующего этапа – интраламентарной остеотомии, но избежать формирования деформирующего рубца, который в свою очередь укорачивал сформированный язычок мягкого неба. От подвижности последнего во многом зависело, какая сформируется у ребёнка речь [49; 56].

Е.А. Домрачева совместно с заместителем директора по науке Казанского медико - инструментального завода Т.С. Шигабутдиновым и заведующим отделением челюстно-лицевой хирургии казанской Больницы скорой медицинской помощи Е.Ф. Николаевым, дополнительно в набор для выполнения уранопластики, разработали хирургические инструменты: скальпель серповидной формы, изогнутый распатор для отслойки слизистой неба и остеотом – для резекции задней части кольца большого небного отверстия, имевший

специальный выступающий шип, предохраняющий сосудисто-нервный пучок от повреждения (Из интервью Е.Ф. Николаева, 2011).



Рисунок 32. Надежда
Фоминична Скоркина

В 1960 г. на кафедре хирургической стоматологии Медицинского института одной из первых в СССР была организована специальная бригада для проведения ранней хейлопластики, на вторые сутки после рождения ребенка. Новорожденных, как правило, оперировали в родильных домах и только в исключительных случаях они доставлялись в отделение челюстно-лицевой хирургии. Если данная операция в силу каких-либо обстоятельств не была проведена в первые 48 часов, то она осуществлялась уже через 6-12 месяцев. Эту работу Е.А. Домрачева доверила ассистенту Н.Ф. Скоркиной, своей ученице, которую многому научила - оперативной технике, методам и приёмам в пластической хирургии (Рисунок 32).

Кроме устранения дефектов после огнестрельных ранений, Евгения Алексеевна начала овладевать методами урано- и хейлопластики при хирургическом лечении врождённых расщелин верхней губы и нёба. Н.Ф. Скоркина – автор работы «Врожденные расщелины губы и неба» (1973 г.). В том же году на основе этой работы ею был сделан большой аналитический доклад на «Республиканском стоматологическом научном обществе» Казани: «К вопросу оперативного лечения расщелины губы и неба в ТАССР», в котором был отражен многолетний клинический опыт по выполнению реконструктивных урано – и хейлопластик на кафедре хирургической стоматологии КГМИ, достижения сотрудников кафедры в этом клиническом направлении. Сотрудниками кафедры выполнялись не только реконструктивные, но и эстетические операции, например, ринопластика по поводу горбатого и седловидного носа. Особенно хорошо владел методом операции контурной ринопластики Г.И. Лившиц (Рисунок 33) при «седловидном» западении спинки носа с имплантацией трупного леофилизированного рёберного хряща в область дефекта.

Этот вид хряща готовили в отделе консервации тканей Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии. Клиники Казани, где проводились различные пластические реконструктивные операции, получали весь пластический материал: консервированные хрящ, кость и фасции, именно оттуда. Позже, в годы «перестройки», лаборатория постепенно прекратила свою работу, пришлось перейти на другие виды пластического материала.



Рисунок 33. Григорий Иосифович Лившиц

В 1956 г. начались занятия на кафедре



Рисунок 34. Вилута Исхаковна Еникеева

хирургической стоматологии студентов 3 курса, преподавателей не хватало и в 1957 г. в коллектив кафедры на должность ассистента была принята В.И. Еникеева (Рисунок 34). Ученица Е.А. Домрачевой овладела всем, что знала её учитель. Она считала, если челюстно-лицевой хирург выполняет такие сложные операции как хейло – урано –, рино – или отоластика, то остальные операции, по поводу других патологий для такого специалиста, уже не являются большой проблемой. В 1974 г. после прохождения курса повышения квалификации, она осваивает метод хирургической татуировки редкоземельными пигментами плоских

гемангиом лица. Метод, предложенный на кафедре профессором Л.А. Кольцовой и являвшийся, по – своему, уникальным [3].

В январе 1959 г. на кафедре доцентом Ф.Г. Сайфуллиным (Рисунок 35) была начата научная работа по изучению биологических свойств кожного филатовского стебля и использования его при устранении дефектов на лице. Работа проводилась под руководством профессоров Е.А. Домрачевой и В.С. Дмитриевой (ЦИУВ, Москва), при консультативном участии профессора Н.М. Михельсона (ЦИУВ, Москва). Автор подготовил большой научный материал: было проведено 132 операции, при которых были сформированы более 130 филатовских стеблей, на которых были выполнены 12572 исследования чувствительности: тактильной, температурной, болевой и к электрическому току. Работа проводилась не только на больных с врождёнными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Также помощь оказывалась пациентам после перенесённых: номы, системной красной волчанки, сифилиса, травм и огнестрельных ранений, онкологических операций. В ходе работы было установлено, что некоторые биологические показатели филатовского стебля на этапах пластики претерпевают 3 стадии развития: реактивного состояния, компенсации и ограничения. Кроме того, выяснилось, что биологические показатели стебля в процессе образования, тренировки, пересадки и пластики подтверждают высокие компенсаторные способности и адаптационные возможности в различных условиях и на разной воспринимающей почве. Компенсаторные возможности стебля более выражены в медиальном отделе за счет выраженности капиллярной сети и при развитии осложнений увеличиваются биологические показатели, однако они не характеризуют улучшение степени жизнеспособности, так как с исчезновением осложнений биологические показатели снижаются. На сроках 2-3 месяца после пересадки появляется болевая чувствительность, через 2,5-4 месяца – чувствительность на холод, через 9-11 месяцев – тактильная и на сроках 10-12 месяцев – чувствительность на тепло. В стеблях, образованных на плече,



Рисунок 35. Сайфуллин Фуат
Габбасович

восстановление чувствительности происходит за более короткий срок, чем на стеблях, образованных на животе. На сроках до 5-15 лет кожная чувствительность Филатовского стебля остается ниже чувствительности кожи смежных покровов лица, а в некоторых его отделах полностью отсутствует, что свидетельствует о неравномерной и неполной регенерации нервных элементов Филатовского стебля [91, 95].

В целом работа показала, что выяснение биологических особенностей филатовского стебля имеет большое значение, так как позволяет хирургу выявить характер кровоснабжения и кожной чувствительности на этапах пластики, а, следовательно, дает возможность обосновать сроки предстоящих оперативных вмешательств и более точно оценить жизнедеятельность стебельчатого субстрата. Закончена и оформлена работа была в одногодичной аспирантуре на кафедре челюстно-лицевой хирургии ЦИУВа (Москва) в виде кандидатской диссертации под названием: «Некоторые биологические особенности филатовского стебля и их значение при пластике дефектов челюстно-лицевой области» и защищена в 1963 г. [96].

Ф.Г. Сайфуллину принадлежит и авторское свидетельство на изобретение хирургического инструмента для предохранения сосудисто-нервного пучка при резекции края большого небного отверстия при уранопластике. Суть изобретения в том, что при выполнении этой манипуляции случается, что хирурги пересекают большой небный нерв, небную артерию и вену, которые питают и иннервируют сформированный небный лоскут, которым закрывают соответствующую половину расщелины нёба. Как результат этой травмы сильное кровотечение во время операции, на остановку которого необходимы определённые усилия и время, а впоследствии некроз сформированного лоскута и рецидив расщелины, которую закрыть уже намного сложнее. Внешне он напоминает желобовидный зонд, конец которого на протяжении 2 см выгнут в виде полукольца. На 3 – 5 мм от концевой части зонда отходят два боковых усика длиной 5 мм и шириной 2 мм, которые расположены перпендикулярно к боковым поверхностям зонда и создают надёжную фиксацию у края небного отверстия и не позволяют глубокого

погружения предохранителя в небный канал. Предохранитель охватывает сосудисто-нервный пучок и защищает его от долота, которым резецируют край большого небного отверстия. Практически создаются оптимальные условия для проведения этого этапа операции радикальной уранопластики [3].

Одним из научных и клинических направлений кафедры было лечение



Рисунок 36. Роза Хафизовна
Максудова

послеожоговых деформирующих келоидных рубцов в челюстно-лицевой области. Работу в этом направлении выполняла ассистент Р.Х. Максудова (Рисунок 36). Анализируя различные клинические случаи, она пришла к выводу, что лечение подобных рубцов должно быть комплексным и начинать необходимо с медикаментозного и (по строгим показаниям) физических методов лечения. Большое значение имеет коррекция эндокринных сдвигов в организме, которые возникают в результате перенесенных ожогового шока и ожоговой болезни. И

только после нормализации этих состояний можно приступать к хирургическому иссечению рубцов с использованием различных приемов. Результаты были опубликованы в «Казанском медицинском журнале» № 6 за 1976 г. в большой статье «Особенности лечения и принципы восстановительных операций при ожогах головы, лица и шеи» [5].

В 1958 г. на кафедре открывается очная аспирантура по хирургической стоматологии и первым аспирантом кафедры становится К.Е. Шерпутовская³⁹. (Рисунок 37) Диссертация: «Состояние эластической и нервной тканей в свободном кожном лоскуте, пересаженном на лицо», которую она выполнила, имела прямое отношение к пластической хирургии.

³⁹Архив КГМУ, ф. Р-6446, оп. 1л, д. 154, л. 203.

В своей работе Кира Евгеньевна установила, что изменения эластической и нервной тканей свободного кожного лоскута, пересаженного на лицо, зависят от



Рисунок 37. Кира Евгеньевна
Шерпутовская

толщины лоскута и качества приживления. В полнослойном пересаженном лоскуте эластическая ткань остается стойкой к операционной травме, и её регенерация происходит к концу первого месяца. У этого типа лоскутов, взятых с отдалённых от лица участков кожи, протекает медленно регенерация и не заканчивается даже после 1,5 лет после пересадки. В расщеплённых свободных кожных лоскутах, пересаженных на лицо, большая часть эластичной ткани гибнет, замещается грануляционной и затем рубцовой. Регенерация эластичной ткани начинается с 4 – 5 месяцев после операции. Процесс дегенерации нервной ткани в свободных кожных лоскутах, пересаженных на лицо, заканчивается к концу третьей недели. Вращение нервных элементов в лоскут происходит в основном из подлежащей подкожной клетчатки. Нарушения эластической и нервной ткани в коже лоскута на ножке из близлежащих тканей восстанавливаются в течение первого месяца после пересадки. Эластическая ткань в коже филатовского стебля подвергается большим изменениям и не восстанавливается полностью в течение многих лет после пересадки на лицо. Новые нервные волокна обнаруживаются в коже филатовского стебля через месяц после пересадки. Но нормализация иннервации тканей стебля не наблюдается и через полтора года после пересадки [121].

Под руководством профессора Е.А. Домрачевой она также написала докторскую диссертацию на тему «Диагностика и лечение сосудистых опухолей и пигментных невусов лица», успешно защитила её, но в силу сложившихся неблагоприятных для неё обстоятельств, диссертация не была утверждена в ВАКе (Автобиография, 1982).

В отделении челюстно-лицевой хирургии городской больницы № 15 с 1969 г. начали применять при двусторонней расщелине верхней губы, как современное

достижение в челюстно-лицевой хирургии, хейлопластику по методике Обуховой–Лимберга. Выполнять операцию по этой методике профессор Е.А. Домрачева доверила ассистенту К.Е. Шерпутовской. Она также освоила новые разделы пластической хирургии лица, такие как пластика

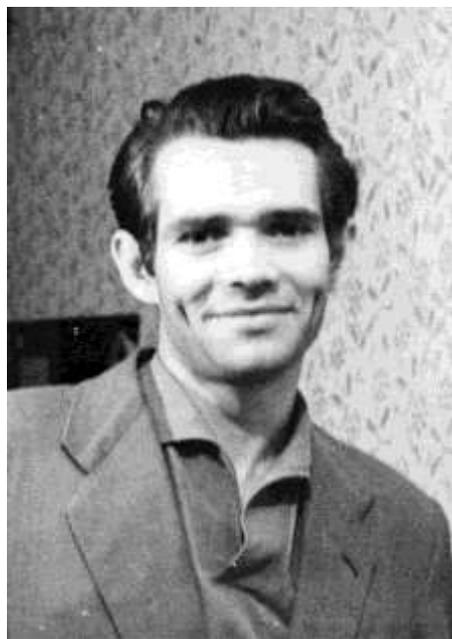


Рисунок 38. Евгений Фёдорович
Николаев

деэпителизированным лоскутом на ножке при сквозных дефектах лица. Некоторое время, начиная с 1979 г., работала в Казанской хозрасчётной поликлинике, выполняя пластические эстетические операции на лице по удалению рубцов, родинок, послеоперационных дефектов и деформаций на лице [3].

В 1961 г. в городской больнице №3 вместо 5 коек в хирургическом отделении открывается отделение челюстно-лицевой хирургии на 30 коек, что обусловило и большие возможности в практической деятельности [114]. Сотрудниками

кафедры стали осваиваться новые методы реконструктивных операций и перечень патологических состояний, нуждавшихся в пластических и реконструктивных операциях, стал расширяться. Начали применяться новые методики урано – и хейлопластики при врождённых расщелинах неба и верхней губы, восстановительная костная пластика при приобретённых дефектах и деформациях с использованием аутокости (ребро, гребешок подвздошной кости) и консервированной леофилизированной кости, пластика местными тканями с формированием и использованием различных видов филатовского стебля, стали появляться собственные наработки. В этом процессе активное участие принял заведующий отделением Е.Ф. Николаев (Рисунок 38). За многие годы труда были освоены и успешно применялись такие сложные реконструктивные операции как остеотомия верхней челюсти и косая остетомия нижней челюсти по Даль-Понту при истинной прогении, которая помогала не только восстановить правильный

прикус, но имела и большой эстетический эффект. При этом были освоены оба метода, как внутри -, так и внеротовой доступы.

Во время интервью Е.Ф. Николаев вспоминал: «Однажды, в начале 90 – годов, во время учёбы на курсах повышения квалификации на кафедре хирургической стоматологии в Казанском ГИДУВе, заведующий базовым отделением челюстно-лицевой хирургии РКБ попросил меня прооперировать трех больных. Тогда я сделал такие пластические реконструктивные операции, как остеотомию верхней челюсти при прогнатии и открытом прикусе, восстановление крыла носа по Суслову из фрагмента ушной раковины и восстановление кончика носа из кожного лоскута на ножке с носогубной складки». Это был хороший мастер-класс как для сотрудников кафедры и врачей отделения, так и для врачей-курсантов, которые учились в то время вместе с ним.

Почти за сорок лет профессиональной деятельности Е.Ф. Николаевым были предложены несколько собственных методик операций, которые применялись при операциях. Это: 1) ринопластика с устранением посттравматических деформаций с применением реберного и ушного хряща, 2) восстановление правильной формы крыльев носа после хейлопластики и удаление горбинок со спинки носа, 3) сложная реконструктивная отоластика с применением каркасов, имитировавших завиток и противозавиток ушной раковины, изготовленных из эластомерполиуретана СКУ-ПФЛ, которые после стерилизации подсаживались под кожу околоушной области и, таким образом, восстанавливались ушные раковины. Также из этого синтетического материала изготавливались пористые имплантаты челюстей, которые приживались за счёт прорастания в них фиброзно-соединительной ткани. Более подробно с этой методикой можно познакомиться в написанной монографии Р.А. Зулкарнеева «Экспресс-эндопротезирование быстродействующим полимером в медицине», вышедшей в 1986 г. 4) Был разработан и предложен способ формирования ложного сустава с использованием надкостнично-мышечного лоскута при анкилозах височнонижнечелюстного сустава. В разное время для формирования сустава предлагались различные способы и разные материалы. В качестве прокладки между рассеченными



Рисунок 39. Казанская городская больница №15, клиническая база кафедры челюстно-лицевой хирургии

поверхностями ветви челюсти и для заполнения полости, которая обычно образуется на месте остеотомии после низведения челюсти, применяют различные материалы: лоскуты на ножке из височной или жевательной мышцы, свободную пересадку жировой клетчатки, хряща, широкой фасции бедра с жиром или без жира, жир стебельчатого лоскута Филатова. Но со временем эти виды прокладок постепенно атрофируются, замещаются рубцовой тканью, на рассеченной поверхности ветви нижней челюсти образуется замыкающая компактная пластинка. На нижний фрагмент ветви одевались металлические и пластмассовые колпачки, но и они стимулировали атрофию костной ткани с развитием фиброза и деформацией ложного сустава. Евгений Фёдорович предложил готовить не мышечный лоскут на питающей ножке, а мышечно-надкостничный из $\frac{1}{2}$ жевательной мышцы с последующей укладкой его таким образом, чтобы костную поверхность распилов покрывала надкостничная поверхность, тогда результат в итоге был положительным (Из интервью, 2011).

В 1966 г. в 15-ой городской больнице Казани открылось специализированное отделение челюстно-лицевой хирургии на 60 коек, куда и переезжают кафедра и отделение из 3 городской больницы (Рисунок 39). Это была современная по тем временам клиника, одна из лучших не только в городе, но и во всей республике. В то время она являлась не только научно-педагогической базой развития стоматологии, но и практическим центром по лечению сосудистых и злокачественных опухолей, врождённых и приобретённых

поверхностями ветви челюсти и для заполнения полости, которая обычно образуется на месте остеотомии после низведения челюсти, применяют различные материалы: лоскуты на ножке из височной или жевательной мышцы, свободную пересадку жировой клетчатки, хряща, широкой фасции бедра с жиром или без жира, жир стебельчатого лоскута Филатова. Но со временем эти виды прокладок постепенно атрофируются,

дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. Это была единственная в СССР клиника по лечению плоских капиллярных гемангиом методом хирургической татуировки.

Ко времени открытия новой больницы коллектив кафедры увеличился более, чем в два раза (Рисунок 40). Лечение больных в отделении вели только сотрудники кафедры хирургической стоматологии: профессор Е.А. Домрачева, доцент Л.А. Кольцова, ассистенты: Н.Ф. Скоркина, У.Г. Валиев, К.Е. Шерпутовская, Р.Х. Магсудова, Г.И. Лившиц, Ф.Г. Сайфуллин, В.И. Еникеева, Ф.С. Хамитов и еще аспиранты, и клинические ординаторы кафедры во главе с заведующим [48]. Сотрудники кафедры вместе с профессором Е.А. Домрачевой стали настолько квалифицированными специалистами, что могли выполнять достаточно сложные реконструктивные пластические операции на лице всем, в них нуждающимся. О чем свидетельствуют ниже приведенные случаи из практики:



Рисунок 40. Ко времени открытия новой клинической базы коллектив кафедры увеличился более чем в два раза



Рисунок 41, 42. Тяжелейшая и очень редкая форма врожденной аномалии в челюстно-лицевой области - косая расщелина лица

В 1960-70 гг. в челюстно-лицевом отделении кафедры лечился пациент В., буквально с младенческого возраста, с диагнозом «Косая расщелина лица» (Рисунки 41 и 42). Мать от него отказалась ещё в родильном доме, потому что имеющиеся у

новорожденного дефекты и деформации лица и костей лицевого скелета были настолько выраженными, что вызывали ужас даже у родной матери и не оставляли никакой надежды на то, что ребёнок вообще выживет. Специалисты кафедры во главе с профессором Е.А. Домрачевой взялись за хирургическое лечение ребенка, все это время он жил в городской больнице №3. В процессе лечения ребёнок перенес множество операций по устранению расщелины лица, твердого и мягкого нёба, верхней губы. Ему выполнялись пластика носа, нижнего века левого глаза, щеки. Недостающий объём мягких тканей компенсировался за счет транспозиции мягких тканей с использованием филатовского стебля. При выполнении операций использовались приемы пластики местными тканями и свободной пересадки полнослойного кожного лоскута, костнопластические операции. Когда его лицо было более менее приведено в норму, восстановлены до физиологической нормы функции дыхания и сосания и ребёнок стал жизнеспособным, мама его признала и забрала домой. В последующем для улучшения его внешности им были перенесены еще несколько операций, в которых участвовали все ведущие специалисты кафедры и отделения.

Больной А. перенёс глубокий ожог лица, в результате которого практически был утрачен нос, на лице образовались грубые келоидные рубцы, приведшие к частичному вывороту век. Считая, что ему смогут помочь только в Москве, в

ЦНИИСе, он обратился в Минздрав ТАССР, чтобы ему дали официальное направление на лечение в Москву для проведения пластической операции по восстановлению носа после ожога. Однако его направили на кафедру хирургической стоматологии КГМИ. У него практически не было носа, кожа лица и лба была поражены рубцами, что не давало возможности выполнения пластических операций местными тканями. Пациенту невозможно было сделать свободную пересадку кожи или формирование носа из филатовского стебля из-за отсутствия реципиентной зоны. Тогда совместно с профессором И.М. Оксманом ему был изготовлен экзопротез, состоящий из очков с искусственным носом из полиуретана, фиксирующийся в области дефекта. Когда главный хирург Минздрава Татарской Республики, доктор медицинских наук М.Ю. Розенгартен пригласил пациента, чтобы оценить работу по восстановлению носа, то не поверил, что нос ненастоящий, потому что идеально подходил по цвету и форме больному.

Пациентка Б., девочка с диагнозом Синдром Ромберга, гемиатрофия лица за счёт кожной, жировой и мышечной гипоплазии, формирующая асимметричное проявление внешности, была прооперирована заведующим отделением Е.Ф. Николаевым. Больной проведена контурная реконструктивная пластическая операция по пересадке деэпителизированного кожно-жирового лоскута с ягодичной области на лицо. Лоскут заведомо был взят больше необходимого размера с учётом того, что он частично подвергнется рассасыванию в период адаптации. В результате проведённого лечения, достигнут удовлетворительный результат, как для хирурга, а самое главное для пациентки.

У детей, оперируемых в раннем периоде по поводу врожденной расщелины губы и неба, необходимо нормализовать обменные процессы, связанные с нарушением тиаминной обеспеченности, как в дооперационном периоде, так и после операции. Наряду с другими мероприятиями по предупреждению нагноения раны и ухода за ней, витаминотерапия важна для благоприятного исхода операции. Это факт профессор Е.А. Домрачева установила со своим аспирантом А.А. Кабулбековым [44].

