

## Вариант использования лобного лоскута для устранения рубцовой деформации наружного носа, возникшей после комбинированного лечения рака полости носа (клиническое наблюдение)

Т.В. Остринская, А.М. Жуманкулов

Онкооториноларингологическое отделение № 8 Санкт-Петербургского ГБУЗ  
«Городской клинический онкологический диспансер»

**Контакты:** Татьяна Валентиновна Остринская [tatyanaostrinskaya@yandex.ru](mailto:tatyanaostrinskaya@yandex.ru)

*В статье рассказывается о возможностях восстановления рубцовых деформаций и обширных дефектов наружного носа с применением лобного лоскута на ножке и свободного реберного хряща. Несмотря на свою древность, этот способ по-прежнему является актуальным, обеспечивая хороший косметический и функциональный результат.*

**Ключевые слова:** ринопластика, рубцовая деформация наружного носа, злокачественная опухоль полости и преддверия носа, реконструктивная операция, лобный лоскут

**The option of using the paramedian forehead flap to eliminate deformations of the external nose after treatment of cancer (clinical observation)**

*T.V. Ostrinskaya, A.M. Zhumankulov*

*Department of Oncological Otorhinolaryngology № 8, Saint Petersburg City Clinical Oncology Dispensary*

*The article tells about the possibilities of recovering of cicatricial deformities and extensive defects of external nose with the using of paramedian forehead flap and free rib cartilage. Despite its antiquity, this method is still relevant, providing a good cosmetic and functional results.*

**Key words:** rhinoplasty, cicatricial deformity of the external nose, malignant tumor of the nasal cavity and nasal vestibule, reconstructive surgery, paramedian forehead flap

Рак и другие злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух составляют от 0,2 до 1,4 % в структуре общей онкологической заболеваемости [1]. Наиболее часто эти опухоли развиваются в возрасте 50–70 лет и старше. В 73,2 % случаев наблюдаются эпителиальные злокачественные опухоли, среди которых превалирует плоскоклеточный рак (54,8 %). Реже встречаются переходно-клеточный рак (10,2 %) и аденокарцинома (5,7 %). Неэпителиальные опухоли данной локализации составляют 26,8 % и включают: эстезионейробластому, рабдомиосаркому и меланому [2]. Мужчины и женщины заболевают данными опухолями примерно одинаково часто. По локализации чаще всего поражается верхнечелюстная пазуха, на 2-м месте – решетчатый лабиринт и значительно реже – полость носа. Прогноз при злокачественных опухолях полости носа и придаточных пазух плохой. Хирургический метод по данным разных авторов приводит к 5-летней выживаемости в 18–35 % случаев, лучевой в 18–24 %, комбинированный в 35–49 % [2].

Хирургический способ используется самостоятельно либо как компонент комбинированного или ком-

плексного лечения. При поражении полости носа опухолевый процесс часто локализуется в преддверии носа, на носовой перегородке и распространяется на наружный нос, что даже в случае незначительной распространенности ведет к значительным пострезекционным дефектам, приводящим к выраженной социальной дезадаптации. Последующее назначение лучевого воздействия для улучшения отдаленных результатов выживаемости нередко способствует усилению рубцовой деформации носа и ухудшению косметического результата. Избежать инвалидизации позволяет применение реконструктивных способов лечения, одномоментных либо отсроченных [3–6]. Исторически сложились различные методики реконструкции наружного носа: индийский (лоскут со лба), итальянский (кожный лоскут с предплечья), французский (кожный лоскут со щеки). Но старейшим среди них и наиболее выигрышным, на наш взгляд, и по сей день остается индийский способ.

Первая реконструкция носа с применением перемещенного лоскута со лба была выполнена индийским хирургом Сушрута в период с 700 до 600 г. до н. э. (рис. 1) [6].



