

# ПЛАСТИКА СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

УДК 616.716—089.844+616—006

Поступила 26.10.2010 г.



**Е.А. Дурново**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;  
**Н.В. Мишина**, к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;  
**Н.Е. Хомутичкина**, к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;  
**Ю.В. Высельцева**, к.м.н., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;  
**Ю.В. Оленева**, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

Разработан и предложен способ одномоментной пластики сквозных дефектов лица у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области, занимающих несколько анатомических областей и имеющих сообщение с полостью рта, полостью носа и верхнечелюстным синусом (патент на изобретение). Способ основан на использовании ротационных скользящих кожно-жировых либо кожно-мышечно-надкостничных лоскутов из прилежащих к дефекту областей и свободных кожных трансплантатов для восстановления целостности слизистых оболочек полости рта, полости носа и верхнечелюстного синуса. Его применение позволяет в максимально возможные короткие сроки восстановить целостность анатомических тканей, симметричность челюстно-лицевой области и герметизм внутренних полостей.

**Ключевые слова:** дефекты челюстно-лицевой области, одномоментная пластика сквозных дефектов лица.

## English

## Plasty of the maxillofacial area perforating defects in oncologic patients

**E.A. Durnovo**, M.D., professor, head of the surgical stomatology and maxillofacial surgery chair;  
**N.V. Mishina**, c.m.s., assistant professor of the surgical stomatology and maxillofacial surgery chair;  
**N.E. Khomutinnikova**, c.m.s., assistant professor of the surgical stomatology and maxillofacial surgery chair;  
**Yu.V. Vyseltseva**, c.m.s., assistant of the surgical stomatology and maxillofacial surgery chair;  
**Yu.V. Oleneva**, assistant of the surgical stomatology and maxillofacial surgery chair

Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod

A method of the face perforating defect abrupt plasty in patients with the maxillofacial area malignant malformations, occupying several anatomical areas and communicating with a mouth cavity, nose cavity and maxillary sinus, is proposed (a patent for invention). A method is based on a use of rotational, accordion cellulocutaneous either musculocutaneous periosteal flaps of the free skin transplants adjoining the area defect for reduction of the mouth cavity, nose cavity and maxillary sinus mucous membrane integrity. Its use permits to reduce integrity of anatomical tissues, the maxillofacial area symmetry and the visceral cavity hermeticity in maximally short dates.

**Key words:** defects of a maxillofacial area, abrupt plasty of the face perforating defects.

В системе комплексного лечения онкологических больных все большее значение приобретает использование современных технологий пластической хирургии. Связано это с тем, что радикальная операция часто сопряжена с удалением большого массива тканей.

Пластика послеоперационных сквозных дефектов челюстно-лицевой области является одной из самых тяжелых реконструктивных операций на лице. Обычно такие дефекты возникают после удаления злокачественных опухолей кожи, слизистой оболочки полости

Для контактов: Дурново Евгения Александровна, тел. раб. 8(831)419-83-62,

e-mail: star@gma.nnov.ru.

рта, губ. Сложность восполнения утраченных тканей заключается в том, что удалению подлежат не только опухоли, но и прилежащие ткани: кожа, подкожная жировая клетчатка, участки костной ткани, мимические мышцы и слизистая оболочка полости рта, а иногда и верхнечелюстной пазухи. Таким образом, радикальное иссечение тканей одним блоком приводит к обширному удалению одного или нескольких анатомических образований и появлению сквозного дефекта, не только обезображивающего лицо, но и приводящего к нарушению основных человеческих функций: речи, жевания, глотания. Нарушение герметизма полости рта приводит к постоянному слюнотечению, неприятному запаху изо рта, что в итоге усугубляет физические и психические страдания человека, вызванные основным заболеванием, приводит к его полной социальной дезадаптации. С другой стороны, каждый врач, сталкивающийся с онкологическими больными, понимает, что, несмотря на огромные успехи современной онкологии, прогнозировать срок жизни больных с распространенными злокачественными опухолями не представляется возможным и что нужно как можно быстрее решить задачу скорейшего восстановления утраченной формы или функции, с тем, чтобы человек полноценно прожил оставшееся для него время (Chambers R., 1981). Все сказанное обуславливает необходимость совершенствования методов пластической хирургии в лечении онкологических больных.

