

Новый метод реконструкции субтотального кожно-слизисто-хрящевого дефекта концевого отдела носа и верхней губы

И.А. Задеренко¹, А.Ю. Дробышев¹, Р.И. Азизян², С.Б. Алиева³, А.Ш. Танеева²

¹Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Минздравсоцразвития России;

²хирургическое отделение опухолей верхних дыхательных и пищеварительных путей

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва;

³отделение радиационной онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Контакты: Игорь Александрович Задеренко igorakis@list.ru

В статье представлен новый метод одномоментного восстановления наружного носа при субтотальном дефекте концевого кожно-слизисто-хрящевого отдела носа. В основу метода положен способ формирования кожно-жирового носогубного лоскута. Преимуществами данного вида ринопластики являются возможность проведения лучевой терапии в послеоперационном периоде в радикальных дозах с минимальными постлучевыми повреждениями, а также хороший функциональный и косметический эффект.

Ключевые слова: ринопластика, дефект концевого отдела носа, реконструктивная операция, носогубный лоскут

A new method for reconstruction of cutaneous-mucous-cartilaginous defect of the terminal part of the nose and the upper lip

I.A. Zaderenko¹, A.Yu. Drobyshev¹, R.I. Azizyan², S.B. Aliyeva³, A.Sh. Taneyeva²

¹Department of Hospital Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow State University
of Medicine and Dentistry, Ministry of Health and Social Development of Russia;

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

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

The paper describes a new method for one-stage repair of the external nose in case of subtotal defect of the terminal cutaneous-mucous-cartilaginous part of the nose. The basis of the method is a procedure for making up a skin-fatty nosolabial flap. The advantages of this rhinoplasty option are the possibility of performing postoperative radiotherapy in radical doses with minimum postirradiation damages and good functional and cosmetic effects.

Key words: rhinoplasty, defect of the terminal part of the nose, reconstructive surgery, nosolabial flap

Введение

Необходимость замещения обширного комбинированного (кожно-слизисто-хрящевой отдел) дефекта концевого отдела носа возникает не так часто. Причиной возникновения подобных дефектов являются чаще всего злокачественные новообразования, а также последствия травм и операций и инфекционных заболеваний. Однако если врач сталкивается с такой проблемой, то ее решение является очень сложной задачей. Ввиду того что наружный нос и особенно его концевой отдел имеют важное функциональное (дыхание) и социальное значение, а также из-за сложной анатомо-гистологической структуры носа и его концевой отдела замещение дефектов этой зоны — сложная и окончательно не решенная проблема. Наружный нос является одним из основных факторов, формирующих эстетическое восприятие человека. Поэтому важную роль играет одномоментное и окончательное рекон-

структивное вмешательство, обеспечивающее хороший функциональный и косметический эффект [1]. Особое значение это приобретает при злокачественных опухолях, когда, во первых, необходим радикализм операции, и во-вторых, проведение, при необходимости, дополнительной лучевой терапии (ЛТ) в сроки до 3–4 недель после операции.

В настоящее время лечение злокачественных новообразований кожи носа является актуальной задачей. Около 80 % всех локализаций рака кожи относятся к коже лица и шеи, причем 60–80 % таких опухолей составляет базально-клеточный, а 18–25 % — плоскоклеточный рак кожи и слизистой оболочки полости носа [2–4]. Из них 30 % приходится на кожу носа. Чаще встречается базально-клеточный рак, который локализуется в области эмбриональных линий соединения лицевых складок — на крыльях носа, по ходу носогубной складки [5]. Плоскоклеточный рак чаще встреча-

ется на коже спинки, крыла носа и слизистой оболочки полости носа [4, 6].

Существует множество способов лечения новообразований кожи. При выборе метода лечения учитывается социальная значимость расположения опухолей кожи в области лица [7]. По данным литературы, ЛТ, крио- и лазерная деструкция, фотодинамическая терапия злокачественных опухолей кожи позволяют добиться благоприятных результатов только при I–II стадиях процесса [6, 8, 9]. Кроме того, при данных видах лечения довольно высок риск возникновения рецидивов опухоли, который составляет от 7 до 30% [10].