Рис. 1. Статуя Сушруты

Данная методика была использована в Европе только в XV веке. Первые английские описания индийского лоскута для ринопластики были опубликованы в бюллетене Мадрас в 1793 г., и позже Джозеф Карпью, английский хирург, опубликовал свой опыт 2 успешных операций в 1816 г. В США данная методика широко применялась хирургом Казаньяном, который опубликовал свой опыт применения данного лоскута в 1947 г. Высокая живучесть лоскутов со лба и простота их забора являются на сегодняшний день одними из основных преимуществ данной методики перед другими [3, 6].

Приводим клинический случай, демонстрирующий возможности хирургической коррекции деформации наружного носа после комбинированного лечения рака полости носа.

#### Клиническое наблюдение

**Пациент И.,** 74 года, поступил 05.03.2013 в отделение онкооториноларингологии СПб ГБУЗ ГКОД с жалобами на чувство дискомфорта и кровоточивость из носа. Из анамнеза известно, что подобная симптоматика появилась около 3 мес назад. При осмотре выявлено: в передних отделах перегородки носа с переходом на кожную часть колумеллы и на крылья носа имелось мелкобугристое опухолевое образование с эрозивной поверхностью диаметром 2,5–3,0 см. При пальпации шеи определялся единичный увеличенный лимфатический узел в подподбородочной области диаметром 2 см. Произведена биопсия из образования, подтвержден диагноз плоскоклеточный рак.

14.03.2013 состоялась операция: удаление опухоли полости носа с резекцией перегородки носа, колумеллы, слизистой оболочки крыльев и частично крыльчатых хрящей в области преддверия носа, лимфаденэктомия шеи уровень I–II (гистологическое исследование послеоперационного материала подтвердило наличие у пациента плоскоклеточного рака с инвазией в хрящ, в лимфатических узлах — гиперплазия). С целью замещения послеоперационного дефекта колумеллы выполнено пластическое

закрытие послеоперационной раны дезидермизированным носогубным лоскутом на ножке (рис. 2). Послеоперационный период прошел без осложнений, заживление первичным натяжением. Была восстановлена эстетика наружного носа. В период с мая по июнь 2013 г. пациент прошел полный курс лучевой терапии (60 Гр).



Рис. 2. Вид пациента на 1-е сутки после операции по удалению опухоли полости носа и шейной лимфаденэктомии с пластикой дефекта колумеллы носогубным лоскутом



Рис. 3. Постлучевая и послеоперационная седловидная деформация наружного носа с полной блокадой носового дыхания





Рис. 4. Границы иссечения рубцов наружного носа, дизайн лобного (индийского) лоскута

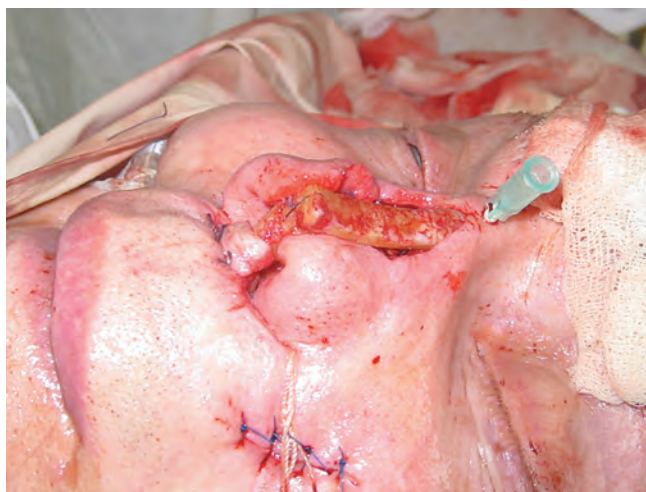


Рис. 6. Фиксация аутотрансплантатов из реберного хряща в ране спицей к костям носа и сшивание их между собой для устранения западения спинки носа



Рис. 5. Вид операционной раны после иссечения рубцов, формирования внутренней выстилки полости носа и выкраивания парамедианного лобного лоскута



