

ХИРУРГИЯ

ВОЗМОЖНОСТИ НАЗОЛАБИАЛЬНОГО ЛОСКУТА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА

*У. А. Курбанов, З.И. Юнусова, А.А. Давлатов, С. М. Джанобилова
Кафедра хирургических болезней №2*

Введение. Форма и структура тканей, образующих лицевые структуры, в большой степени проявляют внешние особенности личности и особенно критично оцениваются как самим человеком, так и окружающими [1, 2]. Следовательно, дефекты и деформации лица ведут к сильным психоэмоциональным переживаниям пациентов с возникновением у них комплекса неполноценности и связанной с ним социальной дезадаптации. Такое состояние часто сопровождается также и функциональными расстройствами век, губ и крыльев носа. Устранение рубцовых деформаций и укрытие дефектов мягких тканей лица, возникающих в результате травм, ожогов, иссечения опухолей или врождённых аномалий, до сих пор считается актуальной и сложной проблемой в реконструктивной и пластической хирургии. Основными принципами последней являются восстановление формы и функции поражённого органа или области, по возможности, однотипными по структуре тканями и с минимальными повреждениями в донорской зоне. Таким требованиям на сегодняшний день больше всего отвечает множество разработанных способов местно-пластических операций [3-6]. В этом плане одним из способов местно-пластических операций является в частности, операция с перемещения назолабиального лоскута (НЛЛ).

Первые описания использования лоскутов из назолабиальной области для реконструкции носа найдены в древних индийских рукописях, созданных ещё за 700 лет до н.э. В конце XIX века появились первые сообщения об использовании НЛЛ для реконструкции дефектов полости рта [7]. В последующем различными авторами изучены особенности техники поднятия, области приращения и ангиоархитектоники кожи области назолабиальной складки.

Расположенный в архитектурном центре лица НЛЛ может быть использован для укрытия дефектов щёк, нижних век, частей носа (сторон и спинки носа, крыльев носа и колумеллы) и верхней губы [5,7]. Данный лоскут можно выкроить с двух сторон, т.е. билатерально; с одной стороны – унилатерально; на противоположной – контралатерально или на одноимённой стороне – ипсилатерально. J.P.Lassau с соавт. изучили анатомические особенности назолабиальной области, учёт которых позволяет корректно поднять искомый лоскут. Назолабиальный лоскут кровоснабжается за счёт ветвей a.angularis. Последняя является коллатеральной связью между a.facialis и a.nasalis. Авторы выделяют 5 типов кровоснабжения данной области [8]. В таблице 1 приведены данные о частоте встречаемости сосудистой архитектоники носогубной области, которые весьма важны для грамотного поднятия лоскута.

Таблица 1
Типы кровоснабжения назолабиальной области (по J.P.Lassau с соавт., 1991)

Тип кровоснабжения	Частота
Type I - "nasal"	78%
Type II - "classical"	4%
Type III - "intermediary"	10%
Type IV - "doubled"	6%
Type V - "small"	8%

Как видно из таблицы, чаще всего встречается Type I – “nasal”, при котором лицевая артерия кончается и переходит в наружную артерию носа у угла рта. Классический вариант кровоснабжения назолабиального лоскута, при котором конечный сегмент лицевой артерии простирается до угловой артерии, встречается реже всего – лишь в 4% случаев.

Большая мобильность НЛЛ обусловлена тем, что его можно поднять как на краниальной, так и на каудальной ножке в зависимости от места расположения дефекта или рубцовой деформации лица. В то же время лоскут характеризуется хорошей текстурой кожи и необходимой толщиной, отсутствием эстетического дефекта в донорской области.

В настоящем сообщении мы представляем наш опыт использования НЛЛ в реконструкции дефектов и деформаций различного генеза в разных частях лица и показать широкую возможность применения данного лоскута.

Цель исследования: изучение возможностей назолабиального лоскута для укрытия дефектов и устранение рубцовых деформаций различных участков лица.