При хирургическом лечении даже небольших по размеру опухолей кожи носа требуется реконструктивное замещение дефекта, образовавшегося после иссечения новообразования. При планировании реконструктивных операций концевой отдела носа особое внимание должно быть уделено не только восстановлению формы носа, но и обеспечению удовлетворительного носового дыхания [11]. При опухолях размером до 2–3 см, особенно для закрытия сквозных дефектов, используются различные виды местных кожно-жировых лоскутов в зависимости от локализации процесса.

Известна методика пластики крыла носа, описанная В.И. Суловым, заключающаяся в свободной пересадке части ушной раковины, взятой из края во всю толщину, в зону дефекта свободной части крыла носа [12]. Недостатки данного способа: частый некроз пересаженного лоскута из-за недостаточного питания, образование дополнительного дефекта ушной раковины. Данный способ не применим при необходимости проведения послеоперационной ЛТ.

Другим способом реконструкции хрящевого скелета крыла носа является методика по Байеру [13]. Автор предлагал для одновременного образования 2 крыльев и перегородки носа выкраивать по носогубной складке два щечных лоскута, которые опрокидывались кожей внутрь. Если перегородка сохранилась, концы лоскутов подшивались к ней, если перегородка была утрачена, лоскуты выкраивались несколько длиннее, и из них образовывалась перегородка носа путем сшивания их между собой. Наружную раневую поверхность кожных лоскутов, поставленных как стропила или арки, покрывали свободной пересадкой кожи по Тиршу. Недостатком этого способа являются невозможность замещения дна полости носа и кожи верхней губы и образование дополнительной раны в области взятия свободного кожного лоскута.

Еще один способ замещения дефекта кончика и крыла носа при сохранении части крыльев носа — метод Гельфериха [13]. На щечных поверхностях выкраиваются 2 лоскута. Один образовывается с таким расчетом, чтобы его питающая ножка была обращена к краю дефекта носа; по своей форме он напоминает

четыреугольник. Второй — более длинный, также четырехугольный, с питающей ножкой, обращенной к углу глаза и корню носа, спускаясь по носогубной складке, ниже его крыла. Первый лоскут опрокидывается как свод, и прикрывает весь дефект носа вместе с остатками крыльев, и в таком положении подшивается к оживленному краю кожи противоположной стороны дефекта. Вторым лоскутом, с питающей ножкой у корня носа, прикрывается раневая поверхность первого лоскута, в таком положении оба лоскута сшиваются между собой. Через 15–20 дней лоскуты над крыльями носа отсекаются и отворачиваются, прикрывая собой дефект после выкраивания лоскута, а крылья носа выводятся и подшиваются. Недостатком этого способа также является невозможность замещения дна полости носа и кожи верхней губы, многоэтапность операции.

С учетом недостатков перечисленных способов, нами был разработан новый метод одномоментного восстановления наружного носа с формированием кончика носа и медиальных краев ноздрей при субтотальном дефекте концевой кожно-слизисто-хрящевого отдела носа и кожи верхней губы. В основу нашего метода положен способ формирования кожно-жирового носогубного лоскута, предложенный И. Йозефом [14].

Целью нашего изобретения стала разработка способа одномоментного восстановления наружного носа при субтотальном дефекте концевой кожно-слизисто-хрящевого отдела носа различной этиологии.

Поставленная цель достигается тем, что в способе реконструкции субтотальных комбинированных дефектов концевой отдела и полости носа — кожи кончика носа, крыльях и перегородочных хрящей, слизистой оболочки полости носа, кожной части верхней губы мы предлагаем использовать 2 кожно-жировых носогубных лоскута, выкроенных по обе стороны носа, с основанием, обращенным к верхней губе, и мостовидный лоскут со спинки носа.

Методика

Под общим обезболиванием производится удаление опухоли и формируется дефект (рис. 1).

Затем производят выкраивание 2 кожно-жировых носогубных лоскутов по обе стороны носа с основанием, обращенным к верхней губе на 5–7 мм ниже дна полости носа, и верхушкой, обращенной к внутреннему углу глаза, не доходя до края нижнего века около 5 мм. В области крыла носа медиальной стороны лоскутов формируется треугольный лоскут 45–50 градусов с основанием, обращенным к крылу носа (рис. 2).

