

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСТРОВКОВОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА НА ЖИРОВОЙ «ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ» ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ В ОБЛАСТИ ВНУТРЕННЕЙ СПАЙКИ ВЕК

Потемкин В.В.^{1, 2}, Марченко О.А.², Гольцман Е.В.², Черкашина А.С.²

¹ФГБОУ «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, Российская Федерация, Санкт-Петербург.

²СПбГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», Российская Федерация, Санкт-Петербург.

Резюме

В рамках данной статьи на основании клинических примеров рассмотрен способ восстановления дефектов нижнего века и внутренней спайки при иссечении обширных новообразований. Суть метода состоит в формировании островкового кожного лоскута на жировой «питающей ножке».

Сложность реконструкции данной зоны обусловлена ее анатомическими особенностями. Использование островкового кожного лоскута на жировой «питающей ножке» позволяет достичь должного функционального и косметического результата.

Ключевые слова: базальноклеточный рак; внутренняя спайка век; жировая «питающая ножка».

THE USE OF ISLAND PEDICLE CHEEK FLAP FOR REPAIR DEFECTS OF MEDIAL CANTHAL AREA

Potemkin V.V.^{1,2}, Marchenko O.A.², Goltsman E.V.², Cherkashina A.S.²

¹Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Russian Federation, Saint Petersburg.

²City Multi-Field Hospital No. 2, Russia Federation, Saint Petersburg.

Summary

In the framework of this article, based on clinical examples, a method for repairing defects of lower eyelid and medial canthal area after excision of extensive tumors is considered. The essence of the method consists in the formation of island pedicle cheek flap.

The complexity of the reconstruction of this region is due to its anatomical features. The use of island pedicle cheek flap allows to achieve proper functional and cosmetic results.

Keywords: basal cell carcinoma; medial canthal; island pedicle cheek flap.

Злокачественные новообразования придаточного аппарата глаза составляют 75% среди всех злокачественных опухолей органа зрения. В их структуре преобладает базальноклеточный рак (БКР), составляя по данным разных авторов от 72 до 95% [1, 2]. Плоскоклеточный рак и метатипический рак (5-10%), а также аденокарцинома мейбомиевой железы (0,7%) и меланома кожи (0,6%) встречаются намного реже. До 95% выявления БКР приходится на возраст от 40 до 80 лет, и в среднем составляет 60 лет. Мужчины и женщины заболевают одинаково часто [1]. По данным литературы приблизительно в 55% случаев БКР поражает нижнее веко, в 25% случаев- внутреннюю спайку века, в 15% случаев- верхнее веко, в 5 -8% случаев - кожу наружной спайки века. Отдельно стоит отметить, что в 69% случаев опухоль так или иначе затрагивает край века. Несмотря на возможность ранней диагностики опухолей кожи века, частота выявления запущенных стадий БКР составляет около 15%, что связано, в основном, с поздним обращением больных [1, 2].

Описано несколько вариантов лечения новообразований века, таких как криотерапия [3], лазерная эксцизия, гамма- облучение [4], однако их применение ограничивается локализацией образования, осложнениями после применения данных методов, а также невозможностью гистологического исследования удаленного новообразования и высоким риском рецидива [5].

Золотым стандартом лечения опухолей век является хирургический с одновременным реконструктивно-восстановительным этапом. Целью лечения является, прежде всего, полное удаление опухоли в пределах здоровых тканей, а также сохранение физиологического положения века, его функций и приемлемый эстетический результат [6,7].

Локализация, размеры, форма опухоли определяют выбор способа пластики дефекта тканей. При небольших размерах новообразования (до 20% длины века) возможна пластика дефекта местными тканями, при котором сближаются края линейной раны. Для исключения чрезмерного натяжения кожи, когда размер сквозного дефекта составляет от 20% до 30% длины века, дополнительно может быть использована латеральная кантотомия и кантолизис с латеральным перемещением [8].

Большой дефект века (до 40% от его длины) может быть устранен путем перемещения полукруглого кожномышечного лоскута в области латеральной спайки век в комбинации с латеральной кантотомией и кантолизисом [9].

При закрытии больших дефектов также может быть использована пластика кожно-мышечным перемещаемым лоскутом по методу Mustardé, свободным тарзokonъюнктивальным лоскутом, сложные методы реконструкции по Hughes, Hawes, Cutler—Beard, предполагающие временное закрытие глазной щели.

В случаях, когда дефект века невозможно восстановить способом бокового смещения тканей, возможно использование свободного кожного лоскута. Однако при обширных дефектах возможна анатомическая, функциональная и косметическая несостоятельность трансплантата, обусловленная нарушением гемодинамики, а также действием мимической и жевательной мускулатуры, которая препятствует должной адаптации трансплантата [10].

Рациональным способом пластики при сложных анатомических локализациях, а также обширном дефекте является пластика лоскутом кожи на «питающей ножке». Лоскут является продолжением одной из сторон дефекта, может быть выкроен с кожи века, виска, лба, щеки. При его формировании учитываются естественные кожные складки и борозды, в которых в последующем легко скроются рубцы. «Питающей ножкой» является анатомический комплекс, состоящий из подкожной жировой клетчатки и сосудисто-нервного пучка, обеспечивающий должное кровоснабжение и адаптацию трансплантата [11].

В данной статье представлен клинический случай иссечения БКР нижнего века с захватом внутренней спайки с пластикой островковым кожным лоскутом с щеки на жировой «питающей ножке». В мае 2019 г. на V микрохирургическое отделение СПбГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» обратилась пациентка 74 лет с жалобами на образование нижнего века левого глаза. Клинически новообразование представляло собой БКР узловой формы, на широком основании размерами не менее 3х3 см, локализующееся на внутренней 1/3 нижнего века с захватом медиальной спайки (рис. 1). Анатомические особенности этой области обуславливают сложность ее реконструкции. Во-первых, анатомический комплекс из лобного отростка верхней челюсти, слезной кости, глазничной пластинки решетчатой кости и вышележащих мягких тканей немного вогнут [12, 13]. Во-вторых, иссечение опухоли может привести к повреждению слезных канальцев. В-третьих, рубцевание в области нижнего века может индуцировать послеоперационный эктропион. При использовании в данном случае тканей лба или века для создания лоскута на «питающей ножке» потребуются их разворот, в результате чего образуется неестественная кожная складка. Оптимальным выбором в данной ситуации, на взгляд авторов, является пластика перемещаемым островковым лоскутом с щеки на жировой «питающей ножке», описанная Brian J. Lee с авторами [13].

Пациентке выполнено иссечение образования в пределах здоровых тканей коагуляционным ножом (рис. 2-а). Обозначены границы предполагаемого лоскута для замещения образовавшегося дефекта под