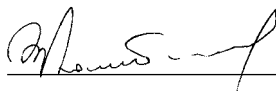


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

13 мая 2005 г.

Регистрационный № 11–0105

**ПЛАСТИЧЕСКОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ  
СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИРОТОВОЙ  
ОБЛАСТИ ОРГАНОТИПИЧЕСКИМ  
ПЛАСТИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ**

Инструкция по применению

**Учреждение-разработчик:** Белорусский государственный медицинский университет

**Авторы:** д-р мед. наук, проф. О.П. Чудаков, Н.М. Тризна, канд. мед. наук, доц. Л.И. Тесевич

Для возмещения сквозных дефектов приротовой области необходимо использовать плоский пластический материал, имеющий двустороннюю эпителиальную выстилку и включающий мышечную ткань, которая обеспечит сохранение и восстановление функции орального сфинктера.

В основе создания органотипического пластического материала (ОПМ) для возмещения сквозных дефектов приротовой области лежит методика формирования плоского эпителизированного кожного лоскута (ПЭКЛ), предложенная О.П. Чудаковым в 1975 г. ПЭКЛ может включать собственно кожу, подкожную клетчатку, фасциальную и мышечную ткани. Каждая из этих тканей обеспечивает приживание расщепленного аутодермального трансплантата толщиной 0,2–0,4 мм в погружных условиях и формирование спайного соединительно-тканного слоя с сетью кровеносных сосудов, что создает двусторонний эпителиальный покров, плоскую и тонкостенную структуру пластического материала. Недостатком прототипа является то, что в дистальной части сформированного лоскута частично отсутствуют мышечные волокна, нарушается непрерывность круговой мышцы рта.

Предлагаемый способ пластического возмещения сквозных дефектов приротовой области позволяет восстановить непрерывность круговой мышцы рта. Для этого мышцы, включенные в тканевой состав ОПМ на этапе формирования, фиксируют к дистальному концу лоскута в состоянии физиологического натяжения, а при подшивании ОПМ к краям дефекта мышечный слой соединяют узловатыми швами с остатком круговой мышцы рта в области дефекта.

Предлагаемая методика не требует использования микрохирургического оборудования, что позволяет рекомендовать ее для восстановительного лечения в специализированных отделениях лечебно-профилактических учреждений как областного, так и городского уровня.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

1. Доброкачественные опухоли и предраковые заболевания красной каймы губ размером от  $\frac{1}{2}$  длины губы и более.
2. Приобретенные деформации и сквозные дефекты губ и щек (травматические, послеожоговые, пострезекционные).

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ, ПРЕПАРАТОВ, ИНСТРУМЕНТАРИЯ**

1. Набор хирургических инструментов для кожных иссечений.
2. Диатермокоагулятор.
3. Электродерматом.
4. Нерассасывающийся шовный материал.
5. Перевязочный материал.
6. Оборудование для эндотрахеального наркоза.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

### **Предоперационная подготовка пациентов**

Оперативное вмешательство по пластическому возмещению сквозных дефектов приротовой области проводится в плановом порядке в профильных отделениях. Предоперационное обследование пациентов выполняется в амбулаторных условиях. В перечень необходимых исследований входят: фотограммы лица пациента (анфас и профиль крупным планом), общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенография (флюорография) органов грудной клетки, электрокардиограмма, определение группы крови и резус-фактора. Осмотр терапевта и других специалистов — по показаниям. Утром в день операции очищается кожа, у мужчин сбрасывается волосяной покров. В операционную пациенты поступают натощак.

За 30 мин до операции проводится премедикация, рекомендованная при осмотре врачом-анестезиологом и включающая парентеральное введение транквилизаторов, холинолитиков, антигистаминных препаратов.

Оперативное вмешательство выполняется под эндотрахеальным наркозом. Положение больного на операционном столе — лежа на спине с несколько запрокинутой головой.

### **Этапы операции**

Пластическое возмещение сквозных дефектов приротовой области осуществляется в два или три этапа.

На *первом этапе* создается ОПМ. Методика формирования ОПМ включает следующие моменты:

1. Выбор области формирования ОПМ. Для возмещения сквозных дефектов нижней губы ОПМ создают в подбородочной области, верхней губы — в области носогубной складки, при комбинированных дефектах губ, углов рта и щек — в верхнебоковом отделе шеи, плеча или надплечья.

