

УДК 617.5-089.844

## 110-річчя Філатовського круглого крокуючого стебла в хірургії

Малецький А. П., д-р мед. наук, професор

ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» Одеса (Україна)

Відновлення анатомічних структур обличчя при з вроджених та набутих дефектах не завжди можливе шляхом переміщення місцевих м'яких тканин або аутотрансплантатів на судинній ніжці, що може бути обмежене недостатньою трофікою чи іншими недоліками. Одним із наукових напрямів В. П. Філатова було запропоноване ним у 1916–1917 роках кругле крокуюче стебло [1–3] для проведення реконструктивних операцій не тільки в офтальмології, а й в інших галузях хірургії. Нині стеблистий клапоть по праву отримав назву Філатовського стебла. Суть методу полягає у формуванні шкірно-жирового стебла на передній черевній стінці або в ділянці шиї та підщелепній зоні у вигляді валізної ручки (рис. 1).



Рис. 1. Кругле крокуюче стебло, яке сформоване в різних ділянках шиї.

Через три тижні виконується перший «крок» стебла шляхом відсікання дистального кінця, його розвороту у бік дефекту та фіксації до м'яких тканин. Наступні «кроки» стебла можна здійснювати через 14–16 днів. Кількість «кроків» залежить від довжини стебла та відстані від місця формування стебла до зони дефекту. Гарне кровопостачання стебла дозволяє забезпечити приживлення тканин у ділянках з недостатнім кровопостачанням м'яких тканин, формувати анатомічні структури (повіки, ніс), а також закривати інші ранові поверхні обличчя й тіла.

Слід зазначити, що у 2014 році Американське товариство катарактальної та рефракційної хірургії, визнавши заслуги академіка В.П. Філатова у світовій офтальмології, обрали його до Зали слави світової офтальмології (рис. 2 і 3).

Представляємо три клінічні випадки використання школою академіка Філатова круглого крокуючого Філатовського стебла для закриття дефектів шкіри та м'яких тканин повік, орбіти й окулоорбітальної ділянки.

### Клінічний випадок 1

Пацієнт Ж, 64 роки, звернувся до Інституту після лікування за місцем проживання у загального онколога з діагнозом: базальноклітинний рак повік, орбіти, лобової, тім'яної та скроневої ділянок зліва. У зв'язку з поширенням пухлинного процесу на тканині орбіти пацієнту було проведено субперіостальну



Рис. 2. Лікар-офтальмолог, поет-академік В.П.Філатов



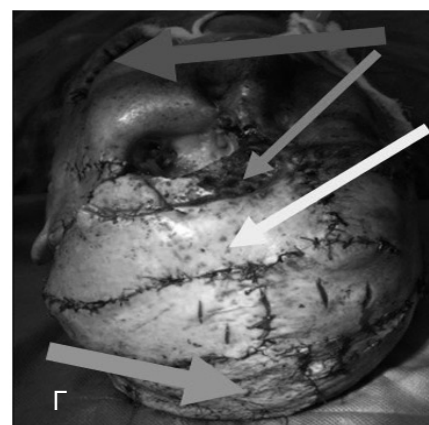
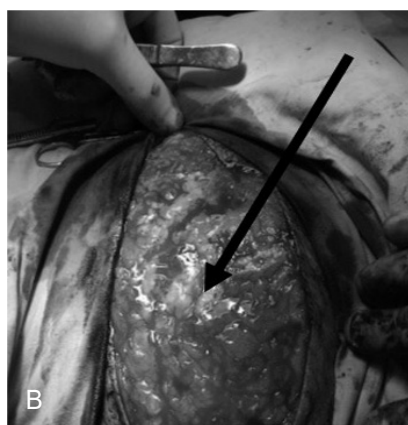
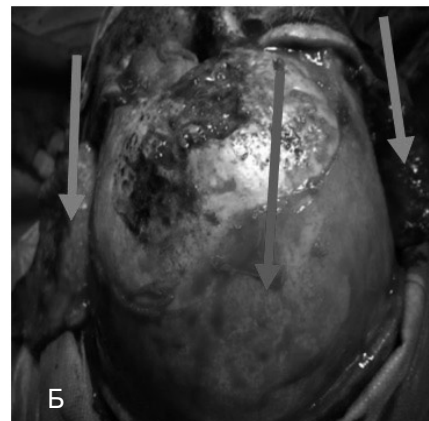
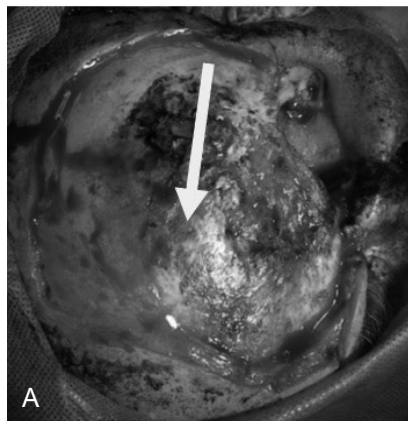
**Рис. 3.** Нагорода Американського товариства катарактальної та рефракційної хірургії Володимиру П. Філатову, доктору медицини.