Материалы и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии за период с 1996г по 2008г в нашей клинической практике перемещённый кожно-жировой НЛЛ для закрытия на лице дефектов посттравматического, послеоперационного и послеожогового характера использован у 23 пациентов. Мужчин было 8, женщин – 15. Возраст больных колебался от 7 до 57 лет и в среднем составлял 24 года. При этом нами проведены перемещения НЛЛ для замещения дефектов скуловой области в 3-х случаях, для реконструкции спинки и крыльев носа - в 7, для коррекции верхней губы, после иссечения посттравматических и послеожоговых стягивающих рубцов – в 5, для коррекции эктропиона – 8 случаях (табл. 2).

Таблица 2

Расположение дефектов лица, которые были укрыты назолабиальным лоскутом

№	Местоположение дефекта	Кол-во
1	Подглазничная область	8
2	Область носа	7
3	Область верхней губы	5
4	Скуловая область	3

Размеры дефектов варьировались от 6 до 1,5 см². Больные поступали в различные сроки после приобретения дефектов. Большинство их (17) поступило в плановом порядке. В экстренном порядке всего поступило 6 пациентов. В 9 случаях дефект имел место в правой половине лица, а в 14 - слева.

Техника поднятия НЛЛ. Подъём кожно-жирового лоскута осуществляли по стандартной методике: предварительно иссекали деформирующий рубец или опухоль в пределах здоровых тканей. Измеряли размер образовавшегося дефекта покровных тканей. После маркировки формы выкраиваемого лоскута нужных размеров в назолабиальной области с целью уменьшения кровотока выполняли инфильтрацию мягких тканей 1% раствором лидокаина с адреналином в соотношении 1:200000. Лоскут формировали в зависимости от размеров и локализации дефектов, с максимальным учётом возможных проблем в донорской зоне. При этом лоскут выкраивали на краниальной или каудальной, достаточно длинной ножке, что позволяло размещать его по отношению к дефекту средней части лица, расположенного в области наружного носа, подглазничной области или носогубного треугольника. Донорскую рану,

как правило, укрывали в первую очередь.

В 21 случае НЛЛ мобилизовали с одной стороны для укрытия дефекта, расположенного на этой же стороне лица (ипсилатерально). В одном случае при послеожоговом нижнем эктропионе ввиду невозможности формирования НЛЛ с одноимённой стороны (из-за наличия послеожоговых обширных рубцов) НЛЛ формировали с контралатеральной стороны. В одном случае при дефекте дистальной части наружного носа, для реконструкции последней одновременно выкроены назолабиальные лоскуты с обеих сторон.

Возможности и варианты перемещения НЛЛ можно продемонстрировать на следующих клинических примерах.

Клинический пример 1. Пациент О., 1981 года рождения, в 1999г. поступил в ОРПМХ с диагнозом врождённое отсутствие правого крыла носа (рис. 1 а, б). Данный дефект был ликвидирован применением НЛЛ.

На одноимённой стороне выкроили назолабиальный лоскут размерами 6х2см. С целью формирования внутренней и наружной выстилки крыла носа, в средней части лоскута произвели дезэпителизацию кожи в поперечном направлении шириной 3 мм. Проксимальным участком лоскута формировали внутреннюю выстилку недостающей части крыла носа, а дистальным участком – наружную. Таким образом, удалось сформировать отсутствующий участок правого крыла носа. Лоскут прижился первично. Эстетический результат был вполне удовлетворительным (рис. 1 в, г).



Рис. 1. Пациент О., до (а) и после операции (б)