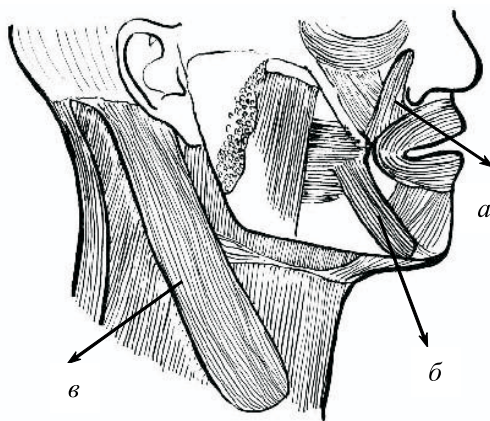
2. Выкраивание кожно-мышечного лоскута. Для возмещения субтотальных сквозных дефектов губ и комбинированных сквозных дефектов используют лоскут на одной питающей ножке, тотальные дефекты губ устраняют лоскутом на двух питающих ножках или «встречными» лоскутами, каждый из которых имеет одну питающую ножку. В области носогубной складки или подбородочной области выкраивают языкообразный лоскут, в состав которого включают часть близлежащих мимических мышц. Для пластического возмещения сквозных дефектов верхней губы включают мышцу, поднимающую верхнюю губу; для пластического замещения сквозных дефектов нижней губы используют лоскут из подбородочной области с включением мышцы, опускающей угол рта. При возмещении обширных сквозных дефектов губ и щек в лоскут, выкроенный в верхнебоковом отделе шеи, плеча или надплечья, включают волокна кивательной, двуглавой или дельтовидной мышцы (рис. 1). Включенная в состав ОПМ мышца фиксируется к дистальной части лоскута узловатыми швами в состоянии физиологического натяжения.

3. Взятие расщепленного аутодермотрансплантата (РАДТ) осуществляется электродерматомом с внутренней поверхности плеча. Размеры РАДТ должны быть в два раза больше, чем размеры формируемого ОПМ, толщина — 0,3–0,4 мм. Подготовленный РАДТ разделяется на две равные части и погружается на 10 мин в изотонический раствор хлорида натрия с антибиотиками или в 0,05% водный раствор хлоргексидина биглюконата.

4. Фиксация РАДТ. Аутодермотрансплантаты дермальной частью укладываются на раневые поверхности кожно-мышечного лоскута и материнского ложа, затем подшиваются с отступом от краев последних по 0,3–0,5 см узловатыми швами в состоянии физиологического натяжения.

5. Возвращение созданного ОПМ в прежнее положение и фиксация его к краям раны. Тканевая структура сформированного

ОПМ — кожа, подкожная клетчатка, мышца, РАДТ. Фиксация ОПМ осуществляется отдельными узловатыми швами из нерассасывающегося шовного материала, которые снимаются через 6–8 сут после операции. Все это проводится с целью создания погружных условий для полного и достаточно прочного приживания РАДТ. Закрепление созданного ОПМ препятствует его сокращению не только сразу после образования, но и в процессе созревания, а также обеспечивает натяжение мышечной ткани, которое необходимо для сохранения ее функции.



*Рис. 1. Области формирования ОПМ:  
 а — ОПМ образован в области носогубной складки, в его состав включена *m. levator labii superior*;  
 б — ОПМ образован в подбородочной области с включением *m. depressor anguli oris*;  
 в — ОПМ образован в верхнебоковом отделе шеи с включением волокон *m. sternocleidomastoideus**

На *втором этапе* проводится удаление опухоли или рубцовой деформации приротовой области с одновременным пластическим возмещением образовавшегося первичного дефекта ОПМ, сформированным на первом этапе. Второй этап осуществляется через 14–18 дней, когда РАДТ полностью приживается к раневым поверхностям кожно-мышечного лоскута и материнского ложа, при этом сохраняются жизнеспособные мышечные волокна, потенциально способные к восстановлению функции.

По линии прежнего рубца производится разрез кожи с высвобождением ОПМ, который прошивают капроновой держалкой и отворачивают наружу. Края ОПМ освежаются, затем осуществляется моделирование ОПМ по форме и размерам первичного дефекта. Подготовленный ОПМ перемещается в область первичного дефекта и послойно подшивается к его краям в состоянии физиологического натяжения. Края дефекта слизистой оболочки соединяют узловатыми швами с прижившимся РАДТ, мышечный слой ОПМ — с остатком круговой мышцы рта в области дефекта, кожную часть ОПМ — с красной каймой губ или кожными краями дефекта. Прижившийся РАДТ в области материнского ложа иссекается, и рана послойно зашивается наглухо. Если размеры образующегося при иссечении РАДТ дефекта не позволяют закрыть его местными тканями, то РАДТ может быть оставлен.

Гемостаз осуществляется в процессе операции путем диатермокоагуляции мелких сосудов и перевязки более крупных ветвей артериальных стволов. Полость рта и линия швов обрабатываются растворами антисептиков, накладывается асептическая повязка.

Отсутствие красной каймы вновь созданной губы устраняется хейлопластикой по Мухину через 6 мес. после второго (третьего) этапа. Вопрос о необходимости проведения последующих корригирующих операций решается индивидуально.

Схемы пластического возмещения сквозных дефектов различных размеров и локализации представлены на рис. 2, 3, 4.

