

*А.В. Кузьменко, Д.О. Трифонон*  
**ЗАКРЫТИЕ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ  
МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Т.В. Каханович*  
*Кафедра челюстно-лицевой хирургии*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*A. V. Kuzmenko, D. O. Trifonov*  
**CLOSURE OF DEFECTS IN THE MAXILLOFACIAL AREA  
WITH LOCAL TISSUES**

*Tutor: associate professor T. V. Kahanovich*  
*Department of Maxillofacial Surgery*  
*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Пластику местных тканей используют в большинстве пластических хирургических операций, проводимых в челюстно-лицевой области и шеи. При проведении операций в амбулаторных условиях хирургам часто приходится прибегать к различным техникам и принципам пластики местных тканей, в том числе и для оказания помощи пациенту с травмами мягких тканей лица.

**Ключевые слова:** лоскут, пластическая хирургия, дефект, простое сближение краев раны.

**Resume.** Plastic surgery of local tissues is used in most plastic surgical operations performed in the maxillofacial region and neck. When performing operations in outpatient settings, surgeons often have to resort to various techniques and principles of local tissue plasty, including to assist a patient with facial soft tissue injuries.

**Keywords:** flap, plastic surgery, defect, simple convergence of wound edges.

**Актуальность.** Актуальность и важность данной работы обусловлена тем, что пластика местными тканями является одним из наиболее распространенных видов пластических операций в восстановительной хирургии челюстно-лицевой области и шеи. Преимущества местно-пластических операций перед другими группами оперативных вмешательств, используемых в пластической хирургии, заключаются в следующем:

- использовании для местной пластики тканей, однородных по строению, цвету, консистенции, со схожими функциональными свойствами (т. е. обладающих наибольшей органотипичностью к тканям воссоздаваемой области);
- сохранении иннервации, достаточного кровоснабжения и тонуса тканей, используемых для устранения дефектов;
- возможности хирургического устранения дефекта или деформации в один этап.

**Цель:** выделить наиболее часто встречающиеся варианты местно-пластических операций возмещения дефектов челюстно-лицевой области за 2022 год.

**Задачи:**

1. Изучить основные методы местно-пластических операций.
2. Определить особенности формирования дополнительных разрезов.
3. Определить сроки заживления ран после местно-пластических операций.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ литературных данных и данных научно-практических исследований по применению оперативно-технических приемов и принципов по закрытию дефектов челюстно-лицевой области мягкими тканями. Нами отобраны и изучены 183 истории болезней пациентов, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии 11 ГКБ за 2022 год, у которых выполнялись местно-пластические операции возмещения дефектов челюстно-лицевой области. Из них 99 мужчин и 84 женщины, возраст от 18 до 88 лет.

Методы устранения дефектов мягких тканей за счет простого сближения их мобилизованных краев и проведения дополнительных разрезов основаны на возможности кожи и подлежащих мягких тканей растягиваться из-за присущих им физиологических свойств эластичности. Для придания окружающим дефект местным тканям достаточной подвижности проводят их мобилизацию.

В основу предложенных приемов местно-пластических операций Ю. К. Шимановский положил принцип придания контурам дефекта мягких тканей вида простых геометрических фигур (четыреугольник, треугольник, эллипс и др.) с применением простых схем устранения дефектов как за счет простого сближения их мобилизованных краев, так и за счет сближения краев раны, мобилизованных путем проведения дополнительных разрезов.

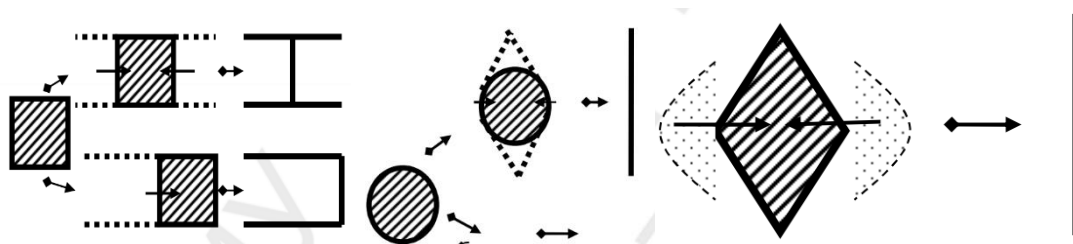


Рис. 1 – Контурам дефекта придан вид прямоугольника, ромба и круга



Рис. 2 – Закрытие дефекта путем простого проведения дополнительных разрезов, фото спустя 6 месяцев после операции

А.А. Лимберг также предложил оригинальную методику устранения дефектов ромбовидной формы, которые невозможно закрыть путем простого сближения краев раны после мобилизации. Например, после удаления патологического образования на коже лица формируется первичный дефект тканей в виде ромба с углами  $120^\circ$  и  $60^\circ$ . При такой форме дефекта путем проведения дополнительного разреза от вершины тупого угла в виде треугольника можно сформировать и мобилизовать

ромбовидный лоскут с конгруэнтными углами, который смещается в область дефекта и подшивается к его краям, геометрически полностью восполняя отсутствующие ткани.