Клинический пример 2. Пациентка Х., поступила в ОРПМХ в экстренном порядке

23.11.2003г. с дефектом тканей кончика, колумеллы и области правого крыла носа от укуса домашней собаки (рис. 2а, б). Под общим эндотрахеальным наркозом рана потерпевшей промыта обильным количеством мыльного раствора и антисептиков, затем проведено экзостомное иссечение оборванных краёв раны. Учитывая обширный дефект покровных тканей с оголением хрящей носа, дефект решили укрыть перемещённым НЛЛ. По ходу правой назолабиальной складки выкроен продолговатой формы кожно-жировой лоскут размером 6х2 см на краниальной ножке. На этом этапе проведена инъекция 2600 МЕ антирабического иммуноглобулина, половина которого введена в мягкие ткани вокруг ран, а другая половина - внутримышечно в ягодичцу. Лоскут перемещён на дефект и по окружности ушит узловыми кожными швами. Донорская рана ушита первично. После завершения операции проведена первая инъекция культуральной очищенной концентрированной антирабической вакцины (КОКАВ) 2,5 МЕ. Течение послеоперационного периода проходило гладко. Больная получала антибиотик широкого спектра действия, обезболивающие, противовоспалительные. Согласно схеме лечебно-профилактических прививок КОКАВ, убедившись в том, что в течение 10 дней наблюдения собака оставалась здоровой, дальнейшую вакцинацию прекратили. Перемещённый лоскут прижился. Больная на 11-е сутки в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное долечивание. Через 8 месяцев после операции на контрольном осмотре отмечен хороший отдалённый эстетический результат: прижившийся лоскут, рубцы оформленные, мягкие (рис. 2 в, г). Больная удовлетворена результатом хирургического лечения.



Рис. 2. Пациентка Х., после укуса собаки (а) и после операции (г)

Клинический пример 3. Пациентка Р. 7 лет, госпитализирована в плановом порядке через 4 месяца после укуса собаки. Наличие дефекта носа вызывало у девочки комплекс неполноценности, и она отказывалась учиться в школе. При осмотре обнаружен дефект кончика и правого крыла носа размерами 1,4 x 2,0 см. Рубцы в области носа были гипертрофированными (рис. 3 а, б). Для реконструкции носа возникла необходимость поднятия билатерального НЛЛ размерами 5,0 x 1,5 см на краниальной ножке. Лоскуты перемещены в медиальном направлении, правосторонний лоскут согнут, подобно сэндвичу, тем самым реконструировано правое крыло носа. Левый лоскут был использован в воссоздании кончика носа (рис. 3 в, г). Таким образом, удалось максимально восстановить эстетическую форму носа.



Рис. 3. Пациентка Р., до (а) и после операции (б)

Как видно на этих примерах, перемещение назолабиального лоскута на краниальной ножке, выкроенного на поражённой стороне носа без нанесения ощутимого ущерба донорской области, дало возможность реконструировать имеющийся дефект и обеспечить должную адаптацию лоскута с подлежащими и окружающими тканями в условиях сложного рельефа частей носа. К тому же, успешный опыт первичного воссоздания части лица, утраченной в результате укуса животного, позволяет шире использовать способ первичного укрытия дефектов лица при укушенных ранах.

Клинический пример 4. Больной Т. в течение 3 лет страдал хроническим конъюнктивитом вследствие посттравматического эктропиона левого нижнего века (рис. 4 а). Также отме-

чал эстетические неудобства в связи с рубцовой деформацией верхнего века. В 2003 г. поступил в ОРПМХ на оперативное лечение. Под общим обезболиванием иссечён стягивающий рубец наружного угла левой подглазничной области, дефект тканей который составил 3,3 x 2,2 см. По стандартной технологии выкроен унилатеральный, ипсилатеральный назолабиальный лоскут. Для устранения деформирующего рубца верхнего века левого глаза одновременно был выкроен надбровный ротационный лоскут. Лоскуты прижились первичным натяжением (рис. 4 б). Явления конъюнктивита под действием соответствующей терапии прекратились в течение первого месяца после операции, что связано с устранением главной причины, вызвавшей её, – эктропиона. Больной доволен результатом хирургического лечения.



Рис. 4. Пациент Т., до (а) и через 6 месяцев после операции (б)

Клинический пример 5. В ОРПМХ в июне 2004 года обратилась пациентка в возрасте 20 лет с послеожоговым эктропионом век правого глаза, алопецией правой половины головы и брови, деформацией правой половины лица (ожог кипятком). На момент осмотра у пациентки имелся выворот верхнего и нижнего век справа и обширные стягивающие рубцы окологлазничной и назолабиальной области правой половины лица (рис. 5. а).