ексцентрацію орбіти та два курси променевої терапії (сумарна доза – 110 Гр). Через шість місяців після операції у пацієнта було зафіксовано подальше зростання пухлини лоба (рис. 4).

Обширні дефекти шкіри та м'яких тканин краю орбіти й лобової ділянки, що утворилися через подальший ріст пухлини, планували закрити місцевими тканинами, однак повністю закрити дефект не вдалося. Було прийнято рішення використовувати вільний шкірний клапоть, взятий зі шкіри передньої черевної стінки та сформувати кругле крокуюче стебло (Філатовське стебло) (рис. 5). Для закриття залишкового дефекту м'яких тканин у лобовій та надбрівній ділянках на шиї та підщелепній області зліва було сформоване стебло з максимальною довжиною 12 см і товщиною 1,5 см (рис. 5).

У зв'язку зі збільшенням дефекту в надбрівній ділянці та некрозом м'яких тканин у лобовій ділянці сформовано додаткове кругле стебло в правій підщелепній ділянці (рис. 6) та виконано перший «крок» стебла з лівої підщелепної ділянки у передвушну ділянку (рис. 7). Через кожні два тижні були виконані наступні «кроки» стебла – справа та зліва (рис. 8 а, б).

Через подальший ріст пухлини з ураженням правої орбіти, кореня та ската носа, було виконано часткову ексцентрацію орбіти праворуч, резекцію кореня носа та висічення пухлини ската носа зі збереженням ока. Дефекти правої орбіти та кореня носа було закрито за допомогою Філатовського стебла (рис. 9).



**Рис. 4.** Хворий Ж. з рецидивом базальноклітинного канцера повік, орбіти, лобової, тім'яної та скроневої областей зліва (сіра стрілка).

**Рис. 5.** Етапи хірургічного втручання з приводу продовженого росту канцера шкіри і м'яких тканин лобової, тім'яної областей: А – резекція пухлини лобової області з окістям (біла стрілка); Б – мобілізація шкірних клаптів з тім'яної області (сірі стрілки); В – шкірний дефект передньої черевної стінки після взяття шкірного клаптя (чорна стрілка); Г – закриття дефектів за допомогою вільного шкірного клаптя (нижня сіра стрілка) та місцевими тканинами з тім'яної області (біла стрілка). Дефект тканин у лобовій та надбрівній області (синя стрілка). Формування на шиї та підщелепній області ліворуч круглого Філатовського стебла (верхня сіра стрілка).

Через 16 днів після останньої операції пацієнтові Філатовськими стеблами було закрито кісткові дефекти надбрівної та лобової ділянок, ската й кореня носа (рис. 10).

### Клінічний випадок 2

Пацієнт Г., 66 років, звернувся до Інституту після лікування за місцем проживання у загального онколога з діагнозом: базальноклітинний рак повік, орбіти, лобової, тім'яної та скроневої ділянок зліва (рис. 11 а). Хворому була проведена резекція пухлини з закриттям дефекту м'яких тканин вільним лоскотом шкіри. У хворого через вісім місяців після операції був відмічений рецидив пухлини в зв'язку з чим пацієнтові в області шиї було сформоване крокуюче Філатовське стебло. Через шість тижнів після переміщення стебла було виконано радикальну резекцію рецидиву пухлини з закриттям дефекта м'яких тканин крокуючим стеблом (рис. 12 а, б).

### Клінічний випадок 3

Жінка 23 роки. У віці 1,5 роки їй було виконано екзентрацію орбіти та глибоку рентгенотерапію з приводу ретинобластоми. Для формування повік та кон'юнктивальної порожнини було сформоване крокуюче Філатовське стебло на передній черевній стінці. Через 2 тижні зроблений «крок» на кисть лівої руки, ще через 2 тижні – «крок» в ліву скроневу ділянку. Через 4 тижні дистальний кінець стебла був відтягнений та фіксований до м'яких тканин ската носа та внутрішнього кута повік (рис. 13, 14).

