

## Авторская методика замещения обширного комбинированного сквозного дефекта мягких тканей щеки, угла рта, фрагментов верхней и нижней губ

И.А. Задеренко<sup>1</sup>, А.Ю. Дробышев<sup>1</sup>, Р.И. Азизян<sup>2</sup>, С.Б. Алиева<sup>3</sup>, В.Т. Циклаури<sup>2</sup>, А.А. Фокеева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО

«Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России;

<sup>2</sup>хирургическое отделение опухолей верхних дыхательных и пищеварительных путей  
ФБГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва;

<sup>3</sup>отделение радиационной онкологии ФБГУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва

**Контакты:** Игорь Александрович Задеренко igorakis@list.ru

В статье излагается оригинальный новый способ одномоментного восстановления сквозного комбинированного дефекта мягких тканей щеки, угла рта, части верхней и нижней губ. По представляемому методу получен патент Российской Федерации на изобретение № 2489096. Мы предлагаем использовать 3 различных лоскута, выкроенных из разных анатомических областей, разной гистологической структуры и имеющих независимое кровоснабжение. Немаловажной особенностью нашей методики является то, что перемещаемые лоскуты выполняют различные функции. Конечный результат заключается в обеспечении функциональной и анатомической полноценности резецированных тканей (образовавшийся сквозной дефект щеки, угла рта, фрагментов верхней и нижней губ), улучшении кровоснабжения применяемых лоскутов, сокращении сроков реабилитации больных, снижении травматичности операции и простоте применения метода.

**Ключевые слова:** пластика, сквозной дефект щеки, реконструктивная операция, лоскут

**The authors' procedure for replacement of extensive combined through-and-through defect of soft tissues of the cheek, mouth angles, and upper and lower lip fragments**

*I.A. Zaderenko<sup>1</sup>, A.Yu. Drobyshev<sup>1</sup>, R.I. Azizyan<sup>2</sup>, S.B. Aliyeva<sup>3</sup>, V.T. Tsiklauri<sup>2</sup>, A.A. Fokeyeva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Department of Maxillofacial Surgery, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia;

<sup>2</sup>Department of Surgery for Upper Respiratory and Digestive Tract Tumors, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow;

<sup>3</sup>Department of Radiation Oncology, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper describes an original method for one-stage repair of combined through-and-through defect of soft tissues of the cheek, mouth angles, upper and lower lip. Russian Federation's patent for invention No. 2489096 was granted for this method. We propose to use 3 different flaps cut from different anatomic areas, which have varying histological structures and independent blood supply. The important characteristic of our procedure is that the replacement flaps perform various functions. The ultimate result is to ensure the functional and anatomic adequacy of resected tissues (resultant through-and-through defect of the cheek, mouth angles, and upper and lower lip fragments), to improve the blood supply of used flaps, to reduce the time of patient rehabilitation, to decrease surgical traumaticity. The method is easy-to-use.

**Key words:** plasty, through-and-through defect of the cheek, reconstructive surgery, flap

### Введение

Потребность замещения сквозных обширных комбинированных дефектов щеки, угла рта, части верхней и нижней губ представляет собой серьезную проблему, хотя и возникает не так часто. Несмотря на это, этиология подобных дефектов достаточно обширна: злокачественные новообразования, операции, лучевая терапия, травмы, осложнения специфических инфекций [1, 2].

Устранение подобных сквозных дефектов требует создания внутренней выстилки и восстановления функциональной активности органа, в связи с чем удваивается потребность в пластическом материале [3–6].

С целью одномоментного восстановления обширных сквозных дефектов щеки, угла рта, фрагментов верхней и нижней губ мы рекомендуем использовать 3 лоскута с независимым кровоснабжением, восстанавливающие разные функции. При этом достигаются восстановление адекватной функции, анатомической формы и удовлетворительный косметический результат.

### Методика

Операцию выполняют под общим обезболиванием, выполнение подобной операции под местной анестезией, на наш взгляд, невозможно. После создания дефек-



Рис. 1. Опухоль слизистой оболочки щеки, распространяющаяся на кожу угла рта



Рис. 3. Сформированный дефект (вид сбоку)