Рис. 7. Лобный лоскут подшит к краям дефекта

23.09.2013 пациент И. повторно поступил в отделение онкооториноларингологии СПб ГБУЗ ГКОД с жалобами на отсутствие носового дыхания и нарушение эстетики наружного носа. При осмотре: определялась рубцовая деформация наружного носа по типу седловидной, нарушение носового дыхания вследствие западения спинки носа и рубцового сужения носовых ходов (рис. 3). Для восстановления формы наружного носа и носового дыхания принято решение об оперативном вмешательстве по устранению деформации носа. 08.08.2013 выполнена операция: восстановление западения спинки носа и перегородки осуществлялось с применением аутотрансплантата из свободного реберного хряща, мягкотканый компонент носа восстановлен посредством перемещенного кожно-жирового лобного лоскута на ножке.

**Методика операции.** Под эндотрахеальным наркозом первым этапом произведен забор реберного хряща пациента из 5-го ребра. Хрящ помещен в физиологический рас-

твор. Произведено иссечение рубцов наружного носа, образовался сквозной дефект в полость носа. Из прилежащей к краям дефекта кожи выкроен кожный лоскут, опрокинут на 90°, создавая внутреннюю выстилку полости носа. Выкроен кожно-жировой парамедианный лоскут со лба на питающем сосуде (а. supratrochlearis) (рис. 4–5). Из реберного хряща скальпелем вырезано 2 брусочка 3 × 5 мм длиной 50 и 20 мм. Аутотрансплантаты из реберного хряща фиксированы у корня носа к носовым костям посредством спицы и сшиты между собой у кончика носа, обеспечивая опору скату носа (рис. 6). Лобный лоскут ротирован на 180° и подшит к краям дефекта (рис. 7). При этом хрящевой аутотрансплантат, формирующий спинку носа, оказался между листками кожных лоскутов, создающих наружную и внутреннюю выстилку носа. А хрящ, поддерживающий перегородку, был окружен лоскутом, формирующим кожную часть перегородки носа и колумеллу. Данный лоскут представлял



Рис. 8. Вид больного на 7-е сутки после пластики наружного носа



Рис. 9. Вид больного через 2 мес после отсечения питающей ножки лобного лоскута

собой носогубный лоскут, перемещенный на дефект переднего отдела перегородки носа еще во время первой операции.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Приживление лобного лоскута и интеграция реберного хряща – 100 % (рис. 8). Отсечение питающей ножки выполнено через 2 мес (02.10.2013). Восстановлена эстетика наружного носа, носовое дыхание. В настоящее время пациент жив без рецидива с удовлетворительными эстетическим и функциональным эффектами (рис. 9).

#### Обсуждение

Восстановление приобретенных дефектов наружного носа после комбинированной терапии по поводу

злокачественной опухоли является сложной задачей. Зачастую требуются неоднократные корригирующие оперативные вмешательства для достижения поставленных целей. Использование индийского лоскута позволяет добиться хорошего эстетического и функционального результатов. У данного лоскута имеется ряд неоспоримых преимуществ, таких как простота забора, хорошее кровоснабжение, близкое расположение к реципиентной зоне, наличие выраженного массива мягких тканей, хороший косметический результат как в донорской, так и в реципиентной зонах. Этот лоскут в настоящее время из-за своей живучести является «спасательной шлюпкой» в случае неудачных пластик наружного носа другими способами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность). МНИОИ им. П.А. Герцена. М., 2011. 260 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000.
3. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. Под ред. Е.Г. Матякина. М.: Вердана, 2009. 224 с.
4. Задеренко И.А., Дробышев А.Ю., Азизян Р.И. и др. Новый метод реконструкции субтотального кожно-слизисто-хрящевого дефекта концевой отдела носа и верхней губы. Опухоли головы и шеи 2011;4:68–72.
5. Shah J. Head and Neck: Surgery and Oncology. Mosby, 2003.
6. Urken M.L., Cheney M.L., Blackwell K.E. et al. Atlas of regional and free flaps for head and neck reconstruction. Flap harvest and inseting. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.