Таким чином, застосування круглого крокуючого Філатовського стебла може бути методом вибору для закриття великих дефектів тканин із порушеною трофікою. Запропонований В. П. Філатовим 110 років тому оригінальний метод пластики дефектів тканин, не втратив своєї актуальності й нині.

### Література

1. Філатов В.П. [Мої шляхи в науці]. Одеське обласне видавництво, 1955. 162 с.
2. Акад. В. П. Філатов. [Кругле стебло в офтальмології. Відновлювальна хірургія]. Випуск 2. 1943. С. 7.
3. Філатов В.П. Професор Одеського (Новоросійського) університету. Біографічний словник. Том 4. Одеса. Астропринт. 2005.

Надійшла 11.04.2025



Рис. 6. Сформоване кругле Філатовське стебло в правій підщелепній ділянці (біла стрілка).



Рис. 7. Перший крок круглого Філатовського стебла з лівої підщелепної ділянки у передвушну ділянку (сіра стрілка).



А



Б

Рис. 8. Кроки круглого Філатовського стебла справа (А) та зліва (Б) – білі стрілки.



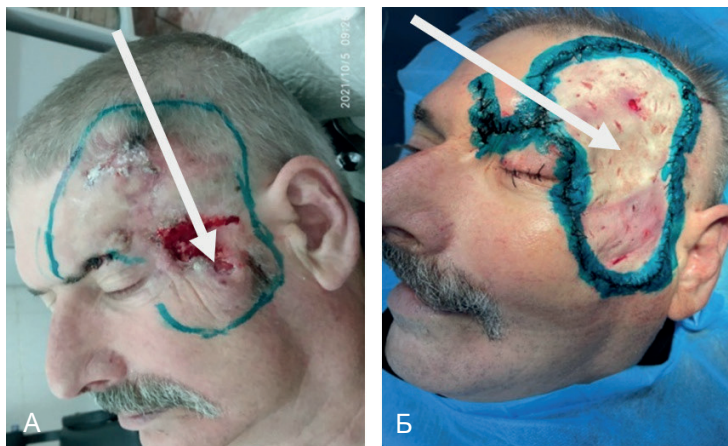
9



10

Рис. 9. Часткова екзентрація орбіти праворуч, резекція кореня носа та висічення пухлини ската носа зі збереженням ока з закриттям дефекту м'яких тканин за допомогою круглого Філатовського стебла (сіра стрілка).

Рис. 10. Фінальний стан після закриття кісткових дефектів у внутрішньому куті повік (чорна стрілка), в надбрівній та лобовій областях (верхня сіра стрілка), скаті та корені носа нижня сіра стрілка за допомогою крокуючого круглого Філатовського стебла.



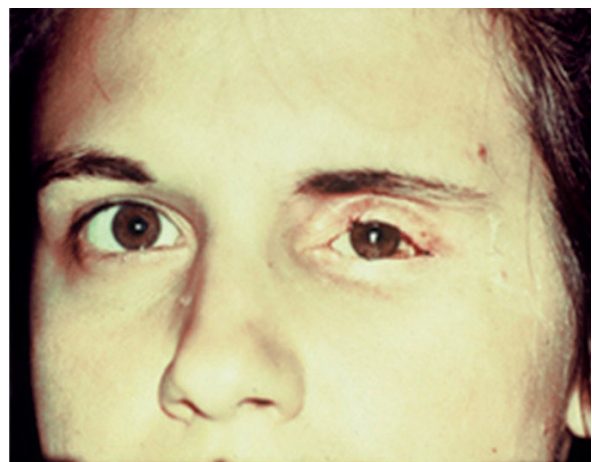
**Рис. 11.** Стан пацієнта Г. А – з базальноклітинним раком повік, орбіти, лобової, тім'яної та скроневої ділянок зліва до операції (біла стрілка); Б – зроблена резекція пухлини із закриттям дефекту вільним шкірним клаптем.



**Рис. 12.** А – рецидив пухлини повік, лобової, тім'яної та скроневої ділянок зліва через 8 місяців після хірургічного втручання (синя стрілка). Б – крокуюче Філатовське стебло, яке було сформоване в підщелепній ділянці зліва і проведені три кроки його у бік скроні (синя стрілка). В – стан після резекції пухлини та закриття дефекта за допомогою крокуючого Філатовського стебла (біла стрілка).



**Рис. 13.** Стан тканин лівої орбіти після проведеної у віці 1,5 років екзентерації орбіти та глибокої рентгенотерапії з приводу ретинобластоми ока.



**Рис. 14.** Стан після пластики кон'юнктивальної порожнини та формування повік за допомогою крокуючого Філатовського стебла з наступним протезуванням порожнини.