

УДК 617.52-006.04-089 + 617-089.844

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДЕФЕКТАХ ТКАНЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Енгибарян М.А., Ульянова Ю.В.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Минздрава России»,
Ростов-на-Дону, e-mail: mar457@yandex.ru

Изучены возможности проведения реконструктивно-восстановительных операций при дефектах верхней зоны лица с использованием различных способов их ликвидации. Дана оценка эффективности использования различных способов пластики.

Ключевые слова: дефекты тканей верхней зоны лица, реконструктивные операции

RECONSTRUCTION OPERATIONS IN TISSUE DEFECTS OF THE MIDFACE

Engibaryan M.A., Ulyanova Y.V.

FSBI «Rostov Cancer Research Institute, Russian Ministry of Health»,
Rostov-on-Don, e-mail: mar457@yandex.ru

The possibilities of reconstructive operations for defects in the top of the face by using different methods to eliminate them. The efficacy of the use of different methods of plastics.

Keywords: top tissue defects of the face, reconstructive surgery

На сегодняшний день остается высоким процент больных со злокачественными опухолями органов головы и шеи, обратившихся на лечение с местнораспространенными процессами. Выполнение радикального хирургического лечения в этих случаях неразрывно сопряжено с образованием обширных послеоперационных дефектов тканей и органов [1]. Ликвидация дефектов средней зоны лица имеет особое клиническое значение в виду расположения в данной области органа зрения. Проблемы, возникающие при реконструкции век и тканей периорбитальной области, неразрывно связаны со сложностью получения достаточного количества пластического материала, а использование многочисленных способов пластики лимитировано сложным рельефом данной области, неоднородностью кожных покровов по цвету и толщине, невозможностью проведения адекватных послабляющих разрезов, высокими требованиями к функциональным и эстетическим результатам операции.

Цель исследования: разработать индивидуальный подход к восстановительным операциям по поводу дефектов средней зоны лица, образовавшихся после удаления злокачественных опухолей.

Материал и методы исследования

Нами изучены истории болезни 100 пациентов со злокачественными опухолями, находившимися на лечении в отделении опухолей головы и шеи Ростовского научно-исследовательского онкологического института. Всем больным проводились общеклинические исследования, осуществлялось комплексное офтальмологическое обследование: определение остроты зрения, полей зрения, исследование оптических сред глаза, тонометрия, прямая и непрямая

офтальмоскопия. До начала лечения для исключения отдаленных метастазов выполнялось рентгенологическое исследование органов грудной клетки и ультразвуковое исследование органов брюшной полости. При подозрении на прорастание опухоли костных структур лицевого скелета для уточнения степени распространенности процесса выполняли спиральную компьютерную томографию зон интереса. Всем пациентам была выполнена радикальная операция с одномоментным реконструктивно-пластическим этапом. Для оценки эстетического результата операции мы использовали 4-балльную шкалу [2].

– «отлично» – разница в размерах, форме век минимальна или отсутствует, допустимо наличие побледневших кожных рубцов, не изменяющих общее впечатление;

– «хорошо» – наличие асимметрии, искажающей размеры и форму прооперированного века (век), гиперемии, гипер- или гипопигментации, а также утолщения кожи за счет рубцевания;

– «удовлетворительно» – прооперированное веко (веки) меньше здорового на 1/4, выраженные изменения цвета кожных покровов, рубцы, стягивающие и деформирующие веко, с нарушением его функций;

– «плохо» («неудовлетворительно») – прооперированное веко (веки) по сравнению со здоровой/контралатеральной стороной уменьшено более чем на 1/4, коррекция всех факторов, искажающих внешний вид, возможна только путем хирургической пластики.

Результаты исследования и их обсуждение

В связи с тем, что дефекты тканей, образовавшиеся после удаления злокачественных опухолей, имели различную локализацию и форму, структуры, утраченные в процессе операции, отличались достаточной неоднородностью, нами были использованы различные способы пластики, как в самостоятельном варианте, так и в различных комбинациях. В процессе планирования

реконструктивного этапа основной целью являлось восстановление анатомической целостности носа, щеки, век, их защитных функций, формы углов глаза, достижение приемлемого косметического результата.