В связи с этим применение ипсилатерального НЛЛ не представлялось возможным. В связи с этим нами разработан способ устранения эктропиона нижнего века контралатеральным НЛЛ (Удостоверение на рац.предложение № 3023-Р-238, выданное ТГМУ от 24.10.2004г.). После освобождения век от рубцовых сращений образовался дефект покровных тканей размерами 5x3 см.

Выкроен кожно-жировой контралатеральный назолабиальный лоскут размерами 8x3 см на краниальной ножке слева, в состав которой включена левая угловая артерия. Перемещением этого лоскута укрыт дефект подглазничной области (рис. 5, б). Донорская рана ушита путём приближения краёв раны в дистальной её части.

Однако проксимальная часть донорской раны, которая соответствовала спинке носа, из-за натяжения в пределах 1,5 x 1,5 см, как и дефект верхнего века укрыт полнослойным кожным трансплантатом (рис.5, в). Полнослойные кожные трансплантаты и перемещённый лоскут успешно прижились. В отдалённом послеоперационном периоде отмечается хорошая симметрия выреза глаз и отсутствие эктропиона (рис.5 г).



Рис. 5. Пациентка Я. до (а), во время (б, в) и после операции (г)

Как видно из этих двух случаев, рациональное применение назолабиального лоскута с индивидуальным учётом выкройки размеров и формы дефектов покровных тканей подглазничной области при их замещении, а при необходимости - сочетание данного лоскута с другими видами перемещённых кожно-жировых лоскутов или кожных аутотрансплантатов, позволяет освободить больных от комплекса неполноценности и улучшить качество их жизни.

Иссечение рубцовых деформаций, невусов и опухолей с устранением возникшего дефекта и восстановление контуров средней зоны лица с использованием ткани близлежащей области в виде перемещённого назолабиального лоскута, позволили добиться лучших результатов благодаря идентичности окраски и текстуры кожных покровов. Доказательством сказанному могут быть следующие примеры:

Клинический пример 6. Расположенное на видном месте – спинке носа, больше справа,

родимое пятно в виде географической карты (рис. 6 а, б), с неровными краями общей площадью 4 см² доставляло семилетней пациентке эстетические неудобства. Под общим обезболиванием на правой половине лица параллельно ходу носогубной складки выкроен продолговатый кожно-жировой лоскут длиной 4,0 см и шириной 1,5 см. Лоскут перемещён и уложен на образовавшийся дефект носа и фиксирован узловыми подкожными и кожными швами (рис. 6. в). Донорская рана закрыта без особого натяжения местными тканями путём наложения узловых кожных швов. Раны зажили первичным натяжением в течение 6-10 дней, лоскут прижился без признаков ишемии. На контрольном осмотре через 8 месяцев после операции, рубцы были оформленными и почти незаметными, контуры носа естественными (рис. 6. г).



Рис. 6. Пациентка Р., до (а), во время (б, в) и после операции (г)

Клинический пример 7. Пациентка М., 13 лет обратилась с жалобами на эстетическо-неприемлемый бородавчатый невус на широком основании на правом крыле носа, который медленно увеличивался в размере и выступал над окружающими тканями на 3 мм (рис. 7 а). После иссечения невуса выкроен ипсилатеральный НПЛ на каудальной ножке нужных размеров, перемещением которого укрыт образовавшийся дефект (рис. 7 б, в). Результат патогистологического исследования удалённой ткани: бородавчатый внутридермальный невус. Результат операции вполне удовлетворяет пациентку.