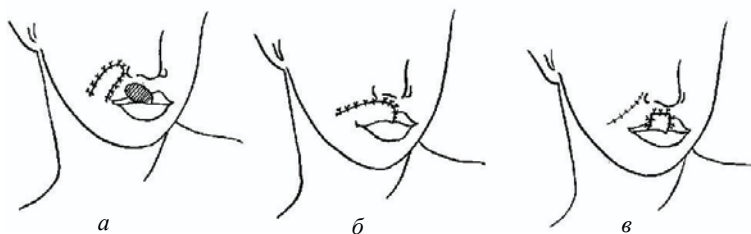
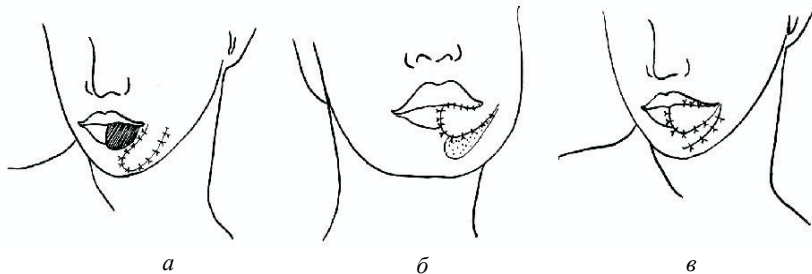


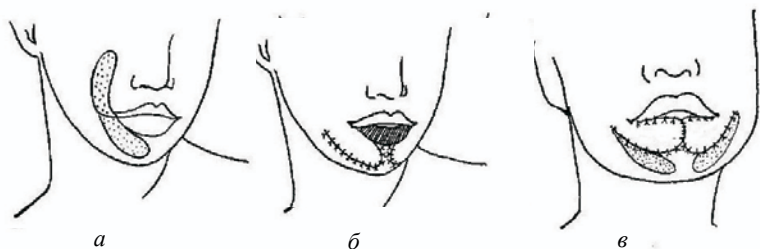
Рис. 2. Устранение частичного сквозного дефекта верхней губы с помощью ОПМ:

- а* — ОПМ образован в области носогубной складки, в его состав включена *m. levator labii superioris*;
- б* — ОПМ перемещен и подшит к освеженным краям дефекта;
- в* — РАДТ иссечен в области материнского ложа (окончательный этап пластики)



*Рис. 3. Устранение частичного сквозного дефекта нижней губы с помощью ОПМ:*

*а — в подбородочной области образован ОПМ на одной питающей ножке с включением *m. depressor anguli oris*;  
 б — ОПМ перемещен и подшит к освеженным краям дефекта, РАДТ в области материнского ложа оставлен;  
 в — дефект восполнен ОПМ, РАДТ в области материнской почвы иссечен, рана послойно зашита*



*Рис. 4. Устранение тотального сквозного дефекта нижней губы ОПМ:  
 а — в подбородочной области образован ОПМ на одной питающей ножке с включением *m. depressor anguli oris*, РАДТ фиксирован на раневой поверхности лоскута и материнской почвы;  
 б — вблизи дефекта образованы два ОПМ;  
 в — окончательный вид после второго этапа пластики*

Пластическое возмещение комбинированных дефектов губ, углов рта и щек осуществляется в три этапа. На втором этапе ОПМ переносится к дефекту и подшивается к краям его свободным концом. Во время третьего этапа пластики отсекается питающая ножка, проводится окончательное закрытие дефекта.

## **Послеоперационное ведение пациентов**

В послеоперационном периоде проводится профилактика пневмонии, по показаниям — антибактериальная терапия. На 1–2 дня назначается строгий постельный режим. Зондовое питание осуществляется через трубочку в неоперированный угол рта в течение 6–8 сут с последующим переходом на протертый стол. Необходимо гигиенический уход за полостью рта. В течение 2–3 сут парентерально вводятся ненаркотические анальгетики, антигистаминные средства. перевязки выполняются ежедневно с ирригацией полости рта растворами антисептиков. Швы удаляются на 7–8-е сутки после операции. Послеоперационная рана заживает первичным натяжением. Для объективной оценки качества проведенного оперативного вмешательства проводится сравнительный количественный анализ до- и послеоперационных антропометрических параметров лица, объемных характеристик устраненного дефекта на основе фотограмм лица пациента (анфас и профиль крупным планом). Функциональная активность мышц приротовой области оценивается по результатам электромиографического исследования. После выписки из стационара пациентам назначается курс активной миогимнастики.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ**

1. Краевой некроз лоскута. При создании следует учитывать особенности кровоснабжения оперируемой области и соблюдать соотношение длины и ширины выкраиваемого лоскута.
2. Нагноение послеоперационной раны. Соблюдение асептики и антисептики во время операции и при перевязках позволит предупредить данное осложнение.

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

1. Гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области.
2. Рубцово-измененные ткани в области планируемого формирования ОПМ.