

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПЕРЕСАДКИ РАЗЛИЧНЫХ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

М.Л. Перлухин, А.Ф. Сулимов, А.Ш. Ахметьянов

Омская государственная медицинская академия

Представлен сравнительный анализ ближайших результатов замещения дефектов челюстно-лицевой области у 43 больных злокачественными новообразованиями. При микрохирургической аутоотрансплантации васкуляризированных комплексов тканей (18 больных) осложнения в виде нарушений микроциркуляции и краевого некроза лоскута развились в 3 (16,7%), полный некроз – в 1 случае (5,6%). При использовании «традиционных» методов пластики (25 больных) несостоятельность швов и некроз лоскутов возникли в 9 случаях (36%).

Ключевые слова: опухоли челюстно-лицевой области, хирургическое лечение, пластика послеоперационных дефектов.

REPLACEMENT OF MAXILLOFACIAL DEFECTS BY MEANS OF MICROSURGICAL AUTOTRANSPLANTATION

M.L. Perluchin, A.F. Sulimov, A.Sh. Akhmetyanov

Omsk State Medical Academy

Short-term results of maxillofacial defect replacement for 43 cancer patients were analyzed. Complications such as microcirculation disorder and marginal flap necrosis occurred in 3 cases (16,7%) and complete necrosis in 1 case (5,6%) after microsurgical autotransplantation of vascularized tissue complexes (18 patients). When using traditional methods of plastic surgery (25 patients), suture failure and flap necrosis were observed in 9 cases (36%).

Key words: maxillofacial tumors, surgical treatment, plastic surgery of postoperative defects.

Хирургическое удаление местно-распространенных первичных и рецидивных новообразований челюстно-лицевой области неизбежно приводит к образованию обширных дефектов. Дефицит пластического материала создает неблагоприятные условия для проведения восстановительных операций с применением местных ротационных лоскутов, свободных аутодермотрансплантатов и мигрирующего стебля Филатова [1, 2, 5]. Пластика с использованием кожно-фасциальных и кожно-мышечных лоскутов с осевым типом кровообращения, как правило, травматична и многоэтапна [3, 5]. Метод микрохирургической аутоотрансплантации васкуляризированных комплексов тканей позволяет надежно и эффективно устранить дефект за один этап [1, 2, 4, 6].

В работе проведен сравнительный анализ ближайших функциональных и эстетических результатов замещения дефектов челюстно-лицевой области различными методами, после хирургического лечения местно-распространенных и рецидивных новообразований у 43 больных. Исследование проводилось на базе

отделения опухолей головы и шеи ООД с 2003 по 2006 г. Все пациенты – лица мужского пола в возрасте свыше 50 лет. Дефекты устранялись методом микрохирургической аутоотрансплантации васкуляризированных комплексов тканей в 18 случаях (основная группа): лучевым лоскутом – у 15 больных, окологлобальным – у 2, паховым лоскутом – у 1 пациента; группу контроля составили 25 больных, у которых использовались «традиционные» виды пластики: местными тканями – в 9 случаях, дельтопекторальным лоскутом – в 8, филатовским стеблем – в 3, свободным кожным лоскутом – в 5 наблюдениях. Выбирая донорскую область, учитывали площадь дефекта. Дефекты наружных покровов лица и волосистой части головы площадью до 60 см² замещали лучевым лоскутом, а в группе контроля – пластикой местными тканями и свободной пересадкой кожи. Дефекты до 100 см² замещали лопаточным лоскутами, в контрольной группе – с помощью дельтопекторального лоскута и филатовского стебля. Сквозные дефекты дна полости рта и приротовой области, возникшие после удаления распространенных

и рецидивных злокачественных опухолей, замещали дублированным вариантом кожно-фасциального лучевого лоскута предплечья. В группе сравнения при замещении аналогичных дефектов использовался дельтопекторальный лоскут.

При использовании артеризированных лоскутов осложнения в виде нарушений микроциркуляции и краевого некроза лоскута были зарегистрированы в 3 случаях (16,7%), полный некроз лоскута возник у одного пациента. Причиной данных осложнений явились постлучевые изменения сосудистой стенки лицевой артерии и сдавление ножки лоскута мягкими тканями в области перегиба, что было выявлено впоследствии при ультразвуковом исследовании. В группе сравнения осложнения, связанные с несостоятельностью швов и развитием некроза лоскута, выявлены у 9 больных (36%). Следует отметить, что наибольшее количество осложнений возникло после пластики местными тканями и свободной пересадки кожи. Это объясняется тем, что после лучевой нагрузки, полученной при лечении злокачественных опухолей, количество сосудов в зоне облучения катастрофически уменьшается за счет их облитерации и нарастающего фиброза периваскулярных тканей. Перенос местных тканей в такую реципиентную зону, испытывающую гипоксию, предопределяет неблагоприятное течение регенераторных процессов.

Таким образом, при сравнении результатов пластики различными артеризированными лоскутами установлено, что наиболее целесообразным для устранения дефектов челюстно-лицевой области является использование

лучевого лоскута, преимуществами которого являются возможность формирования длинной сосудистой ножки, достаточное количество пластического материала для устранения большинства дефектов челюстно-лицевой области (до 60 см²), внесение в зону облучения пластического материала, обладающего достаточной регенераторной потенцией. Дефект донорской зоны легко устраним свободной пересадкой кожи. Использование микрохирургической аутотрансплантации васкуляризированных комплексов тканей с целью пластического замещения дефектов челюстно-лицевой области, возникших после хирургического лечения злокачественных новообразований, позволяет в относительно короткие сроки добиться положительных функциональных и приемлемых эстетических результатов, что является главным условием полноценной социальной и психологической реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева В.С., Воробьев Ю.И., Занделов В.Л., Политик А.П. Планирование местнопластических операций после лучевой терапии злокачественных опухолей головы и шеи с учетом микрогемодикуляции кожи // *Стоматология*. 1989. № 3. С. 39–42.
2. Миланов И.О., Шилов Б.Л. Пластическая хирургия лучевых повреждений. М., 1996. 78 с.
3. Миланов И.О., Трофимов Е.И., Комарова В.И. Эстетические аспекты микрохирургической аутотрансплантации тканей в реконструктивной хирургии // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 1998. № 3. С. 15–23.
4. Неробеев А.И. Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализированными лоскутами. М.: Медицина, 1988. 270 с.
5. О'Брайен Б. Микрососудистая восстановительная хирургия / Пер. с англ. М.: Медицина, 1981. 422 с.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. 416 с.

Поступила 22.11.06