Рис. 3 – Смещаемый ромбовидный лоскут



Рис. 4 – Образование в области угла глаза, удаление образования с проведением дополнительных разрезов, сопоставление краев раны с использованием ротационного лоскута

Устранение послеоперационного дефекта происходит за счет ротационного перемещения тканей сформированного лоскута с соблюдением оптимального соотношения длины лоскута к его ширине, которое обеспечивает сохранение адекватного кровоснабжения в тканях лоскута.

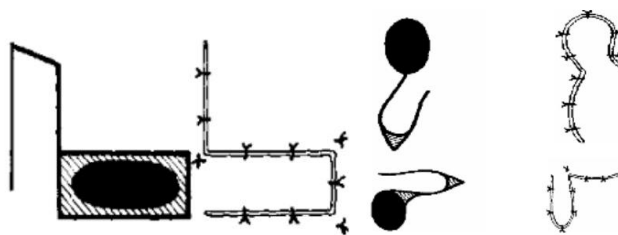


Рис. 5 – Ротационное перемещение тканей сформированного лоскута



Рис. 6 – Образование височной области справа, удаление образования с проведением дополнительных разрезов, перемещение ротационного лоскута, наложение швов

В челюстно-лицевой области с использованием скользящих лоскутов основаны на замещении мягкотканых дефектов кожно-жировыми, кожно-фасциальными, слизистыми или слизисто-надкостничными лоскутами, сформированными и перемещенными в область дефекта путем выдвигания вперед или бокового смещения («скольжения») отпрепарированных тканей в один этап.

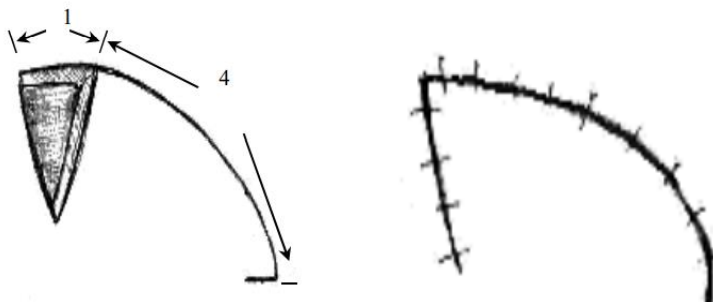


Рис. 7 – Формирование скользящего лоскута



Рис. 8 – Планирование формирования лоскута, закрытие дефекта скользящим лоскутом



Рис. 9 – Укушенно-рваная рана правой щеки и верхней губы, фото спустя 3 месяца после операции

**Результаты и их обсуждение.** В результате исследования было установлено, что за 2022 год в отделении челюстно-лицевой хирургии 11 ГКБ были выполнены 183 плановые операции, среди них: операции, выполненные простым сближением краев

раны – 172, простым сближением краев раны с проведением дополнительных разрезов – 3, взаимным перемещением встречных треугольных лоскутов – 1, ротационными лоскутами – 2, скользящими лоскутами – 5.

Количество обратившихся в приемный покой пациентов с ранами ЧЛЮ – 540. Была проведена ПХО ран и рекомендовано амбулаторное лечение – 523. Практически все эти дефекты были небольших размеров и закрывались путем простого сближения краев ран. 17 пациентов с обширными ранами госпитализированы в стационар.

**Выводы:** на основании проведенных исследований, были сделаны следующие выводы:

1. Закрывание дефектов и деформаций мягкими тканями занимает ведущее место среди методов в ЧЛЮ;
2. Дополнительные послабляющие разрезы производятся в соответствии с линиями наибольшего расслабления кожи;
3. Лечение проходит в один этап;
4. Сроки заживления ран после закрытия дефектов местными тканями от 7 до 10 суток.

#### Литература

1. Тесевич Л.И. Пластическое возмещение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области местными тканями: учеб. - метод. пособие / Л. И. Тесевич, Ф. А. Горбачев. – Минск : БГМУ, 2012. – с. 2-32.
2. Дыдыкин В.Ф. Пластика местными тканями в челюстно-лицевой хирургии: метод. рекомендации / В. Ф. Дыдыкин, В. В. Ковшов, Т. Г. Зеленина. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, – 2012. – с. 5-20.
3. Аржанцев П.З. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. Руководство для врачей / П. З. Аржанцев, В. А. Виссарионов, Б. Н. Давыдов и др.; Под ред. А. И. Неробеева, Н.А. Плотникова. М. : Медицина, 1997. – с. 72-88.
4. Мухин М.В. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / М. В. Мухин, Н. М. Александров, Г. И. Прохвятилов и др.; Под ред. Н. М. Александрова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Ленинград : Медицина : Ленингр. отд-ние, 1985. – с. 225-257.