В настоящее время в онкологической практике широко используются различные виды пластики для закрытия дефектов в области головы и шеи. Особые требования возникают при необходимости закрытия сквозных дефектов: oro-, фаринго-, экзостом. Мацерация кожи, окружающей дефект, за счет постоянного подтекания слюны, инфицирование раны, атрофия прилежащей кожи из-за предшествующей лучевой терапии создают неблагоприятный фон для проводимой пластики.

Особенностью устранения сквозных дефектов независимо от их локализации является необходимость создания внутренней выстилки, в связи с чем удваивается потребность в пластическом материале. Пластическая хирургия располагает большим количеством методов устранения дефектов: от использования местных тканей до свободного их переноса из отдаленных областей с последующей реваскуляризацией. Ведущими факторами при выборе метода операции являются клиническая характеристика дефекта, правильная оценка состояния пациента. Нередко именно общеклиническое состояние пациента (возрастные изменения, наличие обширных сопутствующих заболеваний) является ограничением в проведении операций с использованием микрососудистой техники.

**Цель исследования** — создание метода пластики сквозных дефектов челюстно-лицевой области, который позволяет одновременно восстановить анатомическую и функциональную целостность резецированных тканей, симметричность и герметизм органов челюстно-лицевой области и тем самым обеспечивает

сокращение сроков реабилитации больных со злокачественными новообразованиями в этой области.

**Материалы и методы.** В основу исследования, проведенного сотрудниками кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Нижегородской государственной медицинской академии на базе отделения челюстно-лицевой хирургии НОКБ им. Н.А. Семашко, положены результаты лечения 67 больных — 42 мужчин в возрасте от 45 до 70 лет и 25 женщин в возрасте от 48 до 72 лет.

В данной группе отмечалось следующее распределение сквозных дефектов: нижней губы — у 8 больных (рис. 1, а); нижней губы, угла рта и щеки — у 27 (рис. 2); верхней и нижней губ, угла рта и щечной области — у 16 (рис. 3, а); крыла и полости носа — у 14 (рис. 4, а); верхнечелюстной пазухи — у 2 (рис. 5).

Оперативное вмешательство включает выполнение нескольких этапов одновременно. Первым этапом иссекают опухоль в соответствии со стандартами проведения вмешательства в онкологии. Вторым этапом в области, прилежащей к послеоперационному дефекту, выкраивают ротационный скользящий кожно-жировой лоскут либо кожно-мышечно-надкостничный лоскут. Размеры выкраиваемого лоскута с учетом возможности его деформации должны несколько превышать размеры дефекта. Затем для формирования внутренней эпителиальной выстилки производят забор полнослойного кожного аутоотрансплантата с внутренней поверхности ушной раковины или внутренней поверхности плеча. Размеры трансплантата должны быть больше дефекта с учетом 30—50% сокращения и соответствовать раневой поверхности лоскута, который будет закрывать внутренний дефект губы, щеки, угла рта, носовой полости крыла носа, наружную стенку верхнечелюстной пазухи.

Кожный аутоотрансплантат совершенно свободно фиксируют на жировую ткань или надкостницу, а также четко к краям послеоперационного дефекта слизистой оболочки. Сверху трансплантат прижимают марлевыми турундами с йодоформом с целью придавливания и предотвращения гематомы и преждевременной гибели аутоотрансплантата. Через 10—12 дней швы снимают, турунды с йодоформом удаляют. В послеоперационном периоде всем больным назначают антибактериальную терапию, препараты, улучшающие микроциркуляцию крови.

**Результаты и обсуждение.** Нами разработан способ одномоментной пластики сквозных дефектов приротовой области, носа, щечной области и верхнечелюстной пазухи с использованием местных тканей с целью восстановления наружных контуров и свободных кожных аутоотрансплантатов для создания внутренней выстилки полости рта, полости носа и верхнечелюстного синуса с целью устранения дефектов, полученных в результате удаления распространенных злокачественных опухолей челюстно-лицевой области (решение о выдаче патента на изобретение по заявке 3 2009125888/14 (036057) от 06.07.2009 г.).