Производится мобилизация кожно-жировых щечных лоскутов с 2 сторон и треугольных лоскутов с подсечением крыла носа с 2 сторон. Кожно-жировой носогубный лоскут подводится под подсеченное крыло носа и укладывается на дно полости носа и фиксиру-

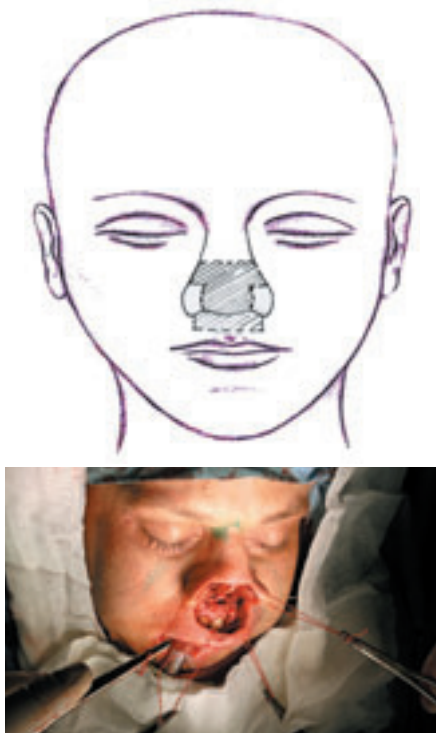


Рис. 1. Послеоперационный дефект (вид спереди)



Рис. 2. Схема линий разрезов формируемых лоскутов

ется к остаткам кожи губы, формируя дно полости носа, перегородку и свод носового хода. При этом латеральная сторона носогубного лоскута формирует



Рис. 3. Формирование дна полости носа, перегородки и крыльев носа носогубными лоскутами

крыло носа, дно и полость носа, перегородку носа в дистальных отделах. Медиальная сторона носогубного лоскута служит для частичного формирования крыла и кончика носа, кожной части верхней губы (рис. 3).

Передние отделы перегородки носа и колумелла образуются при сшивании 2 носогубных лоскутов по средней линии, и при этом замещается дефект верхней губы путем сшивания части медиальной стороны носогубного лоскута с оставшейся кожной частью верхней губы (рис. 4).

На заключительном этапе замещается кожный дефект кончика носа путем формирования и перемещения вперед и вниз мостовидного лоскута с гласселлы (рис. 5).

Благодаря особенностям кровоснабжения кожно-жировых лоскутов (*a. angularis*), расположенных вне зоны полей облучения, ЛТ в послеоперационном периоде можно проводить в радикальных дозах с минимальным риском развития постлучевых осложнений.

Клинический случай

Больной К., 44 лет, история болезни № 10/16283, обратился в клинику РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с жалобами на наличие опухоли в области преддверия носа; боли. Пациент считал себя больным около 1,5 лет, с момента появления новообразования в преддверии полости носа слева. Наблюдался и лечился у дерматовенеролога, без эффекта. В феврале 2010 г. обратился в онкодиспансер по месту жительства, где была взята биопсия опухоли,



Рис. 4. Формирование колумеллы, перегородки, крыльев и верхней губы



Рис. 5. Формирование мостовидного лоскута с гласселлы

верифицирован плоскоклеточный рак. В марте 2010 г. выполнена криодеструкция опухоли, через 1,5 мес отмечен продолженный рост опухоли. Больной обратился в РОНЦ, куда был госпитализирован для хирургического лечения. При осмотре в области преддверия полости носа определяется экзофитная опухоль с изъязвлением, распространяющаяся на передние отделы перегородки носа, кончик носа и верхнюю губу. Носовое дыхание не затруднено. В подчелюстных областях определяются гиперплазированные лимфатические узлы. Под общей анестезией была выполнена операция по предложенному описанию. Про-

должительность операции 1 ч 20 мин. Гистологическое заключение операционного материала: опухолевый узел имеет строение плоскоклеточного рака, врастающего в хрящ. Фрагмент слизистой оболочки с подлежащей хрящевой пластинкой, без достоверных признаков опухолевого роста. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление первичным натяжением. Швы сняты на 7–9-й день (рис. 6).