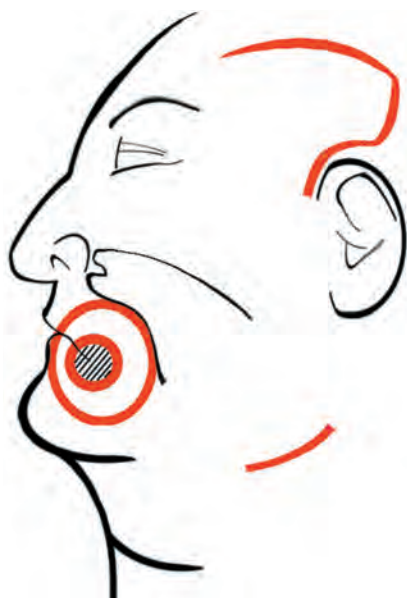


Рис. 2. Схема линии разрезов

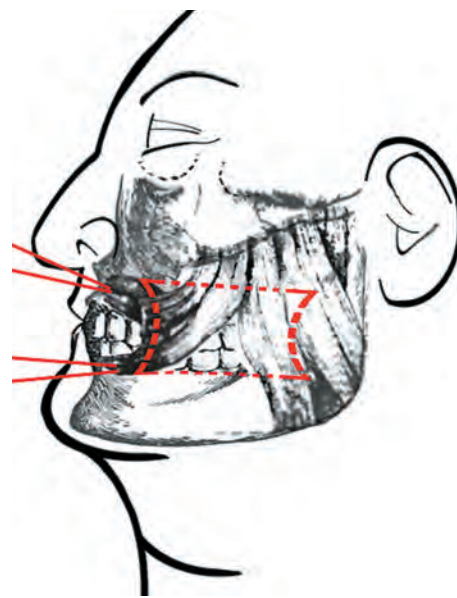


Рис. 4. Формирование лоскута из жевательной мышцы

та одновременно производится мобилизация круговой мышцы рта и оставшихся частей верхней и нижней губ, приблизительно до средней линии, формируются 3 различных лоскута, имеющие независимое кровоснабжение и различные функции (рис. 1, 2).

Первый лоскут — ротационный кожно-жировой лоскут из соседних анатомических областей, носогубной или подчелюстной (выбор донорского участка в данном случае зависит от состояния кожи, величины дефекта и его локализации по отношению к углу рта), который замещает кожный дефект верхней и нижней губ, щеки, угла рта. Питание лоскута осуществляется за счет лицевой артерии. Второй лоскут формируется из 2/3 жевательной мышцы с одноименной стороны.

Он восстанавливает функцию круговой мышцы рта. Кровоснабжение лоскута реализуется за счет жевательной артерии. И третий лоскут — височный фасциальный лоскут, замещающий дефект слизистой оболочки, дефект красной каймы верхней, нижней губ и угла рта. Этот лоскут кровоснабжается из поверхностной височной артерии (рис. 3).

Затем производят формирование ротационного кожно-жирового лоскута из соседних анатомических областей (подчелюстной или носогубной) с основанием, обращенным к ветви челюсти. Выкраиваемый лоскут по размерам должен соответствовать образовавшемуся дефекту. На верхушке лоскута необходимо вырезать участок кожи треугольной формы (во все слои лоску-

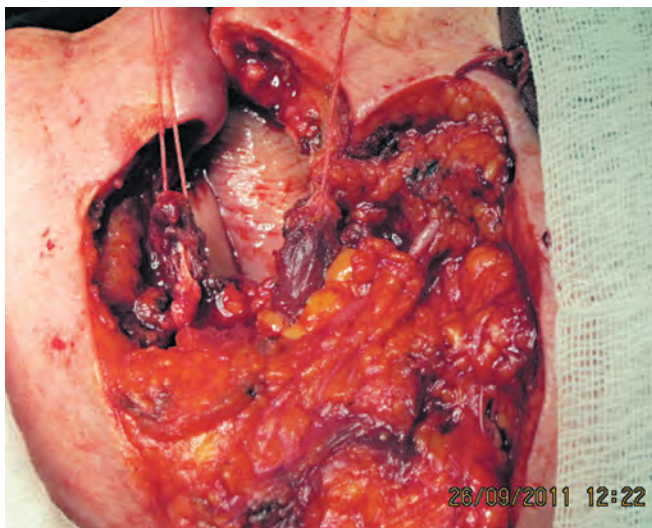


Рис. 5. Сформированный лоскут из жевательной мышцы фиксируется к остаткам круговой мышцы



Рис. 7. Замещение дефекта слизистой оболочки щеки, формирование угла рта и красной каймы губ

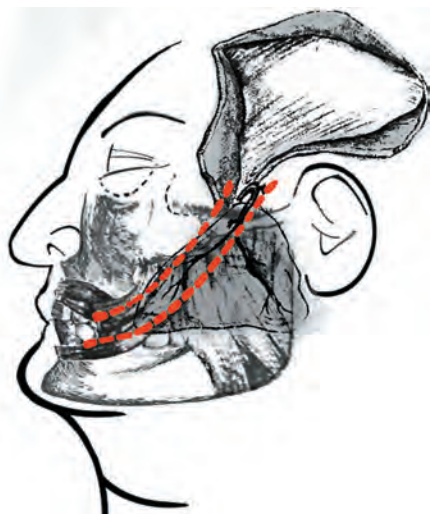


Рис. 6. Формирование фасциального височного лоскута



Рис. 8. Послеоперационные швы

та), в виде «ласточкина хвоста», что необходимо для последующего формирования угла рта.