Основным отличием от используемых ранее методик пластики с помощью дублированного кожного



**Рис. 1.** Сквозной дефект нижней губы: а — общий вид; б — фиксация свободного кожного трансплантата; в — через 1 год после операции



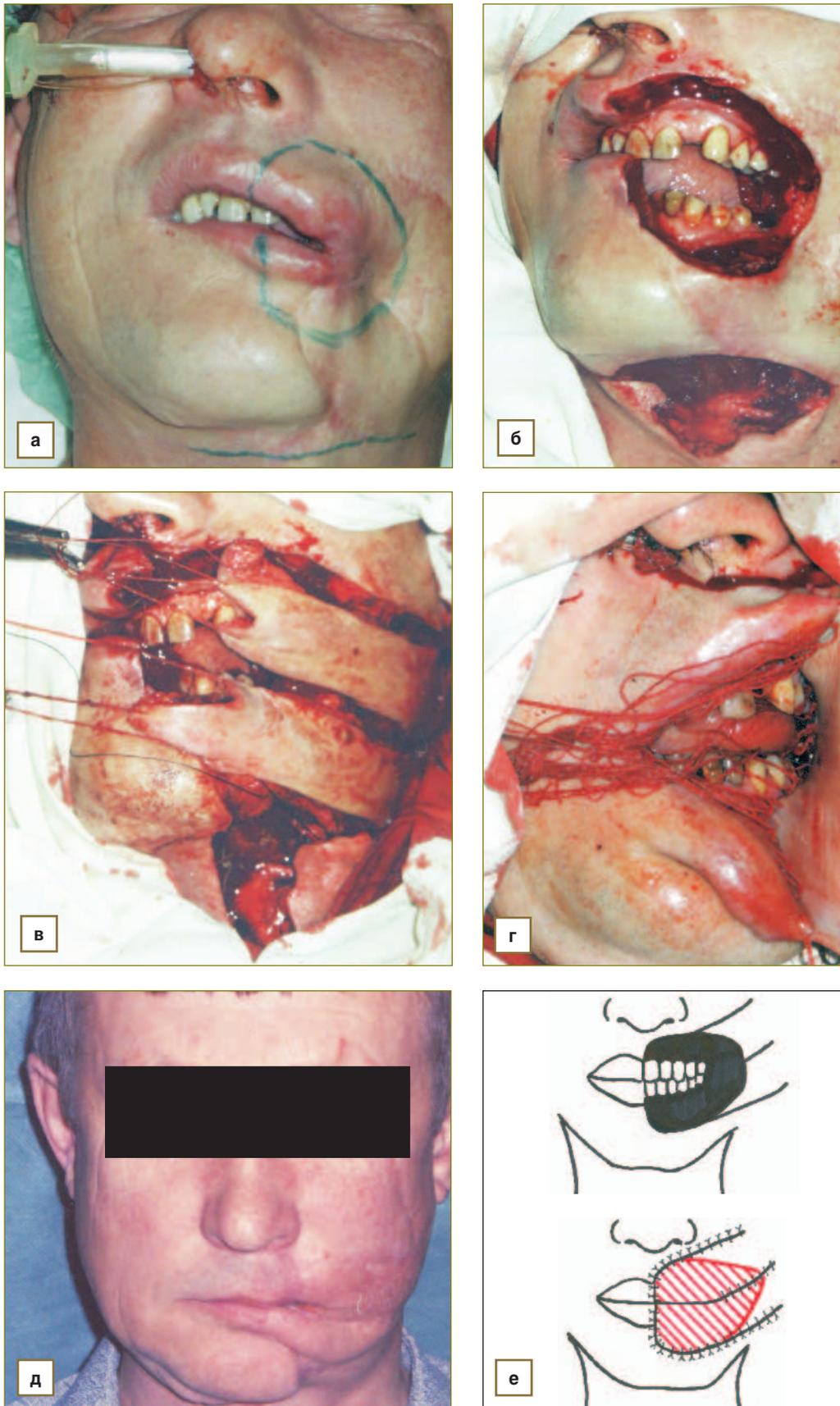
**Рис. 2.** Сквозной дефект угла рта, нижней губы, щеки