Для ликвидации дефектов в области внутреннего угла глаза мы отдавали предпочтение лоскуту, выкроенному с переносья. В связи с анатомической особенностью тканей в области внутреннего угла глаза злокачественные опухоли быстро и рано разрушают мягкие ткани и структуры слезоотводящего аппарата, что обуславливает образование глубоких дефектов после удаления злокачественных опухолей. Вместе с тем именно в зоне переносья можно сформировать достаточно толстый лоскут с хорошим кровоснабжением и максимально соответствующий цвету кожи в восстанавливаемой области. Данный способ пластики применен нами у 17 (17,0%) пациентов. У 15 (15,0%) больных после удаления злокачественных опухолей образовались сочетанные дефекты внутреннего угла глаза, век, мягких тканей и кожи носа. В этих случаях с целью восстановления анатомической целостности пораженных зон нами использовался лоскут со лба. Преимуществами лобного лоскута являются его достаточно большие размеры, позволяющие восстановить обширные дефекты и высокие адаптационные способности, обусловленные сохраняющимися сосудисто-нервными связями. В связи с неоднородной толщиной тканей в восстанавливаемых областях мы избирательно истончали его отдельные участки для максимального соответствия трансплантата непосредственно перед переносом лоскута на реципиентную поверхность. Для пластики дефектов век и наружного угла глаза у 21 (21,0%) пациента использовали лепестковые иротированные лоскуты с верхнего века, височной области и щеки. В зависимости от необходимости количества воссоздаваемых зон, нами выкраивалось от 2 до 6 лоскутов. В 14 (14,0%) случае при тотальных и субтотальных дефектах нижнего века использовали лоскуты, перемещенные со щеки. В этих случаях используемые ткани однородны с прилежащими тканями по цвету и фактуре, в зависимости от глубины поражения возможно включение в трансплантат мышц, что позволяет достичь объемного восполнения утраченных тканей. Для закрытия тотального дефекта нижнего века и щеки у 11 (11,0%) пациентов использовали V-Y пластику, являющейся разновидностью пластики скользящим лоскутом. Первоначально производился V-образный разрез сразу у основания дефекта образовавшегося после удаления опухоли. Далее сформированный лоскут перемещался путем сколь-

жения на место дефекта и фиксировался к краям раны. Донорскую рану ушивали путем сближения краев. Дефект пальпебральной конъюнктивы восстанавливали за счет свободного лоскута со слизистой нижней губы. В ряде случаев добиться максимального функционального и эстетического результата возможно за счет использования кожных лоскутов на скрытой сосудистой ножке – так называемого «островкового» лоскута, который не имеет кожи у основания, а включает в себя только подкожную клетчатку с сосудами. Данный способ пластики, обладая всеми достоинствами способа с использованием лоскута на кожно-жировой ножке, позволяет расположить рубцы в донорской зоне в минимально значимых с эстетической точки зрения областях. Методика применена у 22 (22,0%) пациентов. При анализе непосредственных результатов установлено, что заживление послеоперационной раны первичным натяжением произошло у 89 (89,0%) пациентов. Из послеоперационных осложнений наиболее часто наблюдался краевой некроз лоскута – у 9 (9,0%) больных, у 2 (2,0%) – произошло нагноение послеоперационной раны. Эстетический эффект операции оценен как «отличный» у 51 (51,0%) пациента, «хороший» – у 42 (42,0%), «удовлетворительный» – у 5 (5,0%). У 2 (2,0%) пациентов, при заживлении послеоперационной раны вторичным натяжением результат реконструктивно-пластического этапа расценен как неудовлетворительный, в связи с чем была выполнена корригирующая операция.

Заключение

Таким образом, на современном этапе развития медицины улучшение результатов хирургического лечения злокачественных новообразований не должно ограничиваться рамками только онкологических показателей. Одномоментное выполнение резекционного и восстановительного этапов операции должно быть непременным условием хирургического лечения, что позволит восстановить адекватную функцию органов, в частности глаз, не откладывая проведение других видов противоопухолевого лечения, а также улучшить социальную и трудовую реабилитацию больных. Косметические и функциональные аспекты проблемы должны решаться индивидуально, путем выбора оптимального варианта пластического замещения дефекта.

Список литературы

1. Аржанцев П.З., Наумов П.В., Неробеев А.И. Устранение дефектов средней зоны лица // Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1997. – С. 34.
2. Важенин А.В., Панова И.Е. Избранные вопросы онкоофтальмологии. – М.: Изд-во РАМН, 2006. – С. 18–19.