Следующим этапом производится разрез в подчелюстной области с одноименной стороны. Выделяется жевательная мышца от места прикрепления к углу челюсти до фиксации к скуловой кости. Жевательная мышца отделяется от места прикрепления к нижней челюсти. Из 2/3 жевательной мышцы формируется мышечный лоскут, который разделяется на 2 равные части (ножки). Далее в толще мягких тканей сохранившейся части щеки тупым путем создается туннель к дефекту угла рта, верхней и нижней губ (рис. 4).

Мышечный лоскут проводится через сформированный туннель к углу рта и оставшимся частям верхней и нижней губ. Каждая ножка сформированного мышечного лоскута отдельными п-образными двухрядными

швами фиксируется к остаткам круговой мышцы рта и остаткам мышц верхней и нижней губ (рис. 5).

Следующим этапом из височной области выкраивается височный фасциальный лоскут по стандартной методике. Необходимо отметить, что лоскут должен быть максимально мобильным. Формируется туннель под скуловой дугой в полость рта (рис. 6).

Височный лоскут через созданный туннель вворачивается в полость рта и подшивается отдельными узловыми швами к дефекту слизистой оболочки щеки, губ, ножкам сформированного лоскута из жевательной мышцы. Рана височно-теменной области ушивается отдельными узловыми швами (рис. 7).

Сформированный ранее ротационный кожно-жировой лоскут перемещается на дефект и послойно фиксируется отдельными узловыми швами. Верхушка височного



Рис. 9. Девятые сутки после операции

фасциального лоскута выворачивается наружу, фиксируется к коже ротационного кожно-жирового лоскута в области угла рта и красной каймы, тем самым формируя их. Заключительным этапом ушивается донорская рана в месте взятия кожно-жирового лоскута (рис. 8, 9).

Преимущества предлагаемого способа заключаются в одномоментности и простоте исполнения. Данный вид нового метода восстановления обширного сквозного дефекта мягких тканей щеки, угла рта, фрагментов верхней и нижней губ обеспечивает хороший функциональный и косметический результат; герметизм полости рта, свободные движения губ, нормальный прием пищи, разборчивость речи. В связи с этим улучшается качество жизни пациентов, их психологическая и социальная реабилитация.

Имея независимое кровоснабжение, каждый из лоскутов остается жизнеспособным при нарушении трофики. Метод не требует дополнительной хирургической коррекции. Благодаря хорошему питанию лоскутов возможно проведение лучевой терапии в послеоперационном периоде в радикальных дозах с минимальными постлучевыми повреждениями, даже при некрозе одного из лоскутов (рис. 10).



Рис. 10. Частичный некроз кожного лоскута

### Выводы

1. Предлагаемое изобретение позволяет одномоментно устранять обширные сквозные дефекты щеки, угла рта, частей верхней и нижней губ.

2. Использование 3 лоскутов с независимыми кровоснабжением и назначением оптимально восстанавливает функцию, анатомическую форму этой области, устраняет косметический дефект.

3. Ткани донорской зоны кожно-жирового лоскута идентичны по цвету и структуре.

4. Замещение подобных дефектов технически просто и непродолжительно, не требует привлечения дорогостоящих специалистов и оборудования (например, микрохирургического).

5. Использование этой методики позволяет сократить продолжительность пластики и требует меньшей коррекции в процессе восстановления дефекта с сокращением сроков лечения и пребывания в стационаре, заметно снижает частоту осложнений.

6. При необходимости возможно проведение дополнительной лучевой терапии в радикальных дозах в ранние сроки после операции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области: Руководство для врачей. Под ред. А.И. Неробеева, Н.А. Плотникова. М.: Медицина, 1997.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. М: Медицинская литература, 2006.
3. Чудаков О.П., Тризна Н.М., Тесевич Л.И. Варианты возмещения сквозных

- дефектов приротовой области с помощью органотипического пластического материала. Заявка на изобретение № а20040633. 07.07.2004.
4. Дурново Е.А., Мишина Н.В., Хомутичкина Н.Е. и др. Пластика сквозных дефектов челюстно-лицевой области у онкологических больных. Современные технологии в медицине 2010;4:86–91.

5. Перлухин М.Л., Сулимов А.Ф., Ахметьянов А.Ш. Устранение дефектов челюстно-лицевой области путем использования микрохирургической пересадки различных аутоотрансплантатов. Сибирский онкологический журнал 2008;1(25):106–7.
6. Weerda H. Reconstructive facial plastic surgery. A problem-solving manual. Stuttgart – New-York, 2001. P. 4–6.