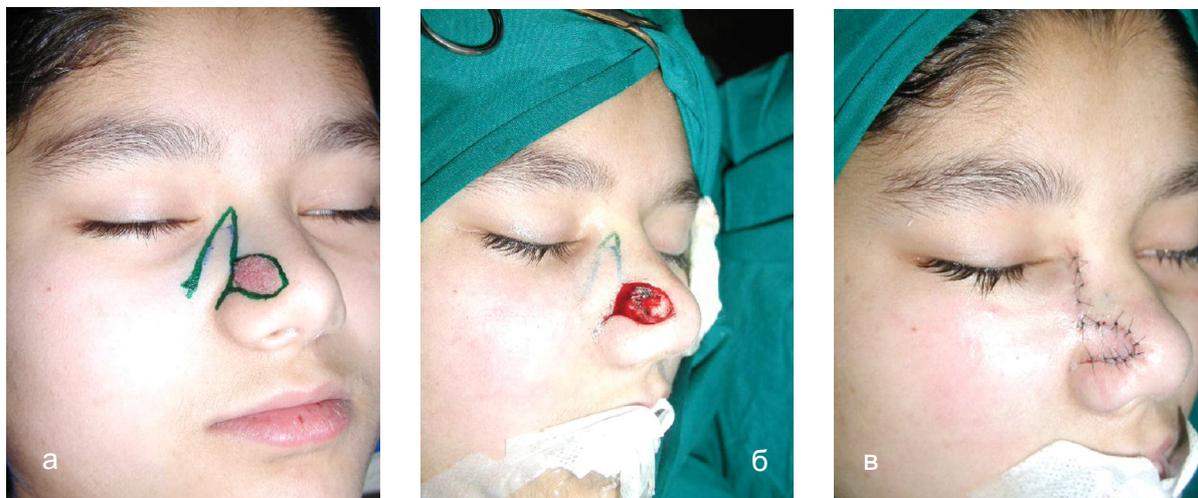


Рис. 7. Пациентка М. до (а), во время (б) и после завершения операции (в)

Клинический пример 8. Пациентка М. 17 лет поступила с жалобами на наличие посттравматического рубца верхней губы. Косой рубец размерами 1,4 x 0,2 см стягивал верхнюю губу, став причиной неполного смыкания губ (рис. 8 а).



Рис. 8. Пациентка М. до (а), во время (б, в) и после операции (г)

Хотя посттравматический рубец у пациентки образовался ещё в детстве, долгие годы она особо не беспокоилась, пока не встал вопрос о замужестве. Под общим обезболиванием рубец был иссечён, левая половина верхней губы освобождена от стягивающих спаек, дефект покровных тканей составил 1,6 см x 1,3 см (рис. 8 б). Для укрытия последнего выкроен левосторонний лоскут по носогубной складке. Донорская зона, соответствующая естественной складке лица, ушита без натяжения (рис. 8 в, г). Лоскут также прижился.

Результаты и их обсуждение. Ближайший послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. У всех оперированных раны зажили первичным натяжением, нарушения кровообращения лоскута не было отмечено ни в одном случае. Наличие послеоперационных осложнений у оперированных нами пациентов не наблюдалось. Отдалённые результаты операций в сроках от 6 месяцев до 12 лет наблюдались нами у 21 оперированного больного. Во всех случаях достигнута поставленная перед операцией цель, и результаты вполне удовлетворяли пациентов. Необходимость в корригирующих вмешательствах ни у одного из наблюдавшихся не возникала. Через 3-4 месяца после операции практически у всех пациентов отмечается возвышение поверхности перемещённого лоскута над поверхностью окружающих тканей, которое оценено нами как преходящий лимфостаз тканей лоскута. Эти явления разрешались самостоятельно по мере созревания рубца, начиная с 6 месяцев до 8 месяцев после операции.

Как следует из вышеизложенного, НЛЛ нами применялся для укрытия дефектов различных участков лица. Этому способствовала большая мобильность лоскута, что позволяло укрыть дефекты покровных тканей в области крыла и спинки носа, нижних век, скуловой области и верхней губы. Ввиду этого мы считаем, что использование НЛЛ является оптимальным способом укрытия дефектов указанных выше локализаций. Такого же мнения придерживаются El-Marakby (2005) и Glat PM et al. (1998), которые считают НЛЛ идеально пригодным для укрытия малых и средних дефектов лица. Наряду с другими преимуществами лоскут легко удаётся поднять и не требуется дополнительного оснащения, что подчёркивается в работах большинства авторов [7, 9-11].