лоскута [1—13] является одноэтапность проведения хирургического вмешательства, которое включает в

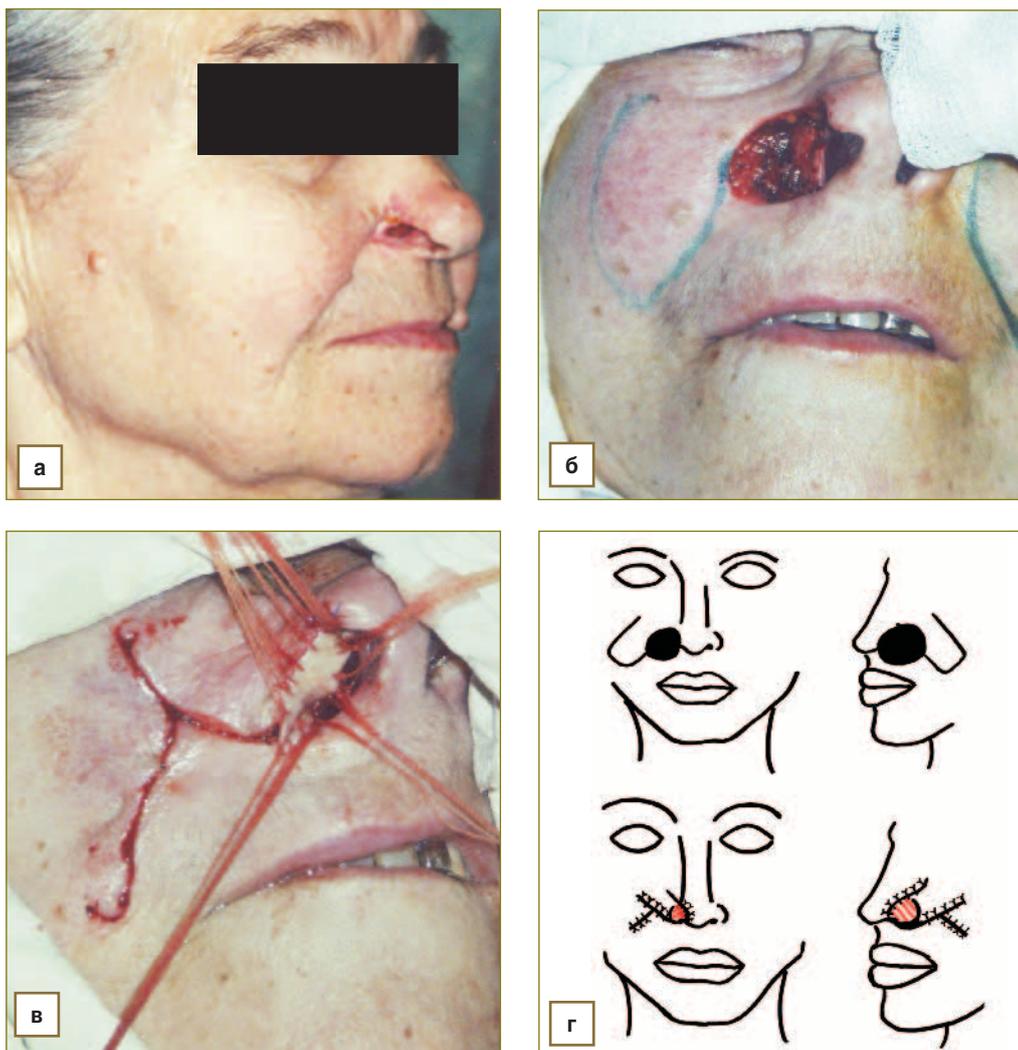
себя тотальное удаление опухоли, располагающейся в нескольких анатомических областях, с получением сквозного дефекта в полость рта, полость носа или верхнечелюстной синус и восстановление утраченных органов.

Разработанный метод пластики (рис. 1—5) позволил получить первичное заживление раны у 58 больных. У 9 пациентов отмечалось вторичное заживление за счет краевого некроза кожного аутоотрансплантата. В результате проведенного местного лечения после операции — раны заживали. Выполнения дополнительных операций не потребовалось. Предложенная методика имеет ряд преимуществ.

1. Основным преимуществом является доступность для хирурга необходимого большого объема пластического материала (с учетом его дальнейшей деформации), мобильность лоскутов, свободное соединение краев дефекта и трансплантата и хорошие эстетические качества.



**Рис. 3.** Сквозной дефект верхней и нижней губ, угла рта: *а* — рецидив аденокарциномы; *б* — сквозной дефект после удаления опухоли; *в* — ротация лоскутов; *г* — фиксация свободного кожного трансплантата; *д* — через 1 год после операции; *е* — этапы лечения



**Рис. 4.** Сквозной дефект носа: а — плоскоклеточный рак крыла носа; б — сквозной дефект после удаления опухоли; в — ротация лоскутов; г — этапы лечения



**Рис. 5.** Сквозной дефект верхнечелюстной пазухи

2. Методика позволяет одномоментно воссоздать не только наружную, но и внутреннюю эпителиальные выстилки отсутствующего органа или его части.

3. Обеспечивается возможность создания эпителизированных лоскутов. Тканевая структура их и возмещаемого органа близка к однотипной.

4. Формирование лоскутов вблизи дефекта позволяет обеспечить их достаточную мобильность и удовлетворительное кровоснабжение.

5. Пластическое возмещение сквозных дефектов области рта осуществляется за счет тканей лица и смежных с ним областей, кожа которых идентична по своей структуре и цвету.

6. Формирование кожно-жирового лоскута технически просто и непродолжительно.

7. Свободные кожные аутотрансплантаты образуют надежную эпителиальную выстилку, которая не подвержена деформации и обладает устойчивостью к механическим нагрузкам.

8. Сокращается продолжительность пластики, тре-

буется меньшая коррекция в процессе исправления дефекта.

9. Не требуется использование дерматома.

**Заключение.** Предложенная методика пластики позволяет одновременно возмещать обширные послеоперационные сквозные дефекты челюстно-лицевой области у онкологических больных с восстановлением наружных и внутренних эпителиальных покровов, при этом значительно расширяются возможности для пластики лоскутом на питающей ножке и сокращаются сроки лечения. Это позволяет расширить показания для одномоментного восстановления целостности тканей челюстно-лицевой области у онкологических больных, что, несомненно, помогает решить наиболее важную медико-социальную задачу: улучшение качества жизни больных с злокачественными новообразованиями.

### Литература

1. Актуальные проблемы стоматологии. Сборник научных работ, посвященный 40-летию института. Под ред. Н.И. Иващенко, А.В. Алимского, В.П. Ипполитова. Москва; 2002.
2. *Бернадский Ю.И.* Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. М: Медицинская литература; 2006.
3. *Бондарь В.С.* Кожная пластика плоскими стеблями. Алма-Ата: Наука; 1982.
4. *Михельсон Н.М.* Восстановительные операции челюстно-лицевой области. М: Гос. издательство мед. литературы; 1962.
5. *Васильев С.А.* Пластическая хирургия в онкологии. Челябинск: Издательство Челябинской гос. мед. академии; 2002.
6. *Вихреев Б.С., Белоногов Л.И.* Пластика кожно-мышечными лоскутами раневых дефектов. Вестн хир 1984; 2: 44—49.
7. Вопросы стоматологии. Под общей ред. В.А. Коробкина. Курск; 1999.
8. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. Руководство для врачей. Под ред. А.И. Неробеева и Н.А. Плотникова. М: Медицина; 1997.
9. *Неробеев А.И.* Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализированными лоскутами. М: Медицина; 1988.
10. *Неробеев А.И.* Определение показаний к восстановительным операциям после удаления распространенных злокачественных опухолей головы и шеи. Вопросы онкологии 1983; 4: 73—76.
11. *Неробеев А.И.* Пластика обширных дефектов после онкологических операций в челюстно-лицевой области. В кн.: Опухоли головы и шеи. Под ред. Г.Ф. Фалилеева и А.И. Пачеса. Кишинев; 1982.
12. Стоматология на пороге третьего тысячелетия. Сб. тезисов. М: Авиаиздат; 2001.
13. *Хитров Ф.М.* Атлас пластической хирургии лица и шеи. М: Медицина; 1984.