По результатам работы подана заявка на изобретение. Дата поступления 29.04.2011, входящий № 025301, регистрационный номер 2011117045.

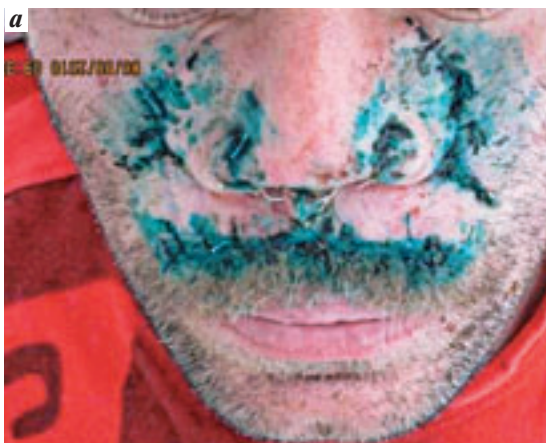


Рис. 6. Вид больного на 7-е (а) и 14-е (б) сутки после операции

Выводы

Данный метод замещения дефекта концевого кожно-слизисто-хрящевого отдела носа является новым методом реконструктивной ринопластики.

Метод показан при субтотальных дефектах концевого кожно-слизисто-хрящевого отдела носа, кожной части верхней губы и хрящевой части перегородки носа различной этиологии (последствие травмы, злокачественных новообразований, воспалительных процессов) при частично сохранных крыльях хряща.

Преимуществами данного метода ринопластики являются:

- а) одномоментность, простота в исполнении;
- б) отсутствие необходимости дополнительной хирургической коррекции;
- в) благодаря хорошему питанию носогубных локутов и отсутствию хрящевой ткани возможность проведения ЛТ в послеоперационном периоде в радикальных дозах с минимальными постлучевыми повреждениями;
- г) хороший функциональный и косметический результат, а следовательно, улучшение качества жизни пациентов, их психологической и социальной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Weerda H. Reconstructive Facial Plastic Surgery. A problem-solving manual. Stuttgart—New-York 2001;4—6.
2. Аксель Е.М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2005 г. Вестн Рос онкол научн центра им. Н.Н. Блохина РАМН 2007;2:9.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2005 г. Вестн Рос онкол научн центра им. Н.Н. Блохина РАМН 2007;2:54.
4. Поляков П.Ю., Быченков О.А., Олтаржевская Н.Д. и др. Использование радиосенсибилизаторов при лучевой терапии злокачественных опухолей кожи T2—T3N0M0. Современные технологии в онкологии: Материалы VI Всерос съезда онкологов. Ростов-на-Дону 2005;67—8.
5. Савельева А.Е., Ковалев Ю.Н., Важенин А.В. К вопросу о возникновении рецидивов базально-клеточного рака кожи лица. Современные технологии в онкологии: Материалы VI Всерос съезда онкологов. Ростов-на-Дону, 2005;75.
6. Воробьев Ю.И., Лимарова И.В., Печурчик А.И. и др. Лучевая терапия рака кожи (варианты фракционирования и методика). Вопр онкол 1995;2:90—1.
7. Нефедов О.Н. Криохирургическое лечение рака кожи в Краснодарском крае. Сиб онкол журн 2006;1:71—2.
8. Стельмах Д.К., Шенталь В.В., Бойков В.П. и др. Криогенное лечение рака кожи носа. Материалы VI Рос онкол конф. М., 2002. С. 133.
9. Schweitzer V.G. Photophrin-mediated photodynamic therapy for treatment of aggressive head and neck nonmelanomatous skin tumors in elderly patients. Laryngoscope 2001;111:1091—8.
10. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М., 2000.
11. Petres J., Rompel R., Robins P. Dermatologic Surgery. Springer 1996;522.
12. Гюсан А.О. Восстановительная ринопластика. СПб., 2000. С. 114.
13. Проскуряков С.А. Восстановительные операции носа горла уха. Новосибирск, 1947.
14. Рауэр А.Э., Михельсон Н.М. Пластические операции на лице. М., 1985.