ВЫВОДЫ

Сфера использования назолабиального лоскута в реконструктивной хирургии средней части лица многогранна в зависимости от задач восстановления. Сторону, из которой будет выкроен носогубной лоскут, и направление его ножки, нужно подбирать тщательно, в зависимости от преимущественной локализации дефектов и деформаций, состояния соседних мягких тканей и площади образовавшегося дефекта покровных тканей. Проведённые реконструкции и замещения косметического дефекта эстетически важного участка тела данным лоскутом позволило добиться большего соответствия между естественными и восстановленными частями лица по сравнению с другими способами реконструкции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жан-Мак Субириан. Косметическая хирургия. – Изд-во «Феникс», Ростов-на-Дону, 1995
2. Пьер Хеден. Энциклопедия пластической хирургии. – М.: АСТ «Астрель», 2001. – С. 124-145
3. Юденич В.В., Гришкевич В.М. Руководство по реабилитации обожжённых – М.: Медицина, 1986
4. Eiju Uchinuma, Kiyoshi Matsui, Yasuhito Shimakura. Evaluation of the median forehead flap and the nasolabial flap in nasal reconstruction // Aesthetic plastic surgery. - 1997. – Vol. 21. – P. 86-89
5. Van Wijk M.P., Damen A., Nauta J.M. Reconstruction of the anterior floor of the mouth with the

- inferiorly based nasolabial flap // European journal plastic surgery. - 2000. – Vol. 23. – P. 200-203
6. Demir Y., Aktepe F., Ozcukurlu A. Trigeminal trophic syndrome: a case with alar ulceration// European journal plastic surgery. - 2002. – Vol. 25. – P. 38-40
7. Hamdy H. El-Marakby. The versatile naso-labial flaps in facial reconstruction // Journal of the Egyptian Nat. Cancer Instr. - 2005. - Vol. 17. - № 4, December. – P. 245-250
8. Guero S., Bastian D., Lassau J. P., Csukonyi Z. Anatomical basis of a new naso-labial island flap // Journal of clinical anatomy – Surgical radiologic anatomy. - 1991. – Vol. 13. – P. 265-270
9. Glat PM, Longaker MT, Jelks EB et all. Periorbital melanocytic lesions: excision and reconstruction in 40 patients.// Plastic and Reconstructive Surgery. – 1998. - Vol. 102(1), Jul. – P. 19-27
10. Yotsuyanagi T, Yamashita K, Urushidate S et all. Nasal reconstruction based on aesthetic subunits in Orientals // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2000. – Vol. 106(1).- Jul. – P. 36-44
11. Weerda H. Kompendium plastisch-rekonstruktiver Eingriffe im Gesichtsbereich.- „ETHICON”.- Norderstedt.- 1992

ХУЛОСА

**Имкониятҳои флепи назолабиалӣ дар ҷарроҳии таҷдиди рӯй
У. А. Қурбанов, З.И. Юнусова, А.А. Давлатов, С.М. Чанобилова**

Дар мақола муаллифон таҷрибаи шахсии истифодаи флепи (васлаи) назолабиалиро (ман-суб ба бинию лаб) барои рӯпӯши нуқсҳо ва бартараф кардани деформатсияи скарии мавзеҳои гуногуни рӯй овардаанд. Дар ҳама ҳолатҳо, натиҷаҳои хуби ҳам вазоифӣ ва ҳам эстетикӣ дуртарин ба даст оварда шудааст. Барои тасдиқ намудани натиҷаҳои ба даст оварда як қатор мисолҳои сарирӣ бо аксҳои беморон пеш ва пас аз амалиёти ҷарроҳӣ оварда шудаанд. Натиҷаҳоро ҷамъбаст намуда муаллифон ба хулоса омаданд, ки васлаи назолабиалӣ дар ҷарроҳии таҷдиди рӯй аҳамияти калон ва нисбат ба дигар тарзҳои алтернативӣ бартарии зиёд дорад.

SUMMARY

POSSIBILITIES OF NASOLABIAL SCRAP AT RECONSTRUCTIVE FACE SURGERY

U.A. Kurbanov, Z.I. Yunusova, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova

In the article the authors give own method of using nasolabial scrap for cover of defects and removal of scarred deformations of different face parts. In all cases good functional and aesthetic far-away results were received. Some clinical examples for the confirmation of the results were brought. The authors generalizing the results concluded that nasolabial scrap have big importance for reconstructive face surgery and preferred the other alternative methods.