С 1958 г. доцент кафедры хирургической стоматологии КГМИ кандидат медицинских наук Л.А. Кольцова активно продолжила заниматься наукой. Одно из научных направлений, которым занимались сотрудники кафедры, заключалось в биологической подготовке трансплантатов для заполнения дефектов на нижней



Рисунок 43. Любовь Александровна Кольцова

челюсти после огнестрельных ранений при её реконструкции. Для этого ребро, взятое у самого больного и пересаживаемое в дефект на нижней челюсти, чтобы лучше приживалось, предварительно помещалось под кожу на передней брюшной стенке и после появления на нем дополнительной сосудистой сети, трансплантировалось в область дефекта. Полученные результаты были положительными. По сравнению с пересадкой не подготовленных фрагментов ребер, данная методика была гораздо эффективнее. Этой работой занималась доцент Л.А. Кольцова (Рисунок 43), принимая участие в программе реабилитации инвалидов Отечественной войны.

Следующим научным направлением, которое осуществлялось Л.А. Кольцовой под руководством профессора Е.А. Домрачевой, стало изучение возможности хирургической татуировки при лечении плоских, капиллярных гемангиом лица. В 60-е годы XX века молодой ученый выполнила большую научную работу, которая носила эстетический характер. В эксперименте, а затем в клинике Л.А. Кольцова практически доказала возможность устранения цветового несоответствия плоских гемангиом и пересаженного на лицо филатовского стебля введением нейтральных для организма красителей, состоящих из двуокиси титана с добавлением редкоземельных пигментов, типа марса коричневого, охры английской красной или охры красной прозрачной. Для индивидуального подбора цвета автором разработаны методики составления красителей с учетом количественного соотношения применяемых компонентов. Был разработан специальный метод стерилизации красителей путем автоклавирования. После

чего, краситель в тестообразной массе наносят на кожу и вводят в кожу специально разработанным инструментом. Этот инструмент представлял собой металлическую щеточку, на одном конце которой на специальной площадке были установлены 20 стальных иголок на расстоянии 1 мм друг от друга, образуя поверхность площадью 0,4 x 0,5 см. Другой конец расширялся в виде оливы и являлся ручкой для удержания инструмента в руке. Этот метод хирургической татуировки Л.А. Кольцова в нашей стране разработала и применила впервые. Подобную татуировку можно рекомендовать для создания красной каймы, при



Рисунок 44, 45. Тяжелый случай врожденной патологии - тератома головы.
До и после удаления образования

реконструктивной
хейлопластике
филатовским
стеблем. Как
отмечал в своей
монографии:
«Восстановительная
хирургия мягких
тканей челюстно-
лицевой области»

А.И. Неробеев, впервые в СССР в Казани

Л.А. Кольцовой была

применена хирургическая татуировка для закрашивания плоских гемангиом».

Профессор Л.А. Кольцова предложила оригинальный способ формирования ушной раковины, который заключался в введении измельчённого консервированного рёберного хряща под кожу в области отсутствующей ушной раковины, по типу метода Аллы Александровны Лимберг при реконструкции спинки носа. За свои научные предложения она получила 3 авторских свидетельства на изобретения [5; 56; 74].

Одним из клинических примеров хирургического мастерства Любовь Александровны можно привести операцию по отделению тератомы от головы новорожденной девочки (Рисунки 44, 45). Тератома, размером в полтора раза меньше головы ребёнка, в своём росте прикреплялась в области подбородка, и

поражала скоростью своего роста. После подготовки ребенка в течение нескольких дней её взяли на операцию и освободили от опухоли. В противном случае новообразование не позволяло нормально кормить девочку, и она могла погибнуть от голода. Удалось не только благополучно удалить новообразование,



Рисунок 46. Коллектив кафедры хирургической стоматологии КГМИ

но провести и пластику местными тканями. Позже Е.Ф. Николаев провел костную пластику, восполнив дефект на нижней челюсти консервированным ребром. Сегодня Затия, так звали ребёнка, жива и здорова, окончила медицинское училище, вышла замуж, родила двух здоровых детей и работает медицинской сестрой в одной из районных больниц Республики Татарстан.

Широко оперируя, профессор Л.А. Кольцова одна из первых в Казани стала выполнять эстетические операции на лице. В Казанской хозрасчетной поликлинике ею выполнялись круговая подтяжка кожи лица, эстетическая ринопластика, блефаропластика и др. Подобные операция она выполняла и в челюстно-лицевом отделении 15 городской больницы.

В 70 - 80-х гг. кафедра хирургической стоматологии Казанского медицинского института во главе с профессором Л.А. Кольцовой была

коллективом единомышленников, которому под силу были решения многих задач, касающихся реконструктивной и пластической хирургии челюстно-лицевой области (Рисунок 46). В эти годы на кафедре прошли обучение в клинической ординатуре молодые и способные хирурги: В.Н. Широков, В.В. Иванов, Г.Г. Сафина, Р.Г. Нафиков, Т.Т. Фаизов, О.В. Нестеров, Н.А. Халиков, так же как и их учителя, увлеченные реконструктивной челюстно-лицевой хирургией, с хорошей подготовкой, вооружённые новыми идеями. В то время официально в СССР, пластическая хирургия, как медицинская специальность не существовала, но она существовала в работе хирургов, борющихся за здоровье и внешность своих пациентов.

В 1977 г. в аспирантуру к профессору Л.А. Кольцовой поступает врач базового отделения кафедры Г.Г. Сафина. Продолжая развивать идеи профессора, она выполняет диссертацию на тему «Хирургическая татуировка капиллярных (плоских) гемангиом» [3]. В данной своей работе в отличие от работы профессора Л.А. Кольцовой, молодая аспирант применила новые красители для введения в кожу и усовершенствовала способ их введения. Впервые она показала перспективность использования сульфата бария в виде мелкодисперсного порошка с величиной частиц 0,063 – 0,1 мм для хирургической татуировки. При этом он не меняет под влиянием внешних факторов первоначального цвета, не диффундирует и располагается в месте первоначального введения на границе сетчатого и сосочкового слоёв дермы.

Применение низкочастотного ультразвукового инструмента в клинике для татуировки плоских гемангиом позволило сократить продолжительность операции в 10 – 15 раз, добиться равномерного введения красителя, уменьшить травму кожи, избежать кровотечения при закрашивании. Безболезненность операции позволила проводить её без предварительной анестезии, а также сократились сроки заживления операционной раны. С учётом этих положительных качеств, стало возможным проведение операции амбулаторно [98].



Рисунок 47. Евгений
Васильевич Крешетов

Свою лечебную работу Г.Г. Сафина посвящала улучшению результатов хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы, укушенных и других ран лица. Её так же интересовала проблема по устранению деформирующих рубцов, которые портили эстетический эффект любого неквалифицированного хирургического вмешательства. Результаты одного такого исследования были отражены в статье: «Хирургическая помощь при укушенных ранах лица». В 1997 г. Ею были начаты исследования различных рубцов челюстно-лицевой области, и в мае 1998 г. запланирована докторская диссертация на тему: «Клинико-морфо-функциональные исследования рубцов челюстно-лицевой области». Отдельно необходимо выделить в заслугу Г.Г. Сафиной - организацию в 1997 г. отделения реконструктивной челюстно-лицевой хирургии на базе Клинической отделенческой больницы станции Казань [45].

После ухода на пенсию в 1985 г. профессора Л.А. Кольцовой кафедру возглавил доцент Е.В. Крешетов (Рисунок 47). С учётом того, что профессор Е.А. Домрачева старалась приглашать к сотрудничеству людей, способных к хирургии, Е.В. Крешетов, начиная с 1963 г., как и все, научился у своего учителя и старших коллег делать определённые пластические реконструктивные операции в челюстно-лицевой области. Помимо урано- и хейлопластики при врождённых расщелинах губы и нёба, он выполнял реконструктивные операции на нижней челюсти, такие как косая остеотомия нижней челюсти по Даль-Понту при прогениях и её реконструкции, после частичной или полной резекции при опухолях с устранением дефекта имплантацией конструкций из титана. В отчете о проведённой работе на кафедре за 1967-1971 гг., в разделе «Лечебная работа» докладывал о выполнении 12 операций у больных с врожденными дефектами верхней губы и неба [3; 40].

В самом конце XX века кафедру хирургической стоматологии, уже Казанского государственного медицинского университета, возглавил профессор Т.Т. Фаизов⁴⁰. В 1999 г. она была переименована и стала называться «Кафедра челюстно-лицевой хирургии КГМУ»⁴¹. Этим событием мы завершаем III период нашего исследования. Значительную часть своей клинической, педагогической и научной деятельности новый заведующий решил посвятить изучению проблем пластической реконструктивной и эстетической хирургии, вернувшись к старым традициям кафедры, которые прервались в начале 80-х годов прошлого века.

За 30 лет существования кафедры хирургической стоматологии и базового отделения челюстно – лицевой хирургии в многопрофильной больнице № 15 Казани, было освоено большинство известных методов выполнения пластических и реконструктивных операций, которые проводились пациентам не только из Казани и Республики Татарстан, но и из всех регионов Советского Союза, включая Сибирь и Дальний Восток.

Е.А. Домрачева совместно с Т.С. Шигабутдиновым и Е.Ф. Николаевым дополнительно в набор для выполнения уранопластики разработали хирургические инструменты: скальпель серповидной формы, изогнутый распатор для отслойки слизистой неба и остеотом – для резекции задней части кольца большого небного отверстия, имевший специальный выступающий шип, предохраняющий сосудисто-нервный пучок от повреждения.

Ф.Г. Сайфуллину принадлежит авторское свидетельство на изобретение хирургического инструмента для предохранения сосудисто-нервного пучка при резекции края большого небного отверстия при уранопластике.

В 1960 г. на кафедре хирургической стоматологии Медицинского института одной из первых в СССР была организована специальная бригада во главе с ассистентом Н.Ф. Скоркиной для проведения ранней хейлопластики на вторые сутки после рождения ребенка.

⁴⁰ Отдел кадров КГМУ.

⁴¹ Архив КГМУ, ф. Р-6446.

Е.Ф. Николаевым были предложены следующие собственные методики операций: 1) ринопластика с устранением посттравматических деформаций с применением реберного и ушного хряща, 2) восстановление правильной формы крыльев носа после хейлопластики и удаление горбинок со спинки носа, 3) сложная реконструктивная отоластика с применением каркасов, имитировавших завиток и противозавиток ушной раковины, 4) способ формирования ложного сустава с использованием надкостнично-мышечного лоскута при анкилозах височнонижнечелюстного сустава.

Л.А. Кольцова разработала и применила впервые в нашей стране метод хирургической татуировки для устранения цветового несоответствия плоских гемангиом и пересаженного на лицо филатовского стебля введением нейтральных для организма красителей.

Таким образом, казанскими учёными во второй половине XX века выполнялись оригинальные научные исследования, на основе которых разрабатывались оригинальные хирургические операции и инструменты в области реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области, которые можно оценить как определённый вклад в развитие специальности.

ГЛАВА 4 РАЗВИТИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В КАЗАНИ КАК ОБЛАСТИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРЕДМЕТА ПРЕПОДАВАНИЯ

4.1. Оказание медицинской помощи в области реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в академических и практических учреждениях

Помощь пациентам с патологией челюстно-лицевой области оказывалась не только на кафедре хирургической стоматологии КГМИ, но и в государственных и частных учреждениях Казани.

Казанский государственный институт для усовершенствования врачей (ГИДУВ) с 1995 г. ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Минздрава» - один из крупных образовательных центров последипломной подготовки врачей Российской Федерации, стран ближнего и дальнего зарубежья, где активно проводится научно-исследовательская деятельность. Клиническими базами кафедр являются крупные республиканские и муниципальные учреждения здравоохранения, научно-исследовательские и ведомственные организации.



Рисунок 48. Анна Филипповна Медведева

Ежегодно сотрудники академии консультируют десятки тысяч больных, выполняют сложнейшие операции и диагностические исследования не только для населения Казани и Республики Татарстан, но и для всего Поволжского региона.

Одним из основных направлений, каким занимается кафедра стоматологии ГИДУВа, явилась пластическая реконструктивная челюстно-лицевая хирургия. Факт неприемлемых, с точки зрения эстетики лица, результатов хирургических вмешательств по поводу удаления злокачественных опухолей в челюстно-лицевой области, заставлял вести поиск вариантов закрытия образующихся дефектов тканей после удаления опухолей. Решая эти задачи,

хирурги применяют костные трансплантаты и филатовский стебель, а также приемы пластики местными тканями. Данную проблему наряду с доцентом И.М. Утробиным изучала ассистент А.Ф. Медведева (Риунок 48). Результаты исследований дали такие же положительные результаты, как и ранняя пластика после огнестрельных ранений, которыми занималась профессор Е.А. Домрачева. В своей статье «Хирургическое лечение злокачественных опухолей мягких тканей лица с применением местных пластических операций» (1967) Анна Филипповна отмечала, что при обращении к врачам, люди предъявляют претензии, прежде всего, к внешним проявлениям этих процессов. Кроме сосудистых мальформаций, существует и большое количество других видов новообразований (папиллом, фибром, пигментных невусов и др.), портящих внешний вид лица и шеи. Поэтому их лечение - не только борьба за здоровье и жизнь, но и внешность пациентов, их психическое состояние. Она проводила консультации и возглавляла всю работу по хирургической стоматологии в республиканской стоматологической больнице [67].

В 1966 г. на заседании Учёного совета Казанского ГИДУВа А.Ф. Медведева доложила, что за истекший год она выполнила 194 различных операций и 34 из них пластические. На основании полученных результатов ею были опубликованы такие работы как: «Хирургическое лечение злокачественных опухолей мягких тканей лица с применением местных пластических операций» [69], «Адамантиномы и их лечение» [68], «Результаты хирургического лечения саггитальных аномалий прикуса» [69].

Другим известным учреждением в Республике Татарстан является Институт травматологии. История «Травматологического центра» началась в 1918 г., когда был открыт Ортопедический институт на 40 коек с протезной мастерской, и в 1920 г. он вошёл в состав ГИДУВа. В 1935 г. в целях укрепления ортопедо – травматологической службы, постановлением СНК Татарской Республики образован «Татарский институт ортопедии и травматологии» (ТИОТ) Наркомздрава Татарской республики, который после окончания Великой Отечественной войны в 1945 г. был реорганизован в «Казанский научно-

исследовательский институт травматологии и ортопедии» МЗ РСФСР. В учреждении решалась задача по разработке методов лечения инвалидов Отечественной войны, нуждающихся в сложных реконструктивных и пластических операциях. Вместе с доцентом И.М. Утробиним в отделении челюстно-лицевой хирургии работали младшими научными сотрудниками К.А. Корчагина и Р.А. Рабкова. Работниками отделения выполнялся большой объём работы по оказанию помощи инвалидам отечественной войны и пациентам с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Так в «Сборнике рефератов научных работ» (1956 – 1961 гг.) в своей работе «Отдалённые результаты хирургического лечения больных челюстно-лицевого профиля» (1957) К.А. Корчагина показала, что в период с 1950 по 1957 гг. в отделении на лечении находились 127 больных. Из них с врождёнными расщелинами верхней губы и твердого нёба были 41 больной, с дефектами носа и приротовой области – 39, с новообразованиями – 30 и контрактурой нижней челюсти – 6 больных.

Изучались вопросы пригодности различных биологических материалов при устранении дефектов челюстей после огнестрельных ранений и удалении различных новообразований. Сравниваются как материалы из консервированной кости, хряща, фасций, так и собственные ткани пациентов. Приоритетными оказываются материалы из собственных тканей пациентов – ауто трансплантаты из кожи и кости. Выполняются десятки операций по пересадке, определяются показания и условия проведения этих операций, изучаются не только местные реакции тканей, но и общие реакции организма больных через проведение общелабораторных и биохимических исследований крови и мочи. При неудачных результатах проводятся морфологические исследования пересаженных тканей. Результаты исследований легли в основу, выполненной К.А. Корчагиной под руководством доцента И.М. Утробина, кандидатской диссертации на тему: «Материалы к вопросу о замещении дефектов нижней челюсти огнестрельного

происхождения свободным аутотрансплантатом», которую она защитила в 1954 г.⁴²

В 1963 г. в отделение в должности младшего научного сотрудника приходит работать, закончившая клиническую ординатуру у профессора Е.А. Домрачевой, Р.А. Шафигуллина. В интервью она рассказала, что отделение просуществовало до 1969 г. и было расформировано. В последние годы своего существования хирурги в основном оперировали детей с врожденными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области, потому что инвалидов последней войны становилось все меньше, и выполнять реконструктивные операции по поводу устранения дефектов и деформаций после огнестрельных ранений было уже некому. К тому же были созданы отделения челюстно-лицевой хирургии на 60 коек в новой многопрофильной больнице №15 и на 30 коек в Республиканской стоматологической поликлинике со стационаром, которые вполне удовлетворяли требованиям времени.

Еще одним учреждением, где оказывали помощь пациентам с патологией челюстно-лицевой области, была Республиканская стоматологическая больница, которая в сентябре 1957 г. реорганизуется в Республиканскую стоматологическую поликлинику с хирургическим стационаром на 30 коек⁴³. Заведующей отделением, вместо ушедшей работать на кафедру стоматологии Казанского ГИДУВа А.Ф. Медведевой, назначается А.И. Куроедова. Отделение являлось клинической базой кафедры стоматологии Казанского ГИДУВа. В период становления в отделение приходят работать врачи – хирурги: И.Е. Крупник, Л.С. Абдрашитова и Р.Ш. Хамитова. Эти женщины, челюстно-лицевые хирурги, работая под руководством доцента И.М. Утробина, полностью справлялись со своими профессиональными обязанностями в отделении, наряду с оказанием экстренной помощи, проводились различные плановые реконструктивно-восстановительные операции. Использовалась пластика с помощью

⁴² НАРТ, ф. Р-6446, оп. 1, д. 611, л. 19.

⁴³ НАРТ, ф. Р-128, оп. 3, д. 353, л. 186.

«филатовского стебля» при лечении дефектов мягких тканей, костная пластика после онкологических операций в челюстно-лицевой области, лечение врождённых расщелин верхней губы и нёба у детей [57].

Существовали различия в деятельности челюстно-лицевых отделений 15 городской больницы Казани, обслуживавшей жителей города и иногда пациентов из других городов Республики Татарстан и Советского Союза; и Республиканской клинической больницы, которая принимала в основном пациентов из районов Республики Татарстан. Особенно много детей с врождёнными аномалиями челюстно-лицевой области поступало на лечение из районов, где расположены крупные химические предприятия. В Казани это крупнейший в России завод «Органический синтез» по производству полиэтилена и другой химической продукции, отравляющий своими выбросами окружающую его природную среду. Сотрудниками кафедры хирургической стоматологии давно было отмечено, что наибольшее количество детей с врожденными аномалиями челюстно-лицевой области поступало из района города, где расположен этот завод. В отделение РКБ больше поступало детей из Нижнекамска, где расположен один из крупнейших в



Рисунок 49. Луиза Султановна Абдрашитова

России центров нефтехимической, нефтеперерабатывающей и энергогенерирующей промышленности. Также было замечено, дети с аномалиями рождались у сотрудников этих химических производств.

В 1980 г. стационар Республиканской стоматологической поликлиники включается в состав Республиканской клинической больницы МЗ ТАССР. Заведующей отделением назначается Л.С. Абдрашитова (Рисунок 49). Луиза Султановна после окончания клинической ординатуры при кафедре стоматологии ГИДУВа работала челюстно-лицевым хирургом в Республиканской стоматологической больнице, стала заниматься научной работой под руководством доцента И.М. Утробина. В 1965 г. защитила

кандидатскую диссертацию и дальнейшую свою профессиональную деятельность посвятила хирургии. Научилась выполнять большинство реконструктивных операций, которые проводились в отделении с использованием пластики «филатовским стеблем», пластики местными тканями при лечении различных дефектов, урано- и хейлопластику, костную пластику после онкологических операций в челюстно-лицевой области (Интервью, 2010). С переездом в новый



Рисунок 50. Рашид Лутфиевич
Валеев

больничный комплекс РКБ на Оренбургский тракт, его переименовали в отделение челюстно-лицевой хирургии, которое возглавил В.Б. Матвеев.

В течение 1983 - 1993 гг. в связи с уходом старых кадров на пенсию, в отделение приходят врачи Л.Б. Клиновская, Р.М. Хабибуллов и Р.Л. Валеев. С августа 1993 г. Р.Л. Валеев (Рисунок 50) возглавил отделение.

«За годы работы в РКБ удалось ликвидировать очередность на плановую госпитализацию за счет интенсификации и научной организации труда, - рассказывал Рашид Лутфиевич.

– Сотрудники отделения, кроме экстренной помощи населению республики, оказывают помощь пациентам с различными врожденными и приобретенными деформациями, применяя методы пластической и реконструктивной хирургии. Также используются новые методы диагностики и лечения: ангиография, ультразвуковые методы исследования, сцинтиграфия, компьютерная томография». Правда, с открытием в 1994 г. в Детской Республиканской клинической больнице МЗ РТ челюстно-лицевого отделения, поток детей с врождёнными дефектами и деформациями лица резко снизился, а потом и прекратился (Интервью, 2010).

В Поволжском центре микрохирургии, так же расположенном на базе РКБ, с 1994 г. проводились корригирующие пластические и эстетические операции на лице у пациентов с приобретёнными и врождёнными деформациями. Были освоены и внедрены эстетические пластические операции по подтяжке лица,

блефаропластика, ринопластика. Оперировались больные с патологией лицевого нерва, при его травмах. Одними из первых в России стали проводить операции по пересадке сложных васкуляризированных лоскутов. Всю эту работу проводил со своими коллегами доцент кафедры хирургии С.А. Обыдённов [91].

Отделение челюстно-лицевой хирургии ДРКБ МЗ РТ организовано в 1994г. Основным направлением хирургической деятельности отделения является помощь детям с врождённой и приобретённой патологией челюстно-лицевой области. В отделении выполнялись многие виды оперативных вмешательств, при патологии челюстно-лицевой области, оперировались достаточно сложные случаи у детей с дефектами внешности. В работе применяется способ компьютерного моделирования (3D) при планировании операций на костях лицевого скелета. При врожденных расщелинах верхней губы использовались методы первичной хейло-ринопластики по Милларду, Виссарионову-Козину, при деформациях верхней губы и крыла носа - метод реконструктивной хейло-ринопластики с использованием «скользящего или раздвоенного лоскута», как дающие наилучшие функциональные и эстетические результаты. Операции по поводу расщелин твёрдого и мягкого неба проводились, начиная с 9 месяцев жизни



Рисунок 51. Виктор
Нестерович Широков

детей. Была внедрена методика восполнения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти или при выраженном дефекте после удаления опухолей аутокостью или аутохрящём (гребень подвздошной кости или ребро). Выполнялась ринопластика с использованием различных методик.

Вся эта работа проводилась под руководством заведующего отделением, ученика профессора Л.А. Кольцовой, доцента кафедры стоматологии детского возраста В.Н. Широкова (Рисунок 51). Он длительное время работал челюстно-лицевым хирургом, ассистентом кафедр хирургической стоматологии КГМИ и ГИДУВа. Успешно выполнял все необходимые пластические и реконструктивные операции

в челюстно-лицевой области, он обучал им своих молодых коллег по работе, врачей – хирургов: Н.И. Ахмадуллина, Н.Н. Мухамедзянова, П.В. Токарева, О.А. Маякова, М.Ю. Вирцеву, Н.Т. Сафина (Интервью, 2011) [123].

Кроме государственных медицинских учреждений, в которых население Казани, Республики Татарстан и других регионов России могли получить высококвалифицированную помощь по пластической реконструктивной и эстетической челюстно-лицевой хирургии, существовали медицинские учреждения с другой формой хозяйственной деятельности и другой формой собственности. В них работали и работают высококвалифицированные специалисты, оказывающие адекватную помощь, выполняя сложные пластические реконструктивные и эстетические операции на лице и в челюстно-лицевой области всем нуждающимся, но на хозрасчётной и коммерческой основе.

Первая платная клиника на улице Право-Булачная дом 37, в Казани в 1957 г. стала хозрасчетной. В те времена это учреждение стало первым в регионе, оказывающим населению платную медицинскую помощь в амбулаторном режиме. Только в 1990 г. ее перевели на арендные отношения с Министерством здравоохранения Республики Татарстан. В 1992 г. на базе поликлиники открылся «Республиканский центр здоровья и медицинской косметологии». Первым



Рисунок 52. Наиль Абдулхаевич Халиков

директором и главным врачом стал А.К. Алхан-Кемаль, проработавший много лет и сделавший немало для развития клиники. Сегодня директором является Р.Г. Акберов, но принцип работы остался прежним: клиника обслуживает всех платежеспособных граждан, которым необходима профессиональная врачебная помощь. Ограничений по возрастным, половым признакам, месту проживания и прописке не установлено. Заведение отличают доступные цены, большой спектр услуг и высокая квалификация персонала. Консультации и

осмотры могут быть проведены по записи в любое удобное для граждан время.

В 1981 г. в филиале Хозрасчётной поликлиники начинал работать и первый штатный хирург – косметолог Н.А. Халиков (Рисунок 52). В 1980 г. прошел в Москве в «НИИ Косметологии» обучение у известного пластического хирурга И.И. Фришберга и начал самостоятельный приём в косметологической лечебнице. Одним из первых в Казани, наряду с профессором Л.А. Кольцовой, начал выполнять пластические эстетические операции на лице, такие как круговая подтяжка лица, пластические реконструктивные и эстетические операции на веках, ушных раковинах и носу (Интервью, 2010).

После прохождения соответствующих курсов в 1985 – 86 г. в НИИ косметологии в Москве у И.И. Фришберга, в должности хирурга-косметолога в «филиале на Курской» с 1986 г. начала работать И.М. Вяльшина. Уже потом в процессе работы она регулярно проходила обучение на различных курсах и семинарах по пластической хирургии в Москве, Екатеринбурге, Израиле, Бразилии. Обучалась в МНИИ косметологии на Новом Арбате у профессора В.А. Виссарионова и итальянского специалиста Л. Повези. Ирина Мунировна член Общества пластических реконструктивных и эстетических хирургов (ОПРЭХ) России с 1997 г. (Интервью, 2012).



Рисунок 53. Сергей Александрович Обыдёнов

Доцент С.А. Обыдёнов (Рисунок 53) в 1997 г. открывает частную «Клинику эстетической медицины». В клинике оказывается соответствующая помощь не только по пластической хирургии, но и по косметологии. При этом список хирургических услуг состоит не только из операций на лице, но и практически из операций на всем теле. Вся необходимая помощь оказывается не только пациентам из Казани, Республики Татарстан, но и Российской Федерации.

В 1999 г. открылся частный «Центр пластической хирургии». В этом центре выполняют пластические реконструктивные и эстетические операции на лице и туловище пациентам из Казани, Республики Татарстан, Поволжья и Российской

Федерации. Центр принадлежит профессору А.А. Богову (Рисунок 54). В 1988 г. он закончил аспирантуру в Москве у руководителя отдела пластической и

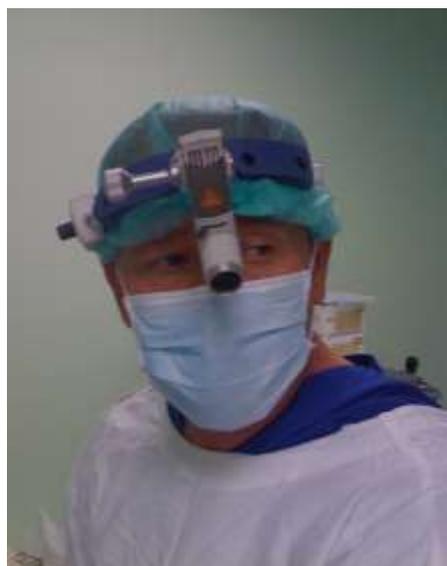


Рисунок 54. Андрей Алексеевич
Богов

реконструктивной микрохирургии НЦХ РАМН, президента «Общества пластических реконструктивных и эстетических хирургов России», академика Н.О. Миланова. Одним из направлений, которое разрабатывается А.А. Боговым, является лечение послеожоговых деформаций на лице с 1990 г., которое он проводит в Травматологическом центре ГУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ». Основными методами являются пластика мягкими тканями и пересадка кожи. С момента основания «Общества пластических

реконструктивных и эстетических хирургов Республики Татарстан» является его президентом. Заслуженный изобретатель и Заслуженный врач Республики Татарстан.

В 1999 г. в Казани по инициативе профессора Т.Т. Фаизова было основано и приступило к работе «Общество пластических реконструктивных и эстетических хирургов Республики Татарстан». Президентом общества избрали доктора медицинских наук, профессора А.А. Богова; вице президентом, кандидата медицинских наук, доцента С.А. Обыденова; исполнительным директором, доктора медицинских наук, профессора Т.Т. Фаизова и секретарем, кандидата медицинских наук Р.И. Муллина. Членами общества становились хирурги Казани, Набережных Челнов, Лениногорска, а также из Чебоксаров. Всего членами общества являются 17 человек. Регулярно, раз в три месяца, проводятся заседания, на которых члены общества выступают с научными и обзорными докладами, посвященными пластическим реконструктивным операциям в челюстно-лицевой области, на лице и шее. Прослушиваются и обсуждаются доклады, посвященные реконструкции, пластике и протезированию молочных желез, абдоминопластике. Всегда большой интерес вызывали доклады,

посвящённые рино-, ото- и хейлопластике. Жаркие дискуссии вызывали сообщения об эстетических операциях на лице: подтяжка мягких тканей лица, различные её методы, блефаропластика, липосакция и липофиллинг на лице. Как правило, обязательны выступления о своих впечатлениях профессоров А.А. Богова, Т.Т. Фаизова и других членов общества, присутствовавших на заседаниях съездов «Общества пластических реконструктивных и эстетических хирургов России» в Москве. Также разбираются проведённые хирургами операции, обсуждаются новаторские методики и полученные результаты с докладами о работе центров пластической хирургии, в которых они работают. На заседаниях всегда присутствуют клинические ординаторы, аспиранты и студенты Казанского медицинского университета, а также курсанты Казанской медицинской академии, интересующиеся и увлеченные пластической хирургией.

При Советской власти и в период перестройки широкой массе хирургов для повышения мастерства был доступным единственный переводной специализированный журнал по пластической хирургии на русском языке, журнал из Чехословакии - «Acta Chirurgiae Plasticae», 3-томный атлас по пластической хирургии Ф. Буриана, книги по пластической хирургии отечественных авторов: Ю.К. Шимановского, А.А. Лимберга, Н.М. Михельсона, Н.А. Плотникова и А.Э. Рауэра и некоторые другие. Тем не менее, хирурги, занимавшиеся пластикой, осваивали методики и проводили операции по ото-пластике, ринопластике, блефаропластике, круговой подтяжке лица.

Всестороннюю высококвалифицированную помощь населению Казани, а также смежных областей и республик оказывали челюстно-лицевые хирурги государственных и частных учреждений, используя такие технологии как: пластика с помощью филатовского стебля, костная пластика, пересадка сложных васкуляризированных лоскутов, ринопластика с использованием различных методик, способ компьютерного моделирования (3D) при планировании операций на костях лицевого скелета, методика восполнения расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти или при выраженном дефекте после удаления опухолей аутокостью или аутохрящём (гребень подвздошной кости или ребро). При

врожденных расщелинах верхней губы использовались методы первичной хейло-ринопластики по Милларду, Виссарионову-Козину, при деформациях верхней губы и крыла носа - метод реконструктивной хейло-ринопластики с применением «скользящего или раздвоенного лоскута».

Можно заключить, что в Казани для лечения пациентов с патологией челюстно – лицевой области применялись современные методы пластической и реконструктивной хирургии, как дающие наилучшие функциональные и эстетические результаты.

4.2. Преподавание предмета реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области

Хирургия преподавалась как курс на кафедрах теоретической и факультетской хирургии. В 1812 г. как курс на кафедре хирургии в анатомическом театре читал профессор А.И. Арнгольд. Анатомию и хирургию с 1816 по 1819 гг. преподавал профессор повивального искусства Э.О. Вердерамо (звание доктора медицины, хирургии и философии получил в 1803 г. в Салерно). Им также читались лекции по родовспоможению, мочеполовым и венерическим болезням, фармации, врачебному веществословию. С 1822 по 1828 гг. теоретический курс хирургии вел профессор Л.Л. Фогель (звание доктора медицины получил в Петербургской медико-хирургической академии в 1821 г.), с 1833 г. по 1861 г. профессор Ф.О. Елачич [40].

С 1837 по 1840 гг. курс оперативной хирургии читал экстраординарный профессор, заведующий кафедрой умозрительной хирургии Казанского императорского университета П.А. Дубовицкий. Петр Александрович занимал, одно из видных мест в истории отечественной медицины. Он производил сложные операции на лице, в частности, ринопластику. Во время её выполнения, обучал ей своих учеников, которые непременно присутствовали как на операциях, так и в периоды лечения и реабилитации больных. Методы лечения и технику их выполнения он излагал в лекциях. В них он так же сообщал слушателям о

новейших достижениях мировой медицинской науки. В связи с отсутствием учебных пособий по хирургии он лично написал двухтомный курс по этой специальности, сыгравший значительную роль в подготовке отечественных хирургов [8, 45].

С 1843 г. курс оперативной хирургии преподавал профессор теоретической (умозрительной) хирургии, ученик и ассистент Н.И. Пирогова, А.А. Китер. В 1844 г. он производит операции по восстановлению части носа, щеки и век, результаты которых публикует в журнале «Записки по части врачебных наук» (№ 2). С 1848 по 1861 гг. оперативную хирургию преподавал Л.Ф. Сутковский, с 1861 по 1865 гг. – М.В. Никольский, с 1867 по 1872 гг. ассистент В.Д. Владимиров. С 1869 по 1870 гг. частный курс хирургической анатомии читал выдающийся представитель российской анатомии профессор П.Ф. Лесгафт. С 1872 по 1883 гг. предмет преподавался доктором медицины, ординарным профессором кафедры Н.И. Боголюбовым [10].

Лекции профессора Н.И. Студенского отличались глубокой содержательностью, насыщенные примерами из собственной клинической практики. Одной из главных тем лекций профессора была пластическая реконструктивная хирургия, которой он занимался не просто как практикующий врач, а как учёный. Он первым ввел систематические занятия на трупах. Много времени и труда отдавал приготовлению различных топографо-анатомических препаратов и свои лекции сопровождал их демонстрацией [45].

Подробно разбирая анатомическое строение тех или иных органов, их физиологию, состояние при различных патологических процессах, Н.И. Студенский разрабатывал различные методики оперативных вмешательств. Ярким примером служит реконструктивная ринопластика. В курсе лекций по «Оперативной хирургии» (1888 г.) для студентов медицинского факультета Казанского императорского университета Н.И. Студенский описал разные способы хейлопластики при различных видах расщелин верхней губы [101].

Разбирая различные способы этой операции, он указывал, что прямое сшивание краёв дефекта не состоятельно, из-за полного отсутствия эстетического

эффекта. При небольшом дефекте, который имеет форму треугольника, может быть применен способ Нелятона, при двусторонней расщелине верхней губы применимы способы Миро-Лангенбека и Джиралдеса, на обеих сторонах дефекта. При более сложных формах расщелин на верхней губе, приходится заимствовать кожу из щеки, причем руководствуются при операции общепринятыми способами пластики. Его методы и описание отдельных операций подробно изложено во второй главе настоящей работы. Излагая общие правила проведения пластических операций, Н.И. Студенский обращал особое внимание на слова Ю.К. Шимановского – крупного авторитета в пластической хирургии: «Чем подробнее будет изложена общая часть пластической хирургии, тем легче начинающий хирург будет в состоянии придумывать новые модификации для индивидуальных условий каждого отдельного случая» [127].

Во время балканской военной кампании в период 1877-1878 гг. Н.И. Студенский работал вместе с Н.И. Пироговым, который в своих мемуарах характеризовал его как талантливого хирурга. Вернувшись в Казань, ученый подробно описывает предложенные Н.И. Пироговым новые методы асептики и антисептики и внедряет в их работу казанских больниц и, конечно же, эти материалы были включены в лекции и практические занятия для студентов-медиков, а в дальнейшем выделены в отдельный раздел в преподавании хирургии. В 1888 г. выходит в свет под его авторством «Оперативная хирургия», которая была ценным учебником для нескольких поколений студентов медицинского факультета. В нем отражены не только разделы общей и частной хирургии, но и результаты первых разработок по местному обезболиванию, разделы подготовки к операциям и послеоперационного ведения больных и вышеуказанные материалы по асептике и антисептике, что имело огромное значение для развития пластической хирургии [101; 128].

Во вступительной лекции «Современная хирургия», прочитанной 4 февраля 1892 г. перед студентами-медиками профессор Л.А. Малиновский, в частности, сказал: «Современному хирургу предъявляются все большие и большие требования. Он должен иметь основательные теоретические познания не только

своему отделу, но и в анатомии, физиологии, патологии, бактериологии; он должен владеть в совершенстве техникой не только в сфере своей специальности, уметь устранять очаги поражения болезнью, а также уметь закрыть рану, применяя приёмы пластической хирургии, чтобы следы от операции были малозаметны, основательно должен знать все технические приемы по вышеназванным отраслям медицины» [65].

Работая в Казанском императорском университете, профессор О.А. Рустицкий написал и опубликовал 16 работ [45]. Во вступительной лекции: «Краткий исторический очерк развития хирургии», прочитанной 3 ноября 1893 г, перед студентами медицинского факультета, Осип Александрович говорил: «Если мы обратим внимание на пластическую хирургию, то и здесь успехи её бросаются в глаза. В тех случаях потери кожи, где прежде неизбежна была ампутация значительной части или целого органа, теперь, благодаря пересадкам кожи, мы сохраняем, как это имеет место при ожогах рук, ног, лица. Известны пересадки слизистой оболочки на губы и кожи на веки, благодаря чему сохраняется их функция» [92].

Профессор Н.А. Геркен «Блестяще читал лекции при большом скоплении студентов» [45].

На лекции профессора В.И. Разумовского стекались студенты со всех курсов и они вызывали живой интерес не только у студенчества, но и у коллег по работе [127].

В начале XX века в Казани занятия по хирургии проводились на медицинском факультете Императорского Казанского Университета. Из Обозрения преподавания в 1909-1910 гг., на медицинском факультете Императорского Казанского Университета мы видим что, в научные интересы ординарного профессора кафедры госпитальной хирургии И.А. Праксина входили наряду с различными проблемами, вопросы пластики дефектов и деформаций лица [45].

Свои занятия профессор И.А. Праксин проводил по следующему расписанию:

Клинические лекции проводились в госпитальной хирургической клинике на стационарных больных с чтением соответствующих отделов из частной хирургической патологии и терапии 4 раза в неделю: в понедельник, среду, четверг и пятницу по одному часу. Клинический разбор при курсе амбулаторных больных с участием очередных студентов 2 раза в неделю: в среду и пятницу, по одному часу, при этом очередная группа студентов проводила в послелекционные часы под руководством ординаторов операции на приходящих больных, накладывала повязки, делала перевязки больных и упражнения по исследованию больных различными приемами. Операции на стационарных больных производились профессором (а также ординаторами) в присутствии кураторов и очередной группы студентов по 10-12 человек 4 раза в неделю в после лекционные часы (понедельник, среда, четверг и пятница). Особо трудные операции производились и во внелекционные дни (вторник и субботу) в присутствии куратора и половины группы студентов. Кураторы больных, в некоторых случаях, допускаются к участию в операциях в качестве помощников. Во втором полугодии студенты, проявившие рвение в занятиях клинической хирургией и на предварительном коллоквиуме показавшие хорошие знания по топографической анатомии и оперативной технике, допускались к участию в проведении типичных и жизненно необходимых операций на стационарных больных под руководством профессора или ординаторов. Перевязывание стационарных больных совершалось иногда днем после операций, но в основном ежедневно во время вечернего обхода с 6.00 -7.30 часов вечера. В свободное от занятий время студенты допускались к посещению и присутствию на операциях в хирургическом отделении Казанского военного госпиталя в часы по соглашению. Сопроводительные часы, на которых обсуждались события, связанные с клинической работой, назначались после занятий в среду и пятницу [76].

Необходимо отметить, что учебные пособия, руководства и учебники, которые использовались при обучении студентов хирургии, были достаточно разнообразны, но в основном иностранных авторов.

Так, пособия по общей хирургии были представлены следующими руководствами:

Tillmans Н. Руководство к частной хирургии : [в 3 т.] : пер. с 3-го нем. изд. / Н. Tillmans. - Рус.изд. 2-е, испр. и доп. по совершенно перераб. 3 нем. изд. – Санкт-Петербург. : Изд. журн. "Практ. Медицина" (В. С. Эттингер), 1896. - Загл. на корешке : Частная хирургия.

Tillmans Н. Руководство общей хирургии / Н. Tillmans; пер. Введенского. – Москва, 1895

Senn. Руководство общей хирургии / Senn. – 1903.

Кенинг Ф. Руководство по общей хирургии для врачей и учащихся д-ра Франца Кенига / Ф. Кенинг; пер Д. Фридберг. – Санкт-Петербург : Издание К. Л. Риккера, 1884

По частной хирургии в качестве учебников использовали следующие издания:

Кенинг Ф. Руководство к изучению частной хирургии / Ф. Кенинг. – 1894

Бергман. Руководство к практической хирургии :в 4 томах / Бергман, Брунс, Микулич;перевод под ред. д-ра Яковлева). – Москва, 1901-1903.

По хирургической диагностике:

Альберт Э. Диагностика хирургических болезней / Э. Альберт; перевод Оречкина. – Москва, 1901

Ландерер А. Хирургическая диагностика для практических врачей и студентов/ А. Ландерер. – Санкт-Петербург : Издание главного военно-медицинского управления, 1897.

Duplay, Rochard, Demoulin, Руководство к хирургической диагностике, перев. Тиле. – Санкт-Петербург, 1897/1899.

По оперативной хирургии:

Хирургическая техника / Д-р Эсмарх, д-р Ковальциг; перев. В. В. Максимова. – Санкт-Петербург : Типография С. Н. Худекова, 1893. — 432 с.

Кохер Э. Т. Учение о хирургических операциях / Э. Т. Кохер. – Санкт-Петербург : изд-во К. Л. Риккера, 1899;

К. Lobker. Руководство к оперативной хирургии. С обращением особенного внимания на топографическую анатомию / К. Lobker. – Издание врачей И. М. Зильберберга и С. Б. Оречкина, 1888.

Дьяконов П. И. Лекции оперативной хирургии / П. И. Дьяконов, Ф. А. Рейн, Н. К. Лысенков. – Москва, 1899.

Профессор М.Ф. Кандаратский заведовал кафедрой с 1904 по 1912 гг. Его стараниями кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии впервые было выделено отдельное помещение из 5 комнат в здании бывшего общежития студентов.

Лекции по анатомии и оперативной хирургии читал по следующей программе:

Оперативная хирургия с топографической анатомией.

Осеннее полугодие: Топографическая анатомия шеи и конечностей.

Весеннее полугодие: Операции на голове. Топографическая анатомия головы.

Время чтения лекций: вторник, среда и пятница, с 9 до 10 ч.

Практические занятия по группам проводил 3 раза в неделю с 6 до 8 часов вечера.

В учебном процессе в качестве учебников использовал следующие учебные пособия:

По хирургии

Бобров, Курс оперативной хирургии, 1900;

Студенский, Оперативная хирургия, 1888, Казань;

Тревс, Руководство к хирургическим операциям; 1899;

Кохер, Руководство к оперативной хирургии, Изд. Риккера, 1897;

Пособия по топографической анатомии:

Tillaux, Руководство к топографической анатомии в применении к хирургии;

Ридингер, Курс топографической анатомии; 1900;

Бобров, Руководство к хирургической анатомии. 1898.

Совещательные часы, на которых разбирались предстоящие операции и тактика лечения больных после вмешательств и обсуждались результаты уже проведённых операций, проходили, как правило, после лекций в анатомическом институте [74].

В своих лекциях студентам медицинского факультета, при освещении вопросов пластической хирургии профессор В.Л. Боголюбов, говорил: «...что эта отрасль знаний настолько разрослась, в настоящее время пластическая хирургия обнимает настоль многочисленные оперативные методы, преследует столь разнообразные задачи, что представляется затруднительным определить границы её компетенции и точно охарактеризовать сущность данной хирургической отрасли». Раскрывая тему, он обращал внимание на целую группу оперативных методов, когда дефекты закрывают путём перемещения на их место, «тканей, связанных с организмом, преимущественно при помощи образования различных лоскутов. Подобного рода пластические приемы особенно хорошо разработаны по отношению кожной пластики на лице» [14].

Семинарские занятия профессор В.Л. Боголюбов проводил, руководствуясь «Программой полукурсовых и окончательных испытаний на медицинском факультете Императорского Казанского Университета» и её разделом «Программой по оперативной хирургии с топографической анатомией». На курсе он разбирал со студентами соответствующие разделы по топографической анатомии головы и шеи, необходимые для усвоения способов оперативного вмешательства проведения операций в челюстно-лицевой области. Его руководства по общей хирургии, изданные в 1923 г. и неотложной хирургии в 1931 г. пользовались популярностью среди врачей-хирургов [127].

В августе 1920 г. состоялся 1 Всероссийский съезд по медицинскому образованию, на котором был предложен новый учебный план, состоявший из трёх ступеней подготовки студентов. На первой ступени предлагалось обучать естественно - историческим и социальным наукам, на второй – осуществлять общемедицинское образование и знакомить со специальными медицинскими дисциплинами, на третьей - углублённо изучать специальные клинические

дисциплины. При апробации различных форм и методов обучения зачастую возникали перекосы, наносившие явный вред процессу освоения знаний. В годы гражданской войны работа факультета протекала в трудных условиях. Многие профессора и преподаватели были мобилизованы на военную службу и совмещали педагогическую деятельность с работой в госпиталях. Здания университета и клиник не отапливались, и совет принял решение резко ограничить учебный процесс. Декан медицинского факультета профессор Г.Я. Трошин отмечал, что факультет «находится на краю гибели: здания его дряхлеют, теоретические кафедры пустеют, клиники суживаются, а живая сила, младшие и старшие преподаватели, не получая жалованья, едва влачат существование» [40].

В плане преподавания на одонтологическом отделении за 1919-1920 гг. сообщается, что на кафедре хирургии болезней челюстей и полости рта преподавал доктор Л.Б. Блинштейн. Курс теоретический – 2 часа лекций в неделю в обоих полугодиях. В первом полугодии изучались: инструментарий для удаления зубов, техника извлечения зубов, последовательное лечение после удаления зубов, местная и общая анестезия при извлечении зубов. Во втором полугодии изучались: аномалия развития челюстей и органов полости рта, заболевания и лечение десен, слизистой оболочки полости рта и зева, опухоли и новообразования челюстных костей, ранения полости рта и их лечение. Курс практический: 3 часа ежедневно, с 12 до 15 часов в обоих полугодиях.

В годовом отчете о работе стоматологической клиники за 1927-1928 учебные гг.⁴⁴ сообщалось, что профессор П.А. Глушков читал лекции студентам V курса по стоматологии и одонтологии. Практические занятия велись со всеми группами студентов: с каждой группой в течение недели ежедневно с 9 часов утра до 12 часов дня. Группы студентов присутствовали также на операциях [12].

Были только П.А. Глушков, В.А. Гусынин, набирал клинического опыта И.М. Утробин и совсем молодые Е.А. Домрачева, З.А. Шишкина, К.А. Корчагина.

⁴⁴ НАРТ, ф. 1337, оп. 26, 1927-1928 гг., д. 44, л. 101.

В каком состоянии было преподавание пластической хирургии сказать трудно, каких – либо свидетельств нами не обнаружено. Наверное, и профессор В.А. Гусынин, выпустивший в свет в 1937 г. монографию «Восстановительная хирургия на поверхности человеческого тела (пластика круглым кожным стеблем)», и И.М. Утробин, изучавший проблемы пластики после огнестрельных ранений лица, делились своим опытом с молодыми специалистами, но мы сомневаемся в том, что эти вопросы входили в программу обучения студентов и врачей-курсантов.

Когда началась Великая Отечественная война, то на всех факультетах медицинских ВУЗов преподавание проводилось по единой программе, подчинённой подготовке врачей для службы в армии (Рисунок 55), уделялось особое внимание военно-полевой хирургии, военной гигиене, инфекционным болезням и эпидемиологии. Освоение пластической реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области происходило в тыловых госпиталях, куда раненые попадали для получения специализированной помощи. И.М. Утробин, Е.А. Домрачева, К.А. Корчагина, А.Ф. Медведева и др. накопили большой



Рисунок 55. Коллектив кафедры хирургической стоматологии КСИ перед имобилизацией на фронт, 24 июня 1941 года

неоценимый опыт по челюстно – лицевой хирургии. Тяжелая и сложная лечебная работа в военных госпиталях сочеталась с преподавательской деятельностью.

В сентябре 1943 г. Е.А. Домрачеву назначили доцентом кафедры госпитальной хирургии №2 Казанского медицинского института по «Курсу стоматологии и челюстно-лицевой хирургии», на котором Евгения Алексеевна преподавала челюстно-лицевую хирургию студентам старших курсов лечебного и педиатрического факультетов с целью ознакомления со специальностью, её спецификой, чтобы будущие врачи-лечебники имели представление о заболеваниях в челюстно-лицевой области и методах оказания первой помощи больным [49; 59].



Рисунок 56. Лекции Евгении Алексеевны были удивительными, обладая художественными способностями, она замечательно рисовала на доске

На кафедре хирургической стоматологии Казанского медицинского института лекции студентам по восстановительной хирургии челюстно-лицевой области читала сама профессор Е.А.

Домрачева, даже будучи в преклонном возрасте и лекции эти считались лучшими (Рисунок 56). Как вспоминает её ученик, бывший заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии казанской БСМП (Больницы скорой медицинской помощи),

Е.Ф. Николаев: «Лекции не совсем имели академическую форму, Евгения Алексеевна, владея материалом совершенно свободно, излагала его, практически не пользуясь конспектом. Природные способности к рисованию, а она рисовала дома картины, пейзажи (обучение проходила у известного казанского художника Кондрата Максимова, который был большим другом её мужа профессора И.В. Домрачева), позволяли на доске с большой точностью

изображать различные методики хирургических операций. Рисунки эти были понятны, и студенты легко усваивали преподаваемый материал. На лекциях демонстрировались таблицы собственного изготовления и, конечно же, больные, которых, если была необходимость, из клиники привозили на место, где читалась лекция» [114].

На кафедре был организован студенческий научный кружок, которым



Рисунок 57. Ф.Г.Сайфуллин на клиническом обходе с членами студенческого научного кружка при кафедре

руководил Ф.Г. Сайфуллин. В работе этого кружка особое внимание на себя обращают специальные заседания, так называемые «операционные дни», на которых он преподавал хирургическое мастерство активистам кружка (Рисунок 57). Им были сделаны оригинальные, увеличенные в размерах наглядные пособия, макеты этапов выполнения различных операций: по уранопластике при

врожденных расщелинах неба, пластике лоскутами на ножке, костной пластике, хондропластике.

В военный период, появились фундаментальные работы по реконструктивной челюстно-лицевой хирургии: монография "Пластические операции на лице" А.Э. Рауэра, Н.М. Михельсона (1943), содержащие результаты научных исследований и описание новых оригинальных методов хирургических операций, получившие широкое применение в практике. Её авторам в 1946 г. была присуждена Сталинская премия СССР [39]. Не утратила актуальности и монография Н.М. Михельсона «Повреждения лица и челюстей и их лечение» (1956). Монография Ф.М. Хитрова "Пластическое замещение дефектов лица и шеи филатовским стеблем" (1955) была отмечена премией им. С.И. Спасокукоцкого. И, тем не менее, только когда был издан учебник Хирургической стоматологии, написанный А.И. Евдокимовым, И.Г.

Лукомским и И.М. Старобинским в 1950 г., в программе обучения появились темы пластической реконструктивной хирургии лица.

В дальнейшем с развитием направления реконструктивной челюстно-лицевой хирургии, изучение вопросов по восстановительной хирургии лица включалось в обязательном порядке во вновь создававшиеся программы по хирургической стоматологии, и изучались студентами на 5 курсе в 10 семестре, 36 часов и в клинической ординатуре по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. С учетом централизации обучения студентов всех медицинских ВУЗов СССР, а сегодня в России, по унифицированной программе, то изучение этих тем обязательно для всех ВУЗов.

За время работы на кафедре стоматологии Казанского ГИДУВа А.Ф. Медведева выполнила большую учебную, лечебную и научную работу. С 1963 г. самостоятельно вела лекционный курс по хирургической стоматологии для стоматологов и зубных врачей, для цикла врачей по стоматологии детского возраста и для общих хирургов по некоторым разделам стоматологии. В 1976 г. в казанском ГИДУВе была проведена реорганизация кафедры стоматологии на кафедру терапевтической стоматологии и ортопедической с курсом хирургической стоматологии, этот курс вела доцент А.Ф. Медведева до 1979 г.

Лекции по пластической хирургии также читала профессор Л.А. Кольцова. Хорошо оперируя, разбираясь в методиках, их тонкостях, для неё эти лекции служили дополнительным источником вдохновения.

Учитывая специфичность пластических, реконструктивных и особенно эстетических операций, они требуют особых способностей от хирурга, таких как повышенная точность в манипуляциях, пространственное воображение и особенно хороший вкус, для преподавания этого раздела в 1985 г. на кафедру был приглашён врач, пластический хирург казанской хозрасчётной поликлиники Н.А. Халиков. Это было сделано с учетом того, что лучше преподавать данный раздел будет специалист, непосредственно занимающийся в соответствующей области. И действительно, сами студенты отмечали достоинства этого процесса, прежде всего, за наглядность. Проводились не только теоретические разборы

методов лечения и операций, но студенты нередко присутствовали на операциях преподавателя и видели практическое воплощение теоретического материала.

Начиная с 1996 г., на кафедре хирургической стоматологии открыт «Курс пластической косметической хирургии» (зав. курсом доцент Г.Г. Сафина)⁴⁵. Этот раздел преподавался студентам стоматологического факультета по дополнительной учебной программе на коммерческой основе. Обучение проводилось на базе ОАО РЖД «Отделенческой больницы на ст. Казань». Программа этого курса состояла из вопросов, посвященных вмешательствам только на лице.

Доцентом Г.Г. Сафиной была составлена программа, включавшая все разделы пластической реконструктивной и эстетической хирургии челюстно-лицевой области, рассчитанная на 126 часов лекций, практических занятий, зачетов и экзаменов (Таблица 1). Курс обучения был рассчитан на 1 год и разделён на 2 семестра (осенний и весенний).

Таблица 1 – Почасовое распределение занятий на курсах по хирургической косметологии

Семестры	Лекции	Семинары	Практические занятия	зачеты	Экзамены
1-й	8 = 16	12 = 36	4 = 8	2	-
2-й	8 = 16	12 = 36	4 = 8	2	2
Всего	32	72	16	4	2

Каждый семестр был рассчитан на 2 месяца обучения. В первом семестре студентам на лекциях читались и более подробно разбирались на семинарах темы по истории пластической хирургии, раскрывалась суть специальности, методы работы в ней, вопросы подбора пациентов, предварительной работы с ними. Темы по организации помощи пациентам, нуждающимся в услугах специалистов по хирургической косметологии, структурное и персональное построение ЛПУ подобного рода, их инструментальное и аппаратурное оснащение, обеспечение лекарственными средствами и расходными материалами. Вопросы обследования

⁴⁵ Архив КГМУ, ф. Р-6446, оп. 5, ед. хр. 2532, л. 111.

пациентов: общего, лабораторного, инструментального и с использованием дополнительных специальных методов. Рассматривались вопросы планирования операций, показаний и противопоказаний к ним, выбора анестезиологического пособия, тех или иных методов оперативного вмешательства. Изучались: а) инструменты, применяемые в пластической реконструктивной и эстетической хирургии и приемы их использования; б) методы нанесения разрезов и препарирования тканей, остановки кровотечения и способы зашивания ран с наложением различного видов швов; в) методы послеоперационного ведения прооперированных больных с использованием комплексных методов лечения. На практических занятиях, проводимых с муляжами в классе или на кафедре топографической анатомии КГМУ, или в морге Республиканской психиатрической больницы разбирались аналогичные вопросы, где студенты осваивали и развивали свои мануальные навыки. В конце семестра сдавался зачет с целью проверки усвояемости пройденного материала.

На втором семестре разбирались темы, относящиеся к оперативным вмешательствам в челюстно-лицевой области. Изучались вопросы пластики местными тканями, реконструктивные операции при врожденных и приобретённых дефектах и деформациях на лице и шее. Студенты теоретически на семинарах, а потом и практически на кафедре топографической анатомии КГМУ или в морге Республиканской психиатрической больницы на трупах, осваивали способы ринопластики, отоластики, блефаропластики, хейлоластики, способы частичной и полной круговой подтяжки лица. Вопросы хирургического лечения доброкачественных новообразований на лице и шее. Со второго семестра практические занятия начинали проводить и в операционной, где студенты могли присутствовать на операциях и видеть, как они проводятся. Особо прилежные и старательные студенты на операциях допускались на роль второго ассистента. Сдавался зачёт, в конце экзамен. По итогам экзамена всем выдавалось, разработанное в университете свидетельство о прохождении обучения на этих курсах, которое, конечно, не позволяло им работать пластическими хирургами-

косметологами, но которое свидетельствовало об имеющихся у них определенных знаниях, позволяющих им развиваться в этом направлении дальше.

Итак, резюмируя вышеизложенный материал, можно сказать, что в XIX столетии и начале XX века, до 1917 г. преподавание хирургии челюстно-лицевой области велось в рамках других хирургических специальностей. Это происходило из-за отсутствия узкой специализации и узких специалистов. Операции на лице выполняли те хирурги, кто имел к ним интерес и желание помочь тем, кто в них нуждался. Анатомия головы и челюстно-лицевой области преподавалась на кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией ведущими для своего времени специалистами.

Такой же порядок на протяжении длительного времени сохранялся и во втором периоде. И только в третьем периоде преподавание изменилось согласно новым программам для студентов стоматологического факультета уже Казанского медицинского института по анатомии, топографической анатомии с оперативной хирургией и хирургической стоматологии. На этих кафедрах студенты разбирали вопросы анатомии челюстно-лицевой области самым подробным образом. На первом и втором курсе на кафедре анатомии, затем на третьем курсе на кафедре топографической анатомии с оперативной хирургией в связи с проведением различных хирургических операций общего характера и, наконец, на кафедре челюстно-лицевой хирургии в связи со специализированными операциями в челюстно-лицевой области на протяжении последних трёх лет обучения. Конечно, оснащение, оборудование, объем и качество преподаваемой информации вышеназванных кафедр, существовавших в первом и во втором периодах, ни в какое сравнение не идут с современными понятиями; отсюда можно сделать и соответствующие выводы о знаниях, доступных современным студентам.

В 1996 г. на кафедре хирургической стоматологии Казанского медицинского университета доцентом Г.Г. Сафиной впервые в России был открыт курс «Пластической косметической хирургии» для студентов стоматологического факультета с целью изучения разделов реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области, необходимых для обретения специальных знаний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результатом проведённого исследования является создание полной картины организации и развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области, её пластического направления в Казани в XIX – XXI вв. В ходе исследования истории развития специальности были определены основные периоды: 1 этап - первая половина XIX века и начало XX века (1835 – 1920 гг.), второй этап: 1920 – 1954 гг., третий этап: 1954 – 1999 гг.

В ходе работы, на основании исследования доступной литературы, архивных документов, фотографий, интервью и других материалов, проанализированы объём и качество помощи, оказываемой больным с врождёнными и приобретёнными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Также были установлены уровень и качество преподавания специальности в казанских ВУЗах на разных этапах развития и оригинальность научных исследований, проводимых учёными-медиками в Казани. Проведённый анализ показывает, что развитие реконструктивной челюстно-лицевой хирургии в Казани отражало основные тенденции её развития в целом по стране. Вместе с тем были выявлены некоторые её особенности, а также определённый вклад представителей в развитие отечественной пластической челюстно-лицевой хирургии.

С открытием Казанского университета в начале XIX столетия начал формироваться восточный центр образования, науки и культуры на обширнейшем Поволжско-Урало-Сибирском пространстве. Открытие медицинского факультета, ввод в строй в 1837 г. анатомического театра и в 1840 г. университетской клиники на 60 коек, 24 из которых были хирургическими, стали основой для развития медицинской науки и практики.

Начало развитию реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области положили прибывшие на службу в Казань, приблизительно в одно время профессор Ф.О. Елачич из Виленской медико-хирургической академии (1834), профессор П.А. Дубовицкий из Московской медико-хирургической академии

(1837) и профессор А.А. Китер из Санкт – Петербургской военной медико-хирургической академии (1840). Конечно, их нельзя назвать пластическими хирургами, тем более челюстно-лицевыми, тогда не существовало даже понятия таких специальностей. Но обстоятельства всегда складывались таким образом, что с учетом особенностей челюстно-лицевой области, при выполнении многих операций в ней приходится проводить реконструкцию, хотя бы местными тканями, а выполнялись и очень сложные операции. Профессор Ф.О. Елачич за 12 лет выполнил 36 реконструктивных операций на губах, носах и щеках после удаления различных опухолей. Профессор П.А. Дубовицкий опубликовал первую научную публикацию от 1837 г. о выполненной реконструктивной ринопластике. В своем подходе при проведении этой операции он пошел дальше Ю.К. Шимановского, труд которого был создан в 1856 г., создавая не только спинку носа, но и его перегородку. Неопубликованная рукописная работа П.А. Дубовицкого, относящаяся к казанскому периоду его деятельности под названием «Автопластика» (1839), является значительным вкладом в развитие специальности. Профессор А.А. Китер в 1844 г. во втором номере журнала «Записки по части врачебных наук» публикует результаты произведенной им операции по восстановлению части носа, щеки и век.

Из сохранившихся документов установлено, что первым профессором, воспитанником медицинского факультета Казанского университета, выполнявшим сложную реконструктивную ринопластику, был профессор Н.И. Студенский. Он первым в России для формирования утраченного носа разработал и стал использовать метод имплантации каркаса из золотой проволоки и пластин для опоры под мягкие ткани, которые перемещал со лба или щек, считая это лучшим вариантом для ринопластики. Один из немногих в России выполнял реконструктивную хейло- и уранопластику при врожденных расщелинах верхней губы и неба у детей.

Другой казанский хирург, профессор Н.И. Боголюбов «В кратком очерке по хирургической факультетской клинике за 1883 – 84 академический г.», сообщил о 13 больных с патологией челюстно-лицевой области, которым были проведены

пластические операции и как отмечал автор: «Исход всех операций был благоприятным!». Это свидетельствует о том, что к тому времени казанские хирурги настолько овладели методами пластических вмешательств, что они стали рутинными.

Исследование показало и отрицательные стороны в работе того времени, например небрежное отношение к оформлению и хранению медицинской документации. В отчёте по госпитальной хирургической клинике Казанского университета за 26 лет с 1861 по 1887 гг. среди прочих операций, отмечаются 12 различных пластических операций, выполненных в 1887 г., а данных за предыдущие 25 лет просто не имеется. Объяснением может служить запись в отчёте: «Число скорбных листов далеко не соответствует действительному количеству больных, бывших в клинике. О приходящих больных и вовсе не сохранилось никаких сведений». Если бы все дела велись надлежащим образом, то можно представить, что число больных, перенесших пластические реконструктивные операции на лице, было бы значительно больше. И еще один факт - за этот период в клинике проработали будущие профессора Е.В. Адамюк, Н.И. Боголюбов, Н.И. Студенский, В.И. Разумовский, М.М. Красин – все выпускники медицинского факультета Казанского университета.

Конец XIX – начало XX веков ознаменовались развитием детской челюстно-лицевой хирургии. В казанских клиниках ведущие профессора оказывали помощь детям с врождёнными аномалиями челюстно-лицевой области – «волчьей пастью» и «заячьей губой», как они назывались в то время. Изучение этих патологий уже отдельными темами входило в программу по обучению хирургии, и одним из преподавателей этого раздела был А.В. Вишневский.

В исследовании установлено, что с начала Первой мировой войны стала совершенствоваться система оказания квалифицированной медицинской помощи пострадавшим с ранениями в челюстно-лицевую область. В сентябре 1914 г. открылось первое в России специализированное учреждение для лечения челюстно-лицевых раненых. В сентябре этого же года, когда начались боевые действия в I Мировой войне, казанский хирург П.А. Глушков три месяца служил

врачом в челюстном отделении Киевского военного госпиталя, таким образом, став первым казанским хирургом, прошедшим специализацию по челюстно-лицевой хирургии. В последствие в октябре 1920 г. он стал первым в Казани профессором, заведующим кафедрой одонтологии. Благодаря его организаторским усилиям в Казани в 1928 г. существовавшая одонтологическая клиника по ул. Жуковского, дом 5 переименовывается в стоматологическую клинику, директором назначается П.А. Глушков, в которой начали лечить больных только с патологией челюстно-лицевой области. В этой клинике он оперировал больных с посттравматическими и постоперационными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области, которых раньше лечили в хирургических отделениях клиник города.

Анализируя профессиональную деятельность ведущих казанских хирургов, работавших как челюстно-лицевые хирурги, можно сделать заключение, что в Казани пластической реконструктивной хирургией лица в начале второго периода в основном занимались профессора П.А. Глушков, В.А. Гусынин и доцент И.М. Утробин.

В 1927 г. издается монография «Пластика лица» В.А. Гусынина, в которой освещаются вопросы хейлопластики, пластики щек, подбородка на основании собственного клинического опыта и материала автора. Дальше в круг его интересов попадает ринопластика, он предлагает собственные методики по восстановлению полностью разрушенного хрящевого отдела носа из хрящей ушных раковин. Следующая монография «Восстановительная хирургия на поверхности человеческого тела (пластика круглым кожным лоскутом)» была издана ученым в 1937 г. По своей ценности она оказалась вторым изданным в России фундаментальным трудом по пластической хирургии после книги Ю.К. Шимановского "Операции на поверхности человеческого тела».

Перед Великой Отечественной войной Советский Союз участвовал в нескольких локальных военных конфликтах. В результате появился опыт лечения раненных в челюстно-лицевую область с обязательным выполнением различных пластических и реконструктивных операций. Такие пациенты проходили

восстановительное хирургическое лечение и в Казани. Ими активно занимался кроме профессора В.А. Гусынина доцент И.М. Утробин. К началу Великой Отечественной войны И.М. Утробин сформировался как зрелый челюстно-лицевой хирург. Им проводились операции по реконструкции лица после сложных ранений в челюстно-лицевую область с использованием различных видов костной и кожной пластики, пластика с использованием "филатовского стебля" для закрытия обширных дефектов мягких тканей. После окончания Великой Отечественной войны, работая в госпитале для инвалидов войны, талантливый хирург и педагог разработал и предложил оригинальный способ тотальной ринопластики с использованием филатовского стебля и временного проволочного каркаса из алюминия для формирования формы носа. У него учились такие известные стоматологи, как профессора Ю.И. Бернадский, Е.И. Гаврилов, Е.А. Домрачева, доценты А.Ф. Медведева, Ф.Г. Сайфуллин, И.А. Груздев.

В годы Великой Отечественной войны в Казани, кроме В.А. Гусынина и И.М. Утробина, сформировался отряд таких высококвалифицированных специалистов по челюстно-лицевой хирургии, в который входили Е.А. Домрачева, З.А. Шишкина, К.А. Корчагина, П.Ф. Ефстифеев, И.А. Гнадеберг, И.А. Алексеев, А.Е. Тихонова, А.А. Погодина.

За годы войны указанные хирурги накопили значительный опыт, положенный в основу их научных исследований, которые нередко шли в разрез устоявшемуся мнению. Исследования Е.А. Домрачевой показали преимущества проведения ранних пластических операций на лице после огнестрельных ранений перед поздними. Она категорически была против наложения адаптивных проволочно-пластинчатых швов на раны на лице, которые приводят к развитию деформирующих гипертрофических или келоидных рубцов. Обосновала противопоказания к закрытию дефектов филатовским стеблем на подвижных областях лица. Работы ее коллег также были связаны с хирургическим лечением огнестрельных ранений с применением пластических операций.

Очень важным событием явилось то, что в СССР, начиная с 1950 г., в медицинских ВУЗах началось преподавание пластической и реконструктивной челюстно-лицевой хирургии, согласно новой учебной программе по специальности «Хирургическая стоматология». Она изучалась студентами на 5 курсе в 10 семестре, 36 часов. Преподавание проводилось по новому учебнику А.И. Евдокимова, И.Г. Лукомского и И.М. Старобинского «Хирургическая стоматология» (1950).

Начало III этапа истории развития пластической челюстно-лицевой хирургии в Казани мы связываем с открытием в 1954 г. стоматологического факультета и кафедры хирургической стоматологии в Казанском медицинском институте. Кафедру в 1956 г. возглавила профессор Е.А. Домрачева, её ассистентами стали Н.Ф. Скоркина, У.Г. Валеев, В.И. Еникеева, Ф.Г. Сайфуллин, Р.Х. Максудова, К.Е. Шерпутовская.

На этом этапе произошли коренные изменения в организации медицинской службы по челюстно-лицевой хирургии. В 1961 г. В Казани открывается 30-ти коечное отделение в городской больнице № 3, а в 1966 г. – отделение челюстно-лицевой хирургии уже на 60 коек в новой многопрофильной городской больнице № 15. Она была современная по тем временам клиника, одна из лучших не только в городе, но и в стране с круглосуточной формой деятельности. В то время клиника являлась не только научно-педагогической базой кафедры, но и медицинским центром по лечению онкологических процессов, врождённых и приобретённых дефектов и деформаций челюстно-лицевой области в Поволжском регионе. Лечиться на кафедру и в отделение приезжали пациенты со всего Советского Союза. Это была единственная в СССР клиника по лечению плоских гемангиом методом хирургической татуировки. Одними из первых в СССР и первыми в ТАССР, они начали проводить раннюю хейлопластику в течение первых двух суток после рождения ребенка.

Сотрудниками кафедры был сделан определённый научный вклад в развитие именно пластического направления в челюстно-лицевой хирургии. Это:

- 1) изучение биологических и физиологических свойств пересаженного

филатовского стебля; 2) состояние эластической и нервной тканей в свободном кожном лоскуте, пересаженного на лицо, видов патологических рубцов челюстно-лицевой области и методов их комплексного лечения; 3) разработка методов формирования ушных раковин из размельчённого хряща; 4) сложная реконструктивная отоластика с применением каркасов, имитирующих завиток и противозавиток ушной раковины, изготовленных из эластомерполиуретана СКУ-ПФЛ, которые после стерилизации подсаживались под кожу околоушной области и, таким образом, восстанавливались ушные раковины. Также из этого синтетического материала изготавливались пористые имплантаты для челюстей, которые приживались за счёт прорастания в них фиброзно-соединительной ткани.

Были созданы инструменты, повышающие качество операций: распаторы, предохранители, защищающие сосудисто-нервные пучки от травмирования, специальные долота, серповидные скальпели для более успешного выполнения урано- и хейлопластики. Специальные механические и ультразвуковые инструменты для закрашивания плоских гемангиом.

Заметный вклад в развитие пластической хирургии внесла профессор Л.А. Кольцова, посвятив обе свои диссертации этому направлению. Она исследовала свойства биологически подготовленных трансплантатов, пересаживаемых в области дефектов на нижней челюсти. Вместе со своей ученицей Г.Г. Сафиной впервые в СССР разработала метод применения органических красителей для подкрашивания плоских гемангиом на коже лица и филатовские стебли, пересаженные на лицо, методом хирургической татуировки. В 70-е годы профессор Л.А. Кольцова первая в Казани начала делать эстетические операции на лице. В Казанской хозрасчетной поликлинике ею выполнялись круговая подтяжка кожи лица, риноластика, блефаропластика и другие эстетические операции. Все эти работы стали значительным вкладом в развитие отечественной пластической челюстно-лицевой хирургии.

В конце XX века возникает востребованность в проведении пластических операций и острая нехватка специалистов. В 1996 г. доцентом Г.Г. Сафиной был организован «Курс пластической косметической хирургии» для студентов

стоматологического факультета. Для этого курса была разработана учебная программа, в которой были отражены все разделы пластической хирургии челюстно-лицевой области, необходимые для обретения специальных знаний.

Большая работа по развитию реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области, кроме как в медицинском институте, проводилась в Казанском ГИДУВе, Казанском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии, в Республиканской клинической и в Детской республиканской клинической больницах Татарстана. В них выполнялись реконструктивные операции на лице инвалидам Великой Отечественной войны с дефектами и деформациями после огнестрельных ранений. Оперировались дети с врождёнными расщелинами нёба и верхней губы. Проводились восстановительные, костно-пластические операции после удаления различных опухолей в челюстно-лицевой области, если возникали дефекты челюстей. Как высококвалифицированных специалистов можно выделить А.Ф. Медведеву, К.А. Корчагину, Ф.Г. Сайфуллина, Л.С. Абдрашитову.

К.А. Корчагина провела исследование по проблеме замещения дефектов нижней челюсти огнестрельного происхождения свободным костным аутооттрансплантатом. Работа была выполнена на большом клиническом материале с убедительными с клинической точки зрения результатами.

С 1994 г., кроме лечения врожденных расщелин нёба и верхней губы, в отделении челюстно-лицевой хирургии Детской республиканской клинической больницы стали выполнять операции по альвеолопластике, локальной СВЧ-деструкции и рентгенэндоваскулярной окклюзии сосудов, питающих сосудистые мальформации, компрессионно-дистракционного остеосинтеза по устранению прогении нижней челюсти. Врачами также выполнялись эстетические операции по коррекции оттопыренности ушных раковин, коррекции постоперационных деформаций крыльев и кончика носа после хейлопластики, удалению различных рубцов методами пластики местными тканями, перемещением лоскутов на питающей ножке, свободным кожным лоскутом и методом тканевой дерматензии.

Возглавлял эту работу доцент кафедры стоматологии детского возраста В.Н. Широков.

Одновременно с государственными медицинскими учреждениями помощь населению оказывают хозрасчётные и частные клиники Казани. В 1975 г. как филиал Хозрасчётной поликлиники открывается косметологическая лечебница. В ней работают кабинеты электрокоагуляции, электроэпиляции, процедурный кабинет, криогенный кабинет, физио- и лазеротерапии. В 1981 г. в поликлинике начинает работать и первый штатный хирург – косметолог Н.А. Халиков. Он одним из первых в Казани, наряду с профессором Л.А. Кольцовой, начал выполнять такие эстетические операции на лице как круговая подтяжка, на веках, ушных раковинах и носу.

На рубеже XX и XXI веков в Казани открываются частные клиники по проведению пластических операций. Доцент С.А. Обыдёнов организывает частную «Клинику эстетической медицины» (1997), профессор А.А. Богов – «Центр пластической хирургии» (1999). В этих учреждениях оказывается соответствующая помощь не только по пластической хирургии, но и по косметологии. При этом список хирургических услуг состоит не только из операций на лице, но и практически из операций на всем теле. Вся необходимая помощь оказывается не только пациентам из Казани, республики Татарстан, Российской Федерации, но и ближнего и дальнего зарубежья.

Важным этапным событием стало основание в 1999 г. в Казани «Общества пластических реконструктивных и эстетических хирургов Республики Татарстан». Президентом общества избрали профессора А.А. Богова. Членами общества являются хирурги из Казани, Набережных Челнов, Лениногорска, а также из Чебоксар - всего 17 человек. Регулярно, раз в три месяца, проводились заседания, на которых члены общества выступали с научными, обзорными докладами. На заседаниях всегда присутствовали клинические ординаторы, аспиранты и студенты Казанского медицинского университета и Казанской медицинской академии, интересующиеся и увлеченные пластической хирургией.

На современном этапе развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в Казани к уже имеющимся достижениям прибавляются новые. На кафедре челюстно-лицевой хирургии Казанского медицинского университета организован факультатив по пластической хирургии челюстно-лицевой области для студентов 5 курса стоматологического факультета. На этом факультативе студентам преподаются основы специальности. Кроме того, продолжает работать курс по «Пластической хирургии», который ежегодно заканчивают от 8 до 16 студентов.

Таким образом, за 160 лет в Казани сформировалась организованная медицинская служба по оказанию помощи населению, нуждающемуся в пластических, реконструктивных и эстетических операциях в челюстно-лицевой области из государственных и частных медицинских учреждений. За это время специальность приобрела собственную, самую настоящую историю. Люди и их достижения, факты и события нашли свое место в этой истории, потому что на протяжении всего этого периода времени производились хирургические операции, в которые немало нового внесли именно казанские хирурги. Проводились научные исследования, результаты которых стали достойным вкладом в отечественную науку и самое главное из поколения в поколение передавался тот бесценный клинический опыт, который позволил сделать Казань одним из ведущих медицинских центров по пластической хирургии в нашей стране.

ВЫВОДЫ

1. Определены этапы развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в России.

I этап: 1801 – 1885 гг. (1801 г. – выполнение военным лекарем Н. Тимофеевым первой операции по поводу «заячьей губы» в России; 1885 г. – на медицинском факультете Московского университета по инициативе Н.В. Склифософского при факультетской хирургической клинике, руководимой им, была организована первая в России приват – доцентура по одонтологии).

II этап: 1885 – 1950 гг. (1950 г. – начало преподавания пластической и реконструктивной хирургии лица в СССР).

III этап: 1950 – 1962 гг. (1962 г. – открытие Центрального научно-исследовательского института стоматологии).

IV этап: 1962 – 2007 гг. (2007 г. – переименование ЦНИИС в Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии).

2. В формирование и становление реконструктивной челюстно – лицевой хирургии в России весомый вклад внесли И.Ф. Буш, Н.И. Пирогов, Ю.К. Шимановский, Н.В. Склифософский. В первой половине XX столетия выдающаяся роль в развитии данного направления хирургии принадлежит хирургам – стоматологам: А.А. Лимбергу, Н.М. Михельсону, А.Э. Рауэру, А.И. Евдокимову. Важное значение в развитии и становлении специальности имело открытие в медицинских ВУЗах кафедр хирургической стоматологии, «Института красоты» на Арбате и Центрального научно-исследовательского стоматологического института.

3. Проведенное исследование позволило создать целостную картину и установить этапы развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области в Казани:

I этап – 1835 – 1920 г. (1835 г. – выполнение первых пластических реконструктивных операций профессором Ф.О. Елачичем; 1920 г. – год открытия кафедры одонтологии на медицинском факультете Казанского университета).

II этап – 1920 – 1954 гг. (1954 г. – открытие стоматологического факультета в Казанском государственном медицинском институте).

III этап – 1954 – 1999 гг. (1999 г. – реорганизация в Казанском государственном медицинском университете кафедры хирургической стоматологии в кафедру челюстно-лицевой хирургии).

4. Весомый вклад в становление отечественной реконструктивной хирургии челюстно – лицевой области внесли казанские хирурги П.А. Дубовицкий, Н.И. Студенский, О.А. Рустицкий, М.М. Красин и др. Ими предложены различные способы проведения ринопластики, составлена клинико – топографическая классификация дефектов носа, активно применялась аутотрансплантация для пластических целей в челюстно – лицевой области.

5. Наиболее важными достижениями казанских хирургов-стоматологов в первой половине XX столетия стали: преподавание стоматологии в качестве самостоятельной медицинской дисциплины (П.А. Глушков), разработка и внедрение в практику способа остеопластики с временной частичной резекцией нижней челюсти при удалении рака языка (П.М. Красин), издание монографий «Пластика лица» и «Восстановительная хирургия на поверхности человеческого тела (пластика круглым кожным лоскутом)», ставшая второй отечественной монографией после Ю.К. Шимановского по данной тематике (В.А. Гусынин), создание модификации использования филатовского стебля при тотальной ринопластике (И.М. Утробин), применение на ранних сроках методов пластики с максимальным использованием местных тканей и наложения «глухих швов» (Е.А. Домрачева), применение местных пластических операций при лечении злокачественных опухолей (А.Ф. Медведева).

6. Во второй половине XX столетия значительный вклад в развитие реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области внесли профессор Л.А. Кольцова (разработала и применила впервые в нашей стране метод

хирургической татуировки для устранения цветового несоответствия плоских гемангиом и пересаженного на лицо филатовского стебля), Н.Ф. Скоркина (возглавила впервые организованную в СССР специальную бригаду по проведению ранней хейлопластики на вторые сутки после рождения ребенка), Е.Ф. Николаев (предложил ряд методик по рино-, хейло- и отопластике). Казанские хирурги создали хирургические инструменты для выполнения реконструктивных операций в челюстно-лицевой области (Е.А. Домрачева, Ф.Г. Сайфуллин, Е.Ф. Николаев).

7. В XX веке Казань сформировалась как ведущий региональный центр по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области, нуждающимся в пластических реконструктивных операциях. Этому способствовало то, что в университетский город являлся одним из центров России по подготовке стоматологических кадров, в том числе в области реконструктивной хирургии (открытие кафедры одонтологии – в 1920 г., стоматологического института – в 1936 г., стоматологического факультета – в 1954 г., преподавание доцентом Г.Г. Сафиной на кафедре хирургической стоматологии первого в стране «Курса пластической косметической хирургии» студентам стоматологического факультета – в 1996 г.).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Материалы диссертационной работы могут быть использованы при чтении лекций, проведении семинарских занятий, при проведении новых научных исследований в медицинских и гуманитарных ВУЗах, системе последипломного образования. Результаты исследования используются в лекциях и семинарских занятиях со студентами стоматологического и лечебного факультетов и слушателями ФПК и ФУВ. Материалы могут быть включены в фонды музея истории Казанского ГМУ и использованы в экспозиции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ

1. Алферов А. Д. Н. И. Пирогов как педагог — администратор / А. Д. Алферов // Вестник воспитания. — Москва : Типолитография В. Рихтера. — 1897. — С. 13-16.
2. Аминев А. М. 125 лет со дня рождения Василия Ивановича Разумовского / А. М. Аминев // Вестник хирургии. — 1983. — № 5. — С. 137-139.
3. Андреев И. М. История в биографиях / И. М. Андреев, С. Н. Красильников. — Казань : КГМУ, 1996. — 176 с.
4. Афонский А. П. Николай Иванович Пирогов, его жизнь и педагогическая проповедь. — Москва: Типография изд-ва И. Д. Сытина, 1911. — 88 с.
5. Безруков В. М. Основные научные направления в деятельности А.А. Лимберга в отечественной литературе / В. М. Безруков, Т. М. Лурье, Н. Н. Смирнова // Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии : сб. тр. — Санкт-Петербург, 1995. — С. 20-22.
6. Белолопоткова А. В. Учебно-методические разработки к семинарским занятиям по истории медицины для студентов и преподавателей стоматологического факультета / А. В. Белолопоткова, В. М. Тарасонов, Г. Н. Троянский. — Москва : ММСИ, 1986. — 62 с.
7. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. — Санкт-Петербург : Гиппократ, 1998. — 743 с.
8. Беляков В.Н. Вклад П.А.Дубовицкого в развитие восстановительной хирургии (к 140-летию со дня рождения) / В. Н. Беляков // Хирургия. — 1959. — №5. — С. 130 — 132.
9. Беляков В. Н. П. А. Дубовицкий — выдающийся организатор высшего медицинского образования в России (к 100-летию со дня смерти) / В. Н. Беляков // Советское здравоохранение.— 1968.— №8 — С. 61-65.
10. Бертенсон Г. В. Н. И. Пирогов: очерк его общественной деятельности как профессора, врача хирурга, писателя и педагога с 24 мая 1831 г. по 24 мая 1881 г. / Г. В. Бертенсон. — Санкт-Петербург : Издание К. Рикера, 1881.

11. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского Казанского университета (1804-1904) : в 2-х частях / под ред. Н. П. Загоскина. – Казань, 1904. – Ч. 2. – 453 с.
12. Блинова Н. Ш. Первый казанский профессор-стоматолог Петр Аркадьевич Глушков/ Н. Ш. Блинова // Казанский медицинский журнал. – 1969.– № 1.– С. 84-85.
13. Боголюбов В. Л. О современных успехах пластической хирургии: Речь, произнесённая на соединённом заседании состоящих при Императорском Казанском Университете обществе врачей, естествоиспытателей, невропатологов и психиатров, посвящённом памяти Н. И. Пирогова по случаю 100-летия со дня его рождения // Отд. отт. из «Казанского Медицинского Журнала». – Казань : типография Казанского Университета, 1910. – 14 с.
14. Боголюбов Н. И. «Краткий очерк по хирургической факультетской клинике за 1883-1884 г.» / Н. И. Боголюбов // Ученые записки Императорского Казанского Университета по медицинскому факультету. – Казань : типография Университета, 1884. – С. 122-162.
15. Боголюбов Н. И. Клиника с 1 сентября 1861 года по 1 апреля 1887 года / Н. И. Боголюбов // Ученые записки Императорского Казанского Университета по медицинскому факультету. – Казань : типография Университета, 1889. – С. 76-83.
16. Бокерия Л. А. Федор Михайлович Хитров – основоположник отечественной пластической челюстно-лицевой хирургии (к 100-летию со дня рождения) / Л. А. Бокерия // Анналы хирургии. – 2003.– № 1.– С. 76-81.
17. Буриан Ф. Пластическая хирургия / Ф. Буриан. – Прага : изд-во Чехословацкой акад. наук «Артрия», 1962.- 130 с.
18. Буш И. Ф. Руководство к преподаванию хирургии / И. Ф. Буш. – Санкт-Петербург, 1808. – 64 с.
19. Вербо Е. В. Реконструкция лица реваскуляризованным аутооттрансплантатом / Е. В. Вербо, А. И. Неробеев. – Москва. Медицина, 2008. – 208 с.

20. Вихман А. А. Иван Буш : начало славного пути [Электронный ресурс] / А. А. Вихман // Биомедицинский журнал Medline.ru. – Режим доступа: <http://www.medline.ru/public/histm/medmono/sym03.phtml>
21. Галиуллин А. Н. Видные ученые отечественной медицины и здравоохранения - питомцы Казанского медицинского института / А. Н. Галиуллин. – Казань, 1989. – 139 с.
22. Гафаров Х. З. 75 лет Казанскому институту ортопедии и травматологии / Х. З. Гафаров, У. Я. Богданович // Казанский медицинский журнал. – 1993. – № 5. – С. 391-394.
23. Геселевич А. М. Научное, литературное и эпистолярное наследие Николая Ивановича Пирогова : библиография / А. М. Геселевич; предисл. А. Н. Бакулева. — Москва: Медгиз, 1956. — 261 с.
24. Глушков П. А. Метод пластической резекции нижней челюсти / П. А. Глушков // Вестник хирургии и пограничных областей. – Ленинград, 1927. – Т. X. – С. 67-70.
25. Гольбрайх В. Р. Галерея видных хирургов отечественной стоматологии / В. Р. Гольбрайх. – Волгоград : Волгоград. ГМИ, 1885. – 64 с.
26. Гольбрайх В. Р. Научные наследия отечественных ученых челюстно-лицевой хирургии / В. Р. Гольбрайх. – Волгоград : Волгоград. ГМИ, 1887. – 26 с.
27. Гусынин В. А. Пластика лица / В. А. Гусынин. – Казань : Татгосиздат, 1926. – 124 с.
28. Гусынин В. А. Восстановительная хирургия на поверхности человеческого тела (пластика круглым кожным стеблем) / В. А. Гусынин. – Казань : Татгосиздат, 1937. – 198 с.
29. Гусынин В. А. (некролог) // Советская Татария. – 1957. – № 20. – С. 3.
30. Давлетшин А. Х. Этюды казанской хирургии / А. Х. Давлетшин, С. В. Доброквашин. – Казань : КГМУ, 2005. – 62 с.
31. Домрачева Е. А. Ранняя пластика при ранениях лица / Е. А. Домрачева. – Казань: Таткнигоиздат, 1954. – 92 с.

32. Дорофеева В. И. Заячья губа : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. И. Дорофеева. – Москва, 1949. – 46 с.
33. Дубовицкий П. А. Краткое описание операций, произведенных в клинике Императорского Казанского университета в сентябре, октябре, ноябре и декабре 1837 года экстраординарным профессором хирургии Дубовицким / П. А. Дубовицкий. – Казань : Типогр. Императорского казан. ун-та, 1837. –17 с.
34. Дукельский С. Г. Вклад в науку казанских хирургов XIX столетия / С. Г. Дукельский // Казанский медицинский журнал. – 1973. – № 5. – С. 89–91.
35. Дунаевский В. А. Лимберг Александр Александрович / В. А. Дунаевский // Большая мед. энциклопедия. – 1980. – Т. 13. – С. 108.
36. Епифанов Н. С. И. А.Праксин / Н. С. Епифанов // Казанский медицинский журнал. – 1982. – № 2. – С. 70-71.
37. Захаров И. Н. Хирург Николай Пирогов: трудный путь к вере [Электронный ресурс] / И. Н. Захаров // Санкт-Петербургский университет. – 2004. – № 29 (3688). – Режим доступа: <http://www.spbumag.nw.ru/2004/29/21.shtml>
38. Иванов М. В. Организация и история развития челюстно – лицевой хирургии в России : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / М. В. Иванов. – Воронеж, 1999. – 107 с.
39. Ильина-Маркосян Л. В. Николай Михайлович Михельсон. (К столетию со дня рождения) / Л. В. Ильина-Маркосян, Т. М. Лурье // Стоматология. – 1984. – № 5. – С. 87—89.
40. История Казанского государственного медицинского университета / В. Ю. Альбицкий [и др.]. – Казань : Магариф, 2006. – 374 с.
41. Кабаков Б. Д. Военно-полевая хирургия / Б. Д. Кабаков. – Ленинград : Медгиз, 1959. – 220 с.
42. Кабаков Б. Д. Военная челюстно-лицевая хирургия / Б. Д. Кабаков. – Ленинград : Изд-во ВМА, 1965. – 267 с.
43. Кабаков Б. Д. Лечение злокачественных новообразований челюстно-лицевой области / Б. Д. Кабаков. – Москва, 1978. – 164 с.

44. Кабулбеков А. А. Обеспеченность тиамином детей с врожденными расщелинами губы и неба : автореф. дис.... канд. мед. наук / А. А. Кабулбеков. – Казань, 1966. – 17 с.
45. Казанский государственный медицинский университет (1804-2004 гг.): Заведующие кафедрами и профессора: биографический словарь / В. Ю. Альбицкий, М. Э. Гурылева, Н. Х. Амиров [и др.]; под ред. В. Ю. Альбицкого, Н. Х. Амирова. – Казань : Магариф, 2004. – 472 с.
46. Клиника с 1 сентября 1861 года по 1 апреля 1887 года // Ученые записки Императорского Казанского университета по медицинскому факультету: сб. – Казань : Типография университета. – С. 76 – 83.
47. Козлов В. А. Александр Александрович Лимберг (к 100 – летию со дня рождения) / В. А. Козлов // Стоматология. – 1994. – № 2. – С. 94-96.
48. Колесов А. А. Новообразования лицевого скелета / А. А. Колесов. – Москва : Медицина, 1996. – 168 с.
49. Кольцова Л. А. Заслуженный деятель науки ТАССР, профессор, доктор медицинских наук, Евгения Алексеевна Домрачева / Л. А. Кольцова // Вопросы стоматологии. – 1971. – Т. 34, № 8. – С. 14-19.
50. Кольцова Л. А. О возможности использования пигментов в восстановительной хирургии лица / Л. А. Кольцова // Стоматология. – 1968. – № 4. – С. 15-23.
51. Комаров Н. И. Памяти В. А. Гусынина / Н. И. Комаров // Вопросы нейрохирургии. – 1958. – № 3. – С. 59-60.
52. Корчагина К. А. Остеопластика дефектов нижней челюсти. (Предварительное сообщение) / К. А. Корчагина // Сб. рефератов науч. работ (1956-1961 гг.) Каз. гос. НИИ травматологии и ортопедии. – Казань, 1961. – С. 199-201.
53. Корчагина К. А. Отдаленные результаты хирургического лечения больных челюстно-лицевого профиля / К. А. Корчагина // Сб. рефератов науч. работ (1956-1961 гг.) Каз. гос. НИИ травматологии и ортопедии. – Казань, 1961. – С. 58.
54. Красин М. М. Ринопластика с золотой стропилкою (из госпитальной хирургической клиники покойного проф. Н. И. Суденского в Казанском

университете) / М. М. Красин // Из журн. «Врач». – 1892. – № 2. – Казань : Типография Я. Трея. – 1892. – 12 с.

55. Красин П. М. Новый способ временной частичной остеопластической резекции нижней челюсти для удаления рака языка / П. М. Красин // Казанский медицинский журнал. – 1922. – Т. XVIII, № 3. – С. 115-118.

56. Крешетов Е. В. Кафедра хирургической стоматологии КГМУ / Е. В. Крешетов // Материалы юбил. конф. посвящ. 75-летию высшего стоматологического образования в Казани // Казанский медик. – 1996. – № 29-32. – С. 6.

57. Крупник И. Ф. Хирургическая подготовка полости рта для протезирования / И. Ф. Крупник // Материалы юбил. науч. конф. КГМИ. – Казань: КГИМ, 1964. – Т. XIV. – С. 463–464.

58. Куприянов Н.Н. "История медицины в России при императоре Александре II", СПб.- 1872. — Материалы для истории Имп. Академии Наук, I, 81; VI, 90, 497. — Сборник И. Р. И. О., тт. 5, 15, 55, 63, 69, 84. — Пр. Я.Чистович.

59. Лексина А. И. Здесь красота и здоровье – синонимы (к 100-летию со дня рождения профессора Е. А. Домрачевой) / А. И. Лексина // Советская Татария. – 1992. – № 20.– С. 3.

60. Лимберг А. А. Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела / А. А. Лимберг. – Москва : Медгиз, 1946. – 240 с.

61. Лимберг А. А. Применение трупного хряща в клинике / А. А. Лимберг. – Москва: Медгиз, 1946. – 176 с.

62. Лимберг А. А. Рубцы кожи после ожогов и ранений и борьба с ними / А. А. Лимберг. – Москва: Медгиз, 1947. – 214 с.

63. Лозанов Н. Н. Огнестрельные ранения лица, носа, придаточных пазух носа и жевательного аппарата / Н. Н. Лозанов, И. М. Утробин. – Казань : Татгосиздат, 1945. – 96 с.

64. Львов П. П. Петр Аркадьевич Глушков (1880—5.03.1937). Некролог / П. П. Львов, А. Д. Сперанский // Советский врач. – 1937. – № 12. – С. 957—960.

65. Малиновский Л. А. Современная хирургия : вступительная лекция, читанная 4 февраля 1892 года / Л. А. Малиновский. – Казань : Типография Императорского Университета, 1892. – 15 с.
66. Медведева А. Ф. Клиника и лечение одонтогенного остеомиелита (взрослых) по материалам РСБ ТАССР : автореф. дис. канд. мед. наук / А. Ф. Медведева. – Казань, 1964. – 14 с.
67. Медведева А. Ф. Хирургическое лечение злокачественных опухолей мягких тканей лица с применением местных пластических операций / А. Ф. Медведева // Материалы IV городской науч.-прак. конф. стоматологов. – Казань, 1967. – С. 34.
68. Медведева А. Ф. Адамантиномы и их лечение (по материалам РСП МЗ ТАССР) / А. Ф. Медведева, Р. Ш. Хамитова // Тр. КГМИ. – Казань, 1967. – Т. 34. – С. 331–332.
69. Медведева А. Ф. Результаты хирургического лечения сагиттальных аномалий прикуса / А. Ф. Медведева // Тр. КГМИ. – Казань, 1981. – Т. 56. – С. 93-98.
70. Меррель Р. Пластическая хирургия / Р. Меррель, Б. В. Мари. – Москва : «Диалектика», 2007. – 288 с.
71. Мирский М. Б. Иван Федорович Буш - основоположник первой российской научной хирургической школы / М. Б. Мирский. – Москва : Прогресс, 1957. – 83 с.
72. Михельсон Н. М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области / Н. М. Михельсон. – Москва, 1962. – 335 с.
- Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/analiz-struktury-i-otsenka-posledstviy-ognestrelnoi-travmy-chelyustno-litsevoi-oblasti-v-usl#ixzz3ULaefsb4>
73. Наумов П. В. Первичные восстановительные операции при лечении опухолей мягких тканей лица / П. В. Наумов. – Москва : Медицина, 1973. – 96 с.
74. Неробеев А. И. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области / А. И. Неробеев, Н. А. Плотников. – Москва : Медицина, 1997. – 288 с.

75. Околоков В. Л. Деятели отечественной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии:энцикл. справочник / В. Л. Околоков, Н. И.Воронин, О. Ю. Шарапов. – Благовещенск на Амуре : изд-во АГМА, 2008. – 124 с.
76. Павлучкова А. В. А. А. Лимберг (к 70-летию со дня рождения) / А. В. Павлучкова // Стоматология. – 1964. – № 4. – С. 108.
77. Павлюченко Л. Л. Эстетическая хирургия. Опыт обобщения очевидного и невероятного / Л. Л. Павлюченко // Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии. – 1997. – № 1. – С. 14-21.
78. Пашков К. А. Учебно-методическое пособие к семинарским занятиям по истории медицины для студентов, интернов, ординаторов стоматологического ф-та / К. А. Пашков, А. В. Белолопаткова, Г. Н. Троянский. – Москва, 2004. – 248 с.
79. Пирогов Н. И. Собрание литературно-педагогических статей вышедших в управление его Киевским учебным округом (1858—1861) / Н. И. Пирогов. – Киев : Университетская типография, 1861. – 252 с.
80. Пирогов Н. И. Избранные педагогические сочинения / Н. И. Пирогов. — Москва: Педагогика, 1985. — 493 с.
81. Плотников Н. А. Повреждения лица и челюстей и их лечение / Н. А. Плотников. — Москва, 1956. – 165 с.
82. Погодина А. А. Случай множественного уродства челюстно-лицевой области / А. А. Погодина // Труды Казан. стомат. ин-та. – Казань : Татгосиздат, 1947. – С. 179-182.
83. Порудоминский В. И. Н. И.Пирогов / В. И. Порудоминский. – Москва : Молодая гвардия, 1969. — 304 с. (Серия «Жизнь замечательных людей», вып. 398.).
84. Постановление Наркомздрава РСФСР «О государственной организации зубоврачебной помощи в республике» // Известия НКЗ. – 1919. – № 1. – С. 3.
85. Постолов М. П. Ю. К. Шимановский - выдающийся хирург XIX столетия / М. П. Постолов, А. М. Постолов. – Ташкент : Медицина, 1983. – 87 с.

86. Программы полукурсовых и окончательных испытаний на медицинском факультете Императорского Казанского Университета. – Казань : Типо-литография Императорского Университета, 1916. – 4 с.
87. Пройденный путь в будущее (1977 – 2012) / Р. Ф. Сост. Р. Ф. Шавалиев [и др.]; под ред. Л. И. Басановой. – Казань : ИЦ «Арт-кафе» 2012. – 190 с.
88. Пшениснов К. П. Биография [Электронный ресурс] // Сайт профессора К. П. Пшениснова. – Режим доступа: <http://www.pshenisnov.ru/>
89. Разумовский В. И. К казуистике операций Kronlein'a на глазнице профессора В. И. Разумовского / В. И. Разумовский. – Казань : Типография Императорского Казанского университета, 1907. – 5 с.
90. Рауэр А. Э. Пластические операции на лице / А. Э. Рауэр, Н. М. Михельсон / Сб. тр. Наркомздрава СССР. – Москва : Медгиз, 1943. – С. 6-10.
91. Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан. История и современность. 1953 - 2003 гг.: сб. ст. / М-во здравоохранения РТ, Респ. клин. больница; под общ. ред. Л. И. Рыбкина; сост.: М. В. Кормачев [и др.]; авт.-сост. и лит. ред. Ю. Э. Федорова. – Казань : ИЦ "Арт-кафе", 2003. – 285 с.
92. Рихтер В. История медицины в России: в 3 томах / В. Рихтер. – Москва: Университетская типография, 1820. – Т. 3. – 694 с.
93. Рогинский Виталий Владиславович. Руководитель Клиники детской челюстно-лицевой хирургии и стоматологии [Электронный ресурс] // Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии. – Режим доступа: http://www.childface.ru/rus/content/138/rukovoditel_kliniki.html
94. Рустицкий О. А. «Краткий исторический очерк развития хирургии» : вступительная лекция экстраординарного профессора Казанского Императорского Университета, прочитанная 3 ноября 1893 г. / О. А. Рустицкий. – Казань, 1893. – 13 с.
95. Сайфуллин Ф. Г. Характер изменений кожной чувствительности стебля Филатова на различных этапах пластики в ЧЛЮ / Ф. Г. Сайфуллин // Сб.

- рефератов научных работ (1956-1961 гг.) КГНИИ травматологии и ортопедии. – Казань : Изд-во Казанского университета. – 1961. – С. 61-62.
96. Сайфуллин Ф. Г. Некоторые биологические особенности Филатовского стебля и их значение при пластике дефектов челюстно-лицевой области : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ф. Г. Сайфуллин. – Казань, 1962. – 14 с.
97. Самин Д. К. 100 великих ученых / Д. К. Самин. – Москва : Вече, 2000. – 356 с.
98. Сафина Г. Г. Хирургическая татуировка капиллярных (плоских) гемангиом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21, 14.00.15 / Г. Г. Сафина. – Казань, 1982. – 28 с.
99. Сидорова Т. С. Ради общего дела / Т. С. Сидорова // Советская Татария. – 1981. – № 283. – С. 3.
100. Студенский Н. И. Из хирургического отделения Александровской больницы г. Казани (отчёт с 15 мая 1878 г. по 1 сентября 1882 г.) / Н. И. Студенский. – Санкт-Петербург : Типо-литография Б. Г. Ямпольского, 1883. – 103 с.
101. Студенский Н. И. Оперативная хирургия. Курс лекций, читанных студентам медицинского факультета Императорского Казанского Университета / Н. И. Студенский. – Казань : Типография Казанского Биржевого Листка, 1888. – 542 с.
102. Студенский Н. И. Образование носа с кожи лица / Н. И. Студенский // Вестник хирургии и пограничных областей. – 1889. – Т. IV, Книга девятнадцатая. – С. 165-172.
103. Студенский Н. И. Ринопластика с золотою стропилкою. Предварительное сообщение / Н. И. Студенский // Врач. – 1892. – № 2. – С. 6-10.
104. Ташен А. Формула красоты, чужое лицо / А. Ташен. – Москва: АСТ-Астрель, 2006. – 124 с.
105. Тикотин М. А. П. А. Загорский – основоположник первой русской анатомической школы / М. А. Тикотин // Вестник Академии медицинских наук СССР. – 1950. – № 2. – С. 56-58.

106. Титова А. Т. Жизнь и деятельность профессора А.А. Лимберга / А. Т. Титова // Актуальные вопросы челюстно-лицевой хирургии: сб. тр. – Санкт-Петербург, 1995. – С. 5-20.
107. Утробин И. М. Лечение огнестрельных повреждений лица и челюстей / И. М. Утробин // Казанский медицинский журнал. – 1940. – № 3. – С. 20-27.
108. Утробин И. М. Об организации лечебной помощи демобилизованным инвалидам войны с последствиями ранений челюстно-лицевой области / И. М. Утробин // Стоматология. – 1945. – № 4. – С. 45-46.
109. Утробин И. М. Комбинированные дефекты среднего отдела лица и оперативное их устранение (из челюстно-лицевой клиники Казанского научно-исследовательского института ортопедии и восстановительной хирургии) / И. М. Утробин // Сб. тр. института. – Казань : Татгосиздат, 1947. – Т. I. – С. 187-199.
110. Утробин И. М. Обширные ранения подбородочного отдела лица и нижней губы и их лечение (из клиники хирургической стоматологии Казанского стоматологического института и Казанского челюстно-лицевого эвакогоспиталя) / И. М. Утробин // Сб. тр. Казан. стомат. ин-та. – Казань : Татгосиздат, 1949. – Т. 2. – С. 79-88.
111. Утробин И. М. Тотальная ринопластика стеблем Филатова в нашей модификации / И. М. Утробин // Сб. тр. казан. стомат. ин-та. – Казань: Татгосиздат, 1949. – Т. 2. – С. 155-160.
112. Утробин И. М. К вопросу о хирургической профилактике злокачественных новообразований жевательного аппарата / И. М. Утробин // Сб. тр. врачебно-санитарной службы казанской железной дороги. – Казань : Татгосиздат, 1951. – С. 86-93.
113. Ученые записки Императорского Казанского университета по медицинскому факультету. 1885 год. – Казань : Типография университета, 1885. – 90 с.
114. Фаизов Т. Т. Этапы формирования Казанской кафедральной медицинской школы челюстно-лицевой хирургии. / Т. Т. Фаизов, Л. Н.

- Мубаракова // Материалы Всерос. науч. – прак. конф. «Высшая медицинская школа: практика, воспитание, творчество». – Саратов : СГМУ, 2004. – С. 34-37.
115. Фаизов Т. Т. Ради здоровья людей. К 120-летию профессора Е. А. Домрачевой / Т. Т. Фаизов // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. ХСШ, № 2. – С. 406 – 409.
116. Фришберг И. А. Косметические операции на лице / И. А. Фришберг. – Москва: Медицина, 1984. – 208 с.
117. Фришберг И. А. Эстетическая хирургия лица / И. А. Фришберг. – Москва : ИКЦ «Академкнига», 2005. – 276 с.
118. Черкасова Т. М. Дела и судьбы мастеров хирургии / Т. М. Черкасова // Московский журнал. – 2002. – № 7. – С. 8.
119. Чистович Я. А. История первых медицинских школ в России / Я. А. Чистович. – Санкт-Петербург, 1883. – 662 с.
120. Шаймиева Н. И. Республиканская стоматологическая поликлиника МЗ РТ. История и современность (1951 – 2001 гг.) / Н. И. Шаймиева. – Казань, 2001. – 28 с.
121. Шерпутовская К. Е. Состояние эластической и нервной тканей в свободных кожных лоскутах, пересаженных на лицо : автореф. дис. ... канд. мед. наук / К. Е. Шерпутовская. – Казань, 1962. – 14 с.
122. Шимановский Ю. К. Операции на поверхности человеческого тела / Ю. К. Шимановский. – Киев : Врач, 1865. – 264 с.
123. Широков В. Н. Отчёт врача стоматолога-хирурга ДРКБ МЗ РТ за 2003 – 2005 гг. / В. Н. Широков; ДРКБ МЗ РТ. – Казань, 2005. – 9 с.
124. Штрайх С. Я. Н. И. Пирогов / С. Я. Штрайх. — Москва: Журнально-газетное объединение, 1933. — 160 с. (Серия «Жизнь замечательных людей», вып. 18).
125. Хитров Ф. М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области / Ф. М. Хитров. – Москва: Медгиз, 1962. – 362 с.
126. Энтин Д. А. Помощь на фронте челюстно-лицевым раненым. Военно-полевая челюстно-лицевая травматология / Д. А. Энтин. – Москва-Ленинград : «Медгиз», 1940. — 148 с.

127. Энтин Д. А. Эволюция методов лечения раненых и повреждения лица и челюстей во время Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. / Д. А. Энтин // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. – Москва: Медгиз, 1951. – С. 73–88.
128. Якобсон С. Я. Профессор Н. И. Студенский (1844 – 1891) / С. Я. Якобсон // Хирургия. – 1955. – № 3. – С. 78–82.
129. Ямпольская Н. М. Истоки челюстно-лицевой хирургии детского возраста [Электронный ресурс] / Н. М. Ямпольская, О. В. Бондаренко // Научно-медицинский вестник ВГМА им. Н. Н. Бурденко. – 2005. – № 2, Ч. 3. – Режим доступа: <http://www.medicus.ru/stomatology/specialist/istoki-chelyustno-licevoj-hirurgii-detskogo-vozrasta-25249.phtml>
130. Stieda L. Szymanowsky, Julius von W: Biographisc hes Lexikon der hervorrag enden Ärzte aller Zeiten und Völker / L. Stieda// Urban & Schwarzenberg. – 1962. – P. 501.
131. Walther A. Julius v. Szymanowsky. Nekrolog / A. Walther // Archiv für klinische Chirurgie. – 1868. – N 9. – pp. 970–976.

Национальный архив Республики Татарстан

1. ф.977-мед. фак., ед. хр. 266, л. 23 – Отчеты по Университетской клинике за 1835 г.
2. ф. 5346-оп. 1л – организация стоматологического института в мае 1936 года согласно постановлению СовНаркома РСФСР от 20 января 1936 года за № 47.
3. ф. 5546-оп. 2л-ед. хр. 1117-л. 7 – постановлением Совета КГСИ 20 дек. 1938 г. доцент Утробин И.М. избран в должности заведующим кафедрой хирургической стоматологии КГСИ.
4. ф. 5346-оп. 1-ед. хр. 270-л. 4 - 1.07.1950 КГСИ ликвидирован согласно распоряжению Совета Министров Союза ССР от 5/ХП-1949 за № 19630-р на основании приказа по Министерству высшего образования СССР от 29.12.1949 № 1653.

5. ф. Р-6446-оп. 1-ед. хр. 611-л. 2 – с 1 сентября 1954 года начал функционировать стоматологический факультет.
7. ф.977-оп. мед. фак-ед. хр. 1562-л. 5 – замещение кафедры хирургической факультетской клиники экстраординарным профессором Боголюбовым Н.И. от 4.01.1883.
8. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 1775 – ординарный профессор КУ Боголюбов Н.И. по кафедре факультетской хирургической клиники уволен по болезни от 15 апреля 1887 № 5880.
9. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 1775-л. 18 – ординарный профессор Левшин Л.Л. переведен из кафедры хир. госпитальной клиники на кафедру хирургической факультетской клиники КУ от 30 января 1887 № 1743.
10. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 1775-л. 46 – назначение экстраординарного профессора по кафедре оперативной хирургии Студенского Н.И. заведующим госпитальной хирургической клиникой КУ от 30 апреля 1887 № 6812.
11. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 2108-л. 76 – Геркен Н.А. назначен экстраординарным профессором КУ кафедры оперативной хирургии от 11 сентября 1897 № 24016.
12. ф. 1337-оп. 18л-ед. хр. 113-л. 14 – избрание приват-доцента КУ Красина П.М. заведующим кафедрой оперативной хирургии с топографической анатомией. Баллотиров. лист от МФ КУ от 14 мая 1918 года кандидата на кафедру.
13. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 325-л. 2 - назначение экстраординарного профессора Дубовицкого П.А. ординарным профессором Казанского университета по кафедре общей и частной хирургии от 14.03.1838 № 1299.
14. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 2108-л. 25 – назначение Студенского Н.И. профессором КУ по кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии от 17 января 1884 № 557.
15. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 1775-л. 74 – назначение доктора медицины Разумовского В.И. экстраординарным профессором по кафедре оперативной хирургии от 27 октября 1887 № 15619.

16. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 2108-л. 32 – доктор медицины Праксин И.А. переведен экстраординарным профессором Казанского университета по кафедре госпитальной хирургической клиники от 26.03.1897 № 1112.
17. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 1977-л. 77 – назначение Рустицкого О.А. экстраординарным профессором Казанского Университета (КУ) по кафедре оперативной хирургии от 22.09.1893 № 5131.
18. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 2108-л. 60 - экстраординарный профессор Рустицкий О.А. назначен ординарным профессором Казанского университета по кафедре оперативной хирургии от 14 июня 1897 № 15512.
19. ф. Р-1337-оп. 18л-ед. хр. 19-л. 105 –Боголюбов В.Л. утверждается ординарным профессором по кафедре хирургической патологии с десмургией и учением о вывихах и переломах от 8 июля 1917 года № 1765.
20. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр. 229-л. 5 – утверждение Елачича Ф.О. ординарным профессором хирургии при КУ от 13 марта 1834 № 2573.
21. ф. 977-оп. мед фак-ед. хр.1775-л. 7 – определение Плюшкова ординатором при госпитальной хирургической клинике КУ от 28 января 1887 года № 455.
22. ф. 7347-оп. 1-ед. хр. 72-л. 62 – протокол № 12: заседание правления Гос. Института для усовершенствования врачей имени Ленина в Казани от 24.09.1930 г. об организации преподавания одонтологии и стоматологии. Зачитывается докладная записка д-ра Я.А. Розно. В этом Институте Боголюбов был ученым секретарем.
23. ф. 5546-оп. 2л-ед. хр. 1117-л. 180 – назначение Утробина И.М. заведующим челюстно-лицевой клиникой Института восстановительной ортопедии и хирургии с 1946 по 1949 гг.
24. ф. Р- 1337-оп. 5-ед. хр. 26-л. 5 – преподавание в Одонтологическом отделении при медицинском факультете «Курса патологии и терапии зубных болезней с клиникую зубоврачевания» поручено доктору Глушкову П.А. от 15 октября 1919 года № 1728.

25. ф. 5546-оп. 2л-ед. хр. 1117-л. 8 – Утробин с 1930 г. заведующий кафедрой стоматологии Медицинского факультета Казанского университета, с 1932 г. утвержден в звании доцента.
26. ф. 5546-оп. 2л-ед. хр. 1117-л. 10 – назначение Утробина И.М. директором Казанского стоматологического института 1936 г.
27. ф. 5546-оп. 2л-ед. хр. 1117-л. 9 – выписка из приказа № 88 от 14 июля 1937 г. о присвоении ученой степени к. м. н. без защиты диссертации сотруднику КГМИ Утробину И.М.
28. ф. 5546-оп. 2л-ед. хр. 1117-л. 136 – назначение Утробина И.М. заведующим челюстно-лицевой клиникой Института восстановительной ортопедии и хирургии в 1946.
29. ф. 5346-оп. 2л-ед. хр. 334-л. 27 – назначение Домрачевой Е.А. ассистентом кафедры хирургической стоматологии Казанского ГИДУВа от 11.03.1934 № 230. (1934-1939).
30. ф. 5346-оп. 2л-ед. хр. 334-л. 15а – назначение Домрачевой Е.А. в должности ассистента кафедры хирургической стоматологии в КСИ от 3 мая 1939 № 221.
31. ф. 5346-оп. 2л-ед. хр. 334-л. 69 – утвердить Домрачеву Е.А. к. м. н. «О влиянии слюны на желудочную секрецию» от 28.04.41 выписка из приказа № 65.
33. ф. 5346-оп. 2л-ед. хр. 335-л. 9 – Домрачева Е.А. доцент кафедры госпитальной хирургии № 2 КМИ. Выписка из приказа № 103 от 26.10.1946.
37. ф. Р-6446-оп. 4-ед. хр. 22-л. 143 – Красин П.М. утвержден в должности профессора Пропедевтической хирургической клиники медицинского факультета КУ от 7 июля 1928 года № 31533.
38. ф. 5346-оп. 2л-ед. хр. 335-л. 2 – Домрачева Е.А. – начальник отделения челюстно-лицевой хирургии звукогоспиталя № 1668, ведущий хирург, консультант.
42. ф. Р-6446-оп. 1-ед. хр. 611-л. 19 – врач Корчагина К.А. защитила диссер от 1.11.54.
43. ф. Р-128-оп. 3-ед. хр. 353-л. 186 – распоряжение о реорганизации РС больницы в РСП со стационаром в 30 коек.

44. ф. 1337-оп. 26-ед. хр. 44-л. 101 – годовой отчет о работе стоматологической клиники за 1927-1928 гг.

Архив Казанского государственного медицинского университета

6. оп. 1-ед. хр. 144-л. 17 – Приказ № 9, п. 2 – начало работы кафедры хирургической стоматологии для стоматологического факультета.

32. ф. Р-6446-оп. 1л-ед. хр. 126-л. 102 – Приказ по Министерству Здравоохранения РСФСР № 1786-л от 20 октября 1955 г. об избрании Домрачевой Е.А. профессором по «Курсу стоматологии и члх» на кафедре госпитальной хирургии № 2.

34. ф. Р-6446-оп. 1л-ед. хр. 134-л. 75 – приказ об избрании Домрачевой Е.А. заведующей кафедрой хирургической стоматологии КГМИ № 110 (п.1) от 13.09.56 г.

35. ф. Р-6446-оп. 1л-ед. хр. 312-л. 178 – приказ № 220 от 5.11.1968 г. о назначении Кольцовой Л.А. заведующей кафедрой хирургической стоматологии КГМИ.

36. ф. Р-6446-оп. 18л-ед. хр. 659-л. 295 – приказ № 88 от 16.09.1985 г. о назначении Крешетова Е.В. заведующим кафедрой хирургической стоматологии КГМИ.

39. ф. Р-6446-оп. 1л-ед. хр. 154-л. 203 – зачисление в очную аспирантуру по хирургической стоматологии Шерпутовской К.Е. (в девичестве Барабанова) приказ № 96 от 8.07.1958.

41. оп. Р-6446 – решение ученого совета Казанского ГМУ № 9 от 28.05.1999 о переименовании кафедры хирургической стоматологии в кафедру челюстно-лицевой хирургии.

45. ф. Р-6446-оп. 5-ед. хр. 2532-л. 111 – приказ № 62 от 13.02.1996 об открытии курсов пластической хирургии при кафедре хирургической стоматологии КГМУ.

Отдел кадров КГМУ

40. Приказ № 105 л от 20.11.1998 – приказ о назначении Т.Т. Фаизова заведующим кафедрой хирургической стоматологии КГМИ.

Приложение 1.1 – Примеры операций, выполненных профессором Н.И.Студенским, свидетельствующие о его высоком профессионализме и мастерстве

При выполнении различных пластических реконструктивных операций на мягких тканях лица профессор Н.И. Студенский использовал разные способы хейлопластики при различных видах расщелин верхней губы. При небольшом дефекте он применял 2 разреза через всю толщу губы, параллельные краям дефекта, соединяющиеся друг с другом вверху; нижние концы разрезов не доходят немного до края губы. Образованный треугольный лоскут при отведении книзу устраняет дефект, причем получается одна линейная рана. При двусторонней расщелине верхней губы применял способ Лангенбека обеих сторон дефекта. При более сложных формах расщелин на верхней губе заимствовал кожу со щеки [102].

Дефекты на нижней губе чаще всего появляются после удаления злокачественных новообразований. Нередко приходится иметь дело с треугольными и четырехугольными дефектами, которые образуются после удаления опухолей. Для их устранения Н.И. Студенский чаще всего использовал различные способы. Чаще способ Диффенбаха, который предложил выкраивать два боковых лоскута с основанием внизу, и переносить их на среднюю линию, остающиеся на их месте дефекты закрываются стягиванием соседних тканей. Способ Симебахмана применялся ситуационно, при нём выкраиваются боковые лоскуты основаниями кверху, причем лоскуты так же поднимаются кверху, сшиваются по средней линии и, если сохранилась еще слизистая оболочка, то она сшивается с кожей, окаймляя, таким образом, губу. При обширных дефектах, использовался способ Шимановского, когда углам, образующихся при перенесении лоскутов, придавалась остроугольная форма для более легкого закрытия. При устранении четырехугольных дефектов, профессор Н.И. Студенский рекомендовал способ Шепарта – Зейса, при котором

выкраиваются лоскуты из щеки или из боковых областей подбородка и поворачиваются к средней линии губы под прямым углом [102].

Далее развивая мысль о тканях, из которых производится формирование носа, он отмечает: «Как показывают наблюдения, лучшие носы получаются из кожи лба». Он приводил примеры хирургических приёмов по ринопластике, но, прежде чем приступить к операции, он проводил предварительное моделирование носа: «Для полного восстановления носа изготавливается модель из желтого воска, из которого можно очень удобно слепить любой формы нос. После воск расплавляется в пластинку и прикладывается ко лбу. Затем приступают к формированию лоскута. Операция начинается с освеживания краев дефекта, причем последнему по возможности придается форма треугольника с основанием, обращенным к верхней губе и верхушкой – к корню носа. Следуя рекомендациям Лангенбека – необходимо принимать во внимание не только размеры нового носа, но также и то, чтобы на лбу оставался, по возможности, минимальный рубец. Ножка лоскута приходится на корень носа, выступающий четырехугольный лоскут посередине верхнего края используется для перегородки, а по бокам формируются треугольные – для крыльев носа. Отпрепарированный от надкостницы лоскут разворачивается книзу, причем ножки его перекручиваются; это обстоятельство неблагоприятно, во-первых, в том отношении, что может быть затруднен приток крови, а во-вторых, свежая поверхность раны прикасается к кожной поверхности корня лоскута. *Во избежание этих неудобств мы предлагаем один край лоскута соединять с окровавленной поверхностью дефекта другой стороны.* При перевертывании лоскута скручивание значительно меньше и потому не сильно затрудняет кровообращение, и освеженная поверхность корня лоскута соединяется раной, что, конечно, способствует лучшему питанию лоскута. Четырехугольный выступ на верхнем краю лоскута (теперь на нижнем) заворачивается кзади и пришивается к середине основания треугольного дефекта, т. е. на месте бывшей перегородки, а затем сшиваются и крылья носа. В сформированные таким образом ноздри вставляются толстые дренажные трубки. Рана на лбу ушивается и накладывается повязка, как на лоб,

так и на новый нос». «После сращения носа приходится обычно несколько раз подправлять его добавочными разрезами, то перетягиванием кожи, то удалением ее излишка. Обычно на месте ножки лоскута получается выступ в форме поперечной или косвенной складки». «Однако, если после операции нос имеет более или менее правильную форму, то она далеко не всегда остается такою впоследствии. Нередко рубцы деформируют нос, меняя его форму. При полном разрушении костей носа и его хрящевого остова мягкие ткани неминуемо сморщиваются, и вновь устроенный нос, как бы красив ни был после операции, впоследствии, становится неприятным и даже безобразным». [103].

Как видим, клинический опыт профессора Н.И. Студенского позволяет вносить новые элементы в известные методики для улучшения конечного результата.

«При невозможности взять лоскут из кожи лба, например, вследствие обширных рубцов, необходимость заставляет заимствовать кожу с руки, и именно с тыльной поверхности плеча или предплечья по методу Лангенбека. Перед операцией больному необходимо в течение нескольких дней держать руку вблизи носа с помощью специальной кожаной повязки Тольякоцци, которая накладывалась и после операции. Далее формируется мостовидный лоскут, который и послужит для формирования самого носа. На второй стадии операции, отсекался один мостик, выкраивался лоскут по модели и вшивался в края дефекта, после чего накладывалась повязка, удерживающая руку на голове. Основание перенесенного лоскута подсекалось дней через пять не полностью, а только наполовину, чтобы избежать некроза, еще через два – три дня он отсекался уже полностью [103].

Из этих описаний можно сделать вывод о высоком профессионализме профессора Н.И. Студенского, не просто владеющего теоретическими знаниями, но и практическими мастерством, позволявшим ему выполнять столь сложные операции.

Приложение 1.2. - Свидетельства врачебной квалификации казанских хирургов в I периоде развития реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области

Здесь мы приводим записи некоторых операций, выполненных казанскими хирургами, сопроводив их своим анализом.

(Сохранены оригинальные язык и стиль текстов)

Из «Ученых записок Императорского Казанского Университета по медицинскому факультету 1884 год», «Краткий очерк по хирургической факультетской клинике за 1883-84 ак. г. Э. оп. Пр. Н.И. Боголюбова, С. 122-162, С. 140-145, Казань, типография Университета, 1884.

Болезни головы, лица и открывающихся на нем полостей:

У больных, имевших рак губ, после того, как его вырезали, производили хейлопластику различными способами. После удаления рака века сделана блефаропластика. В случае ракового поражения наружного носа после удаления образования была произведена ринопластика из кожи лба.

Так, в случае сифилитического дефекта носа у крестьянина 26 лет были утрачены: вся перегородка и носовые кости, вследствие чего средняя часть его ввалилась, а верхушка стала поднятой. В данном случае при помощи соответствующих разрезов в три подхода средняя часть поднята, верхушка немного опущена книзу, из губы сделана передняя часть перегородки носа.

Дефекты частей лица после номы. В 1-м случае недоставало почти всей нижней губы и мягких частей подбородка. Утраченные части восстановлены в два подхода, для чего использовали незначительный остаток губы, кожу подчелюстной области и лоскут из левой щеки. Во 2-ом случае отсутствовала вся верхняя губа, правое крыло и хрящевая перегородка носа, причем верхние резцы имели горизонтальное положение и полное открывание рта было невозможно от плотных рубцов. Пластика произведена следующим образом: боковые соединения резцовой кости с зубными отростками верхней челюсти разрезаны костными ножницами, задняя часть ее со стороны носовой полости переломлена; таким

образом, резцовая кость стала подвижной и держалась только на покровах твердого неба; установили ее так, что резцы приняли нормальное положение, на них наложена шина. 2-ой подход: когда резцовая кость срослась с соседними частями, то после снятия шины была сделана хейлопластика из щек. Далее 3-ий подход: крыло носа восстановлено кожей из правой щеки и сделано передвижение хрящевой его части в сторону дефекта с помощью углового разреза левой щеки около носощечной борозды. Перегородка носа в виде узкого мостика сделана из края левого крыла носа.

В данном случае при помощи соответственных разрезов, в 3 сеанса средняя часть поднята, верхушка немного опущена книзу, и сделана из верхней губы передняя часть перегородки носа [13].

Дефекты частей лица после номы у двух больных. В первом случае, когда недоставало почти всей нижней губы и части кожи подбородка, операцию проводили в два этапа, используя оставшуюся часть губы и кожи частично из подчелюстной и частично с щечной областей. Во втором случае отсутствовала вся верхняя губа, правое крыло и хрящевая часть перегородки носа, была деформация альвеолярного отростка верхней челюсти, в результате чего передние резцы занимали практически горизонтальное положение. Вдобавок к этому полное раскрытие рта было ограничено плотными рубцами. Лечение этого больного заключалось в следующем: боковые соединения резцовой кости были рассечены костными ножницами, а небная часть колесовидной пилой, в результате чего она стала подвижной и была установлена таким образом, чтобы резцы заняли нормальное положение, после чего зубы были шинированы роговым каучуком. После сращения резцовой кости в новом положении была произведена хейлопластика лоскутом с левой щеки. На третьем этапе было восстановлено крыло носа, посредством кожи, взятой с правой щеки. Перегородка носа была восстановлена из края левого крыла носа [13].

Макроглоссия – у татарки 7 лет, врождённого происхождения. Верхушка языка спускалась ниже подбородка, нижние резцы наклонены вперед и были подвижны. Операция заключалась в клиновидной резекции, перевязке сосудов и

сшивании V - образной раны шелковыми нитями. Последующее лечение заключалось в тщательном туалете ротовой полости раствором борной кислоты. Результат получился хороший [13].

Если проанализировать выше описанные случаи необходимо обратить ваше внимание на патологию, с которой обращались больные к профессору Н.И. Боголюбову за помощью: злокачественные новообразования лица. Если представить себе развитие онкологической службы в Казани в 1883 г., то она просто не существовала. И больные обращались к врачам, скорее всего, уже на поздних стадиях развития злокачественных процессов. Об этом можно утверждать, исходя из того факта, что сегодня 70% больных со злокачественными процессами в челюстно-лицевой области обращаются за помощью при 3 и 4 стадиях развития заболевания. И это в XXI веке, когда существует современная, разветвлённая онкологическая служба не то что в Казани, а по всей республике Татарстан. Уровень подготовки специалистов по онкологии, оснащённость клиник оборудованием, аппаратурой и инструментарием, лекарственной поддержкой, лабораторной диагностикой в 1883 г. не может сравниться с таковыми сегодня, и, тем не менее, читая записи операций, восхищаешься работой профессора Н.И. Боголюбова, его мастерством при оперировании подобных больных.

То, что касается сифилиса и номы, руководитель настоящей работы, профессор Т.Т. Фаизов, проработав 35 лет челюстно-лицевым хирургом ни разу не встречал этих заболеваний, как говорится «в живую» и, тем более, с такими разрушительными последствиями. Но попытки профессора Н.И. Боголюбова и его коллег хирургическими методами устранить возникшие дефекты и деформации могут вызывать только восхищение. Сегодня устранить такого рода дефекты без компьютерных томограмм с 3D реконструкцией лицевого скелета, не выполнив предварительного стереолитографического моделирования имеющихся дефектов, не имея соответствующего хирургического инструментария, не владея техникой формирования полнослойных васкуляризированных лоскутов с микрососудистой хирургической техникой выполнения операций, не имея имплантатов из

современных материалов и современного анестезиологического пособия, очень трудно.

Ученые записки Императорского Казанского Университета по медицинскому факультету, «Клиника с 1 сентября 1861 года по 1 апреля 1887 года», с. 76-83, Казань, типография Университета, 1889.

Думаю, интересно будет знать, каким материалом располагала клиника за обозначенный период, и могли ли студенты запастись в ней необходимыми практическими знаниями по хирургии, что составляет главную задачу госпитальной хирургической клиники.

Операции, выполненные профессором Н.И. Студенским.

Уранопластика.

Случай у 34-летнего офицера. Дефект сифилитического происхождения на границе мягкого неба с твердым. Операция проводилась 2 раза безуспешно. У офицера дефект имел форму равнобедренного треугольника с закругленными краями; основание приходилось на мягкое небо вблизи границы с твердым и равнялось 1,5 см., а верхушка позади резцов; длина дефекта около 3 см. Дефект закрыт в 4 приема в течение 7 месяцев. Большие затруднения при операции доставила форма твердого неба в виде узкого и крутого свода. Первая операция сделана по типическому способу Langenbeck*a; сращение произошло на большем протяжении, и осталась лишь отверстие около 1 см в длину и 0,5 см в ширину на границе мягкого неба с твердым. Для закрытия этого дефекта потребовалось выкроить лоскут из небных дужек с основанием кпереди и передвинуть его кнутри. С каждым разом отверстие становилось меньше, и лишь после 4 операции дефект был уничтожен. Гнусавый и глухой до операции голос стал значительно звучнее и яснее.

Если проанализировать запись данной операции, можно свидетельствовать о квалифицированном подходе профессора Н.И. Студенского при выполнении этой операции. Сегодня закрывая подобный дефект можно было бы использовать те же методы. Но необходимо учитывать какую предоперационную подготовку проходил больной, в каких условиях выполнялась эта операция, с каким

обезболиванием, какими инструментами и оборудованием, уровень асептики и антисептики того периода и уровень постоперационного патогенетического лечения и реабилитации. И необходимо учитывать, что операционное поле расположено как в ротовой, так и носовой полостях, наиболее инфицированных местах нашего организма.

Ринопластика.

Полное восстановление носа с образованием стропил из краев *aperturae piriformis*. Нос разрушен сифилисом: полное отсутствие крыльев и спинки носа; носовые кости сохранились; перегородки нет; в верхней половине *aperturae piriformis* – поперечная рубцовая перемычка, которая делит отверстие носа на 2 части. Края *aperturae piriformis* покрыты твердой рубцовой тканью. У больного огромный дефект твердого неба, закрытый obturatorом. Операция выполнена проф. Н.И. Студенским 22 мая 1887 г. Образованы стропилки по способу Лангенбека; края *aperturae* оказались настолько толстыми, что удалось приподнять стропилки, но на недостаточную высоту. 11 июня произведена ринопластика из кожи лба. В начале форма носа была довольно удовлетворительна, но к 12 июля, когда больной выписался, последовало значительное изменение формы носа, хотя рубцовое стягивание еще не закончилось. Дальнейших сведений о больном нет. На лбу очень заметный рубец.

Анализ. Сегодня конечно ринопластику подобной методикой никто выполнять не стал бы. Использовался бы способ Ф.М. Хитрова с использованием круглого кожного лоскута по Филатову. Дефект твердого неба возможно закрыть по методу Тирша, взяв расщепленный кожный лоскут с носогубной складки и переводом его в ротовую полость с адекватным медикаментозным обеспечением процесса приживания лоскутов и реабилитации.

Полное восстановление носа с помощью золотой стропилки у 24 л. дочери священника, анемичной и истеричной особы. У больной разрушены сифилисом крылья с перегородкой носа и носовые кости; кожа отчасти осталась целой, но стянулась и прикрывала нос в форме занавески сверху вниз; ноздри сохранились, но приподняты. Правой половины верхней губы нет; на щеках рубцы, и от

сифилиса, и от прежних попыток ринопластики. Кроме того – значительный дефект твердого неба. Операция производилась проф. Н.И. Студенским 13 мая 1887 г., закрытие дефекта верхней губы закончилось неудачно. 6 июня вставлена золотая стропилка, пришитая 5 проволоками (4 из золота и 1 из платины) к краям *aperturae piriformis* (не обнаженным от глазницы), причем перепонка из кожи носа разрезана пополам сверху вниз. С левой стороны сделан поперечный разрез крыла носа на 1 см над ноздрей и образованный лоскут оттянут книзу и прикреплен к стропилке. Образовавшийся на коже носа дефект закрыт лоскутом из кожи щеки. 19 июня спинка носа с перегородкой образована из кожи лба. 1 июля лоскут прирос; рана на лбу зарубцевалась и рубец мало заметен; но 15 июля появилась рожа, которая вызвала омертвление нижнего конца лоскута на носу: нос обезобразился, и нижняя половина стропилки обнажилась. Так как ни кожа лба, ни кожа щек, покрытых рубцами, не были годны для пластики, то оставалось заимствовать лоскут из кожи плеча, для чего потребовалось 3 раза проводить операцию. 14 сентября взят лоскут из левого плеча, попросту 9 дней лоскут отрезан от почвы. Нижний край лоскута омертвел, а сохранившийся лоскут так стянулся кверху, что стропилка обнажилась. 9 января 1887 г. лоскут взят из правого плеча, при этом вообще не последовало приращения, так как больная страшно капризничала и дергала рукой. 18 марта заимствован лоскут из кожи левого предплечья. 13 апреля лоскут отрезан от почвы, прирос, но нос вышел уродливый: кожа предплечья слишком отличается по цвету от кожи носа. Лоскут сильно стянулся и принял форму призмы. Между носовым лоскутом и образованным из предплечья образовалась глубокая борозда, которую не удалось уничтожить наложением швов. От предложения еще раз попробовать пластику - больная отказалась.

Анализ лечения. Анемичность и истеричность пациентки указывает на сниженные её иммунный и психический статус, и неудачные результаты прежних операций, вместе свидетельствуют о хронизации сифилитического процесса. Естественно при таком состоянии брать на реконструктивную ринопластику категорически нельзя, что подтвердилось отрицательными результатами

последующих операций. По поводу методики восстановления опорных структур носа драгоценными металлами, время показало, что они чаще всего бывают не состоятельными. В настоящее время используются имплантаты из силикона или порекса. Но и в этом случае больной необходимо было сначала провести мероприятия по компенсации иммунного и психического статуса и только потом приниматься за ринопластику.

Полное восстановление носа с помощью золотой стропилки у 20 летнего крестьянина. Хрящевой отдел носа разрушен сифилисом, а носовые кости сохранились. Кожа кончика и спинки нижнего отдела носа находятся посередине провалившегося носа; под ней находится треугольное отверстие, ведущее в полость носа и окруженное рубцовой тканью. От этого отверстия идет книзу продольный рубец, очень плотный и притянувший угол рта к середине, так что на слизистой оболочке верхней губы образовался треугольный дефект. Операция выполнялась ординатором Плюшковым. 18 сентября 1887 г. для образования крыльев носа лоскуты взяты со щек, которые сшиты друг с другом посередине над сохранившейся кожей спинки носа. Лоскуты из щек так сократились, что нос вышел коротким и уплощенным. 27 января 1888 г. прежний нос расщеплен сверху вниз на две половины и под лоскуты введена золотая стропилка, укрепленная к краям *aperturae piriformis* 3 платиновыми проволоками (1 вверху и 2 по сторонам). Однако при расщеплении мягких тканей отверстие оказалось заросшим костью так, что пришлось пробивать кость долотом. Лоскут для носа взят из кожи лба и пришит к прежним, взятым из щеки лоскутам. Из-за того, что лоскуты, взятые со щек для образования носа, весьма толсты и портят конфигурацию носа, 24 февраля вырезана жировая прослойка из-под обоих лоскутов. Отчасти закрыт дефект верхней губы; полного избавления от уродства не произошло из-за расхождения рубцовых краев раны. 18 марта больной выписан. Нос принял постоянную форму, т.е. его кожа уже больше не стягивается; благодаря стропилке нос не оседает, но красивым его назвать нельзя. На лбу очень заметный рубец.

Анализируя этот случай, можно сказать, что операция выполнена теми методами, которые были достижением для того времени. Сегодня это тотальная

ринопластика по Ф.М. Хитрову, И.М. Утробину и реконструкция носа с применением имплантатов из силикона или порекса.

Полное восстановление носа с золотой стропилкой у 57 л. крестьянина по поводу дефекта от эпителиомы, существовавшей 12 лет и в последнее время принявшей характер канкроида. Перенос на подчелюстные железы и нижнюю челюсть. 19 апреля проф. Н.И. Студенским вырезано основание всей хрящевой части носа вместе с кожей щеки по сторонам носа. Носовые кости сохранились. 1 июня вставлена золотая стропилка, и нос образован из кожи лба. Лоскут, после отделения от почвы сразу же сократился на 0,6 см. Дефект на лбу закрыт перетягиванием кожи волосистой части головы книзу - кожа на лбу срослась, а дефект остался выше на волосистой части головы. Линия волос спустилась ниже и приняла зигзагообразную форму. В дальнейшем пришлось сделать несколько добавочных операций для удаления выступа на корне лобного лоскута. 14 августа больной выписался: из-под крыла носа видна часть стропилки. Конфигурация носа довольно удовлетворительна, хотя ему можно придать добавочными операциями лучшую форму, но больной не мог дольше оставаться в Казани.

В отношении этого случая: его можно прокомментировать, как и предыдущий.

Частичная ринопластика с костными стропилками по способу Langenbeck*а при седлообразном носе. Сифилисом разрушена спинка носа и часть перегородки; кончик носа приподнят кверху, вследствие чего края ноздрей имеют косвенное направление. Операция сделана ординатором Плюшковым 25 февраля 1888 г. На 1 см над концом носа сделаны через всю толщу носа два разреза, сходящиеся почти под прямым углом, что дало возможность оттянуть кончик носа книзу; затем с краев *aperturae* спилены пластинки для образования стропилок, сшитых посередине носа кетгутом. Дефект поверх стропилок закрыт 4-х угольными лоскутами из кожи щеки. Больной выписался 28 апреля. Несмотря на стропилки, которые хорошо приросли, форма носа, хотя и улучшилась, но вдавление посередине все-таки осталось. Этот больной снова явился к нам в клинику 9 января 1889 г., где ему добавочными операциями и был исправлен нос.

Анализ этого случая аналогичен предыдущим, с той разницей, что можно использовать собственные костные ткани для опорных структур спинки носа, чаще всего они постепенно рассасываются, и наступает рецидив. Конечно, те материалы, которые использовались в те времена для подобных операций, не годились. А стропилки, выполненные из костных краёв апертуры, не могут обеспечить полноценную поддержку для покровных тканей.

Частичное восстановление крыла носа у 42 л. крестьянина. Дефект после раны от зубов, нанесенной сыном во время ссоры. Отсутствует край левого крыла на протяжении почти 1 см. Операция сделана ординатором Плюшковым. На покрытие дефекта пошла часть крыла, опущенного разрезом книзу и сшитого с кончиком носа, а свежий дефект закрыт кожей щеки. Уродство уничтожено.

В данном случае можно было бы выполнить восстановление крыла носа по методу Н. Сулова в модификации А. Лимберга. Но тогда этого метода еще не существовало. Но если даже операция, выполненная ординатором Плюшковым, дала удовлетворительный, как для врача, так и для больной, результат, это уже неплохо.

Главный и существенный способ при ринопластике заключается в образовании опоры. Стропилки делали из пластинок шириной 2-3 мм. Основание стропилки из проволоки обнимает край *aperturae*, заходя на него на 0,5 см. К этому основанию припаиваются 2-3 поперечные дуги (теперь из пластинок) от корня к кончику носа, постепенно увеличивающиеся в размере; дуги соединены на спинке носа продольной полосой. Стропилка крепится 3-мя платиновыми швами: один на носовых костях, а 2 в нижних боковых отделах *aperturae*.

Важное значение имеет качество кожи. Из кожи с рубцами невозможно получить красивый нос, имеет также значение толщина кожи и подкожной клетчатки, из толстой кожи выходят носы лучше. Сократимость кожи весьма различна: лоскуты щеки подвергаются гораздо большему стягиванию, чем лобные лоскуты; это объясняется тем, что в состав щечного лоскута входит больше мышц, волокна которых расположены в разных направлениях, они активно стягивают лоскут, чем это имеет место при более простых условиях лобного

лоскута. Сморщивание лоскута требует почти постоянно добавочных операций для удаления различных выступов и углублений. Для полной ринопластики 1 год времени - это наикратчайший срок для получения более или менее красивого носа. К сожалению, наши больные люди без исключения бедные, не способные платить за лечение, а клиника не имеет средств для бесплатного приема больных.

Пластика при сращении ноздрей во время оспы у 1,5 годовалой девочки. Вырезаны ордин. Плюшковым перепонки толщиной 1,5 см и ноздри стали проходимыми для воздуха.

Пластика при дефектах губы 3; из них 1 верхней губы и 2 – угла рта, у 2-х крестьян и 1 дочери чиновника. Причины: нома и сибирская язва; у 1-го немного больного причина разрушения не выяснена. Операции производились профессором Н.И. Студенским, ординаторами Плюшковым и Голубевым. Дефекты закрыты.

Анализ обоих случаев показывает, что хирурги действовали ситуационно и операции давали положительный результат. В современных условиях, как правило, применяется пластика местными тканями, что по-своему даёт положительный результат.

Приложение 1.3. Фрагменты статей доцента И.М. Утробина с наиболее ценным опытом, которые он опубликовал в довоенный, военный и послевоенный периоды

В Казанском медицинском журнале в статье «Лечение огнестрельных повреждений лица и челюстей» (1940) он цитирует Д.А. Энтина: «Всякий врач в любой момент должен быть готовым работать на передовых позициях хирургом и хирург не может называться хирургом, если он не знает травматологии, знание основ лечения травматических и огнестрельных повреждений лица и челюсти приобретает особо серьезное значение» [128]. Первая помощь раненым должна быть скорой, полноценной и вместе с тем бережной и предусмотрительно учитывающей условия, вытекающие из анатомических и функциональных особенностей пораженного органа. Прежде всего, необходимо учесть характер огнестрельных ранений челюстно-лицевой области. Он определяется видом травмирующего объекта, величиной поражающей силы, сопротивлением тканей в месте травмы и их функциональном значении для организма. Если принять во внимание топографическое взаимоотношение мягких тканей и органов с лицевым скелетом, а также значительную поражающую силу пуль и снарядов современного огнестрельного оружия, и, наконец, значение действия вторичных снарядов (с силой разлетающихся осколков раздробленных челюстей, зубов, пломб и протезов), то станет понятным, что огнестрельные ранения челюстно-лицевой области представляются большей частью тяжелыми и обширными. Обычно одновременно поражаются мягкие и костные ткани, органы полости рта, лица, шеи.

Отсюда следует, что терапия должна быть комбинированной. Она должна быть направлена, в первую очередь, к поддержанию жизни раненого, к устранению явлений и моментов, непосредственно ей угрожающих. Во вторую – к туалету и лечению ран мягких тканей лица и полости рта. В третью очередь – к устранению вызванных ранением анатомических и функциональных нарушений в челюстно-лицевых костях. И, наконец, в порядке долечивания, применяется

восстановительная хирургия и сложное протезирование для устранения деформаций и дефектов мягких и костных тканей челюстно-лицевой области» [120].

В статье «Об организации лечебной помощи демобилизованным инвалидам войны с последствиями ранений челюстно-лицевой области» (1945), опубликованной в журнале «Стоматология», он пишет: «Большинство инвалидов войны по поводу ранений в челюстно-лицевую область нуждаются в пластических реконструктивных операциях с целью восстановления не только нормальной внешности, что немало беспокоит их, но что важнее с нашей точки зрения – функций: жевания, речи, дыхания. А это часто требует многоэтапных и сложных операций, которые можно проводить только в специализированных лечебных учреждениях, где будет возможным оказать также комплексное лечение с участием ортопедов-стоматологов и других специалистов, включая психологов» [121].

В работе «Комбинированные дефекты среднего отдела лица и оперативное их устранение» он сообщает: «При лечении огнестрельных повреждений среднего отдела челюстно-лицевой области необходимо руководствоваться основным требованием, единодушно предъявляемым всеми челюстно-лицевыми хирургами: максимально щадить мягкие и костные ткани, ограничиваясь удалением только заведомо нежизнеспособных и отторгнутых участков. Бережливое отношение к тканям здесь особенно важно, так как каждый сантиметр ткани может сыграть большую роль в восстановлении функции и анатомии органа. Раны лица, полости рта, челюстей, несмотря на все меры предосторожности и лечения, всегда бывают инфицированы» [122].

В работе: «Обширные ранения подбородочного отдела лица и нижней губы и лечение их» (1949) он пишет: «При обработке свежих ран, если края сближаются без напряжения, то нужно наложить волосяные швы, не прибегая к иссечению краев и дна. Если же рана по характеру контуженная – с размозженными краями, то ее нужно дезинфицировать, подвергнуть экономному иссечению и наложить на нее несколько ситуационных швов. Ахутин, на

основании своих наблюдений по хирургическому лечению раненых так характеризует результат подобного способа обработки ран лица: «Глухие швы, после экономного иссечения разможжённых покровов, дали заживление первичным натяжением с прекрасным косметическим результатом». Целесообразно в качестве ситуационного шва применять пластинчатый проволочный шов. Во избежание последующих ограничений в раскрытии рта, обширные раны приротовой области сшиваются при открытом рте; края же больших раневых дефектов не стягиваются швами друг с другом, а тонко иссекаются, и кожа по краю дефекта сшивается со слизистой пластическими швами, которые обеспечивают наиболее благоприятные возможности для пластического восстановления в будущем.

Непосредственно вслед за ранением первичная пластическая хирургическая операция, направленная к устранению обширных дефектов лица, противопоказана. Также противопоказаны глухие швы без достаточного дренирования в подчелюстной области и позади челюсти. Таковы принципы и существенные моменты специфической терапии огнестрельных повреждений лица и челюстей. Они должны быть усвоены каждым врачом, работающим в условиях военной и ургентной хирургии, как моменты, ведущие к более целесообразному и быстрому устранению нарушений в тканях, органах и функциях их и исключаящие ошибки, трудно исправимые впоследствии [123].

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

1. Рисунок 1 – Иван Федорович Буш с. 12
2. Рисунок 2 – Николай Иванович Пирогов с. 13
3. Рисунок 3 - Хирургический набор Н.И. Пирогова, включающий инструменты для операций в челюстно-лицевой области с. 15
4. Рисунок 4 – Юлий Карлович Шимановский с. 15
5. Рисунок 5 – Ю.К. Шимановский. Руководство по оперативной хирургии. Немецкое издание с. 16
6. Рисунок 6 – Резекционная пила Ю.К. Шимановского с. 16
7. Рисунок 7 – Николай Васильевич Склифосовский с. 18
8. Рисунок 8 – Таблица из труда Ю.К. Шимановского, посвящённого ринопластике с. 19
9. Рисунок 9 – Александр Александрович Лимберг с. 25
10. Рисунок 10 – Александр Эдуардович Рауэр с. 28
11. Рисунок 11 – Николай Михайлович Михельсон с. 31
12. Рисунок 12 – Федор Михайлович Хитров с. 34
13. Рисунок 13 – Владимир Максимович Безруков с. 38
14. Рисунок 14 – Владимир Петрович Ипполитов с. 38
15. Рисунок 15 – Виталий Владиславович Рогинский с. 39
16. Рисунок 16 – Титульный лист речи В.Л. Боголюбова «О современных успехах пластической хирургии» 1910 г.с. 55
17. Рисунок 17 – Петр Аркадьевич Дубовицкий с. 56
18. Рисунок 18 – Николай Иванович Студенский с. 61
19. Рисунок 19 – Титульный лист отчета Н.И.Студенского из Александровской больницы, 1883 г.с.65
20. Рисунок 20 – Василий Иванович Разумовский с. 67
21. Рисунок 21 – Осип Александрович Рустицкий с. 69
22. Рисунок 22 – Михаил Михайлович Красин с. 70

23. Рисунок 23 – Первый выпуск врачей – стоматологов Казанского ГИДУВа, 1940 г.с. 76
24. Рисунок 24 – Петр Аркадьевич Глушков с. 85
25. Рисунок 25 – Василий Афанасьевич Гусынин с. 87
26. Рисунок 26 – Кафедра хирургической стоматологии КГСИ с. 89
27. Рисунок 27 – Иван Михайлович Утробин с. 89
28. Рисунок 28 – Георгий Фёдорович Тихонов с. 93
29. Рисунок 29 – Евгения Алексеевна Домрачева с. 94
30. Рисунок 30 – Казанская городская больница №3 - военный госпиталь, в котором служила Е.А.Домрачева с. 95
31. Рисунок 31 – Сотрудники кафедры хирургической стоматологии КГМИ в 1961 году с. 100
32. Рисунок 32 – Надежда Фоминична Скоркина с. 102
33. Рисунок 33 – Григорий Иосифович Лившиц с. 103
34. Рисунок 34 – Вилута Исхаковна Еникеева с. 103
35. Рисунок 35 – Сайфуллин Фуат Габбасович с. 104
36. Рисунок 36 – Роза Хафизовна Максудова с.106
37. Рисунок 37 – Кира Евгеньевна Шерпутовская с. 107
38. Рисунок 38 – Евгений Фёдорович Николаев с. 108
39. Рисунок 39 – Казанская городская больница №15, клиническая база кафедры челюстно-лицевой хирургии с. 110
40. Рисунок 40 – Ко времени открытия новой клинической базы коллектив кафедры увеличился более чем в два раза с. 111
- 41, 42. Рисунок 41, 42 – Тяжелейшая и очень редкая форма врожденной аномалии в челюстно-лицевой области - косая расщелина лица с.112
43. Рисунок 43 – Любовь Александровна Кольцова с. 114
- 44, 45. Рисунок 44, 45 – Тяжелый случай врожденной патологии - тератома головы. До и после удаления образования с. 115
46. Рисунок 46 – Коллектив кафедры хирургической стоматологии КГМИ с. 116
47. Рисунок 47 – Евгений Васильевич Крешетов с. 118

48. Рисунок 48 – Анна Филлиповна Медведева с. 121
49. Рисунок 49 – Луиза Султановна Абдрашитова с. 125
50. Рисунок 50 – Рашид Лутфиевич Валеев с. 126
51. Рисунок 51 - Виктор Нестерович Широков с. 127
52. Рисунок 52 - Наиль Абдулхаевич Халиков с. 128
53. Рисунок 53 - Сергей Александрович Обыдённов с. 129
54. Рисунок 54 - Андрей Алексеевич Богов с. 130
55. Рисунок 55 - Коллектив кафедры хирургической стоматологии КСИ перед иммобилизацией на фронт, 24 июня 1941 года с. 141
56. Рисунок 56 - Лекции Евгении Алексеевны были удивительными, обладая художественными способностями, она замечательно рисовала на доске с. 142
57. Рисунок 57 - Ф.Г.Сайфуллин на клиническом обходе с членами студенческого научного кружка при кафедре с. 143
- Таблица 1. Почасовое распределение занятий на курсах по хирургической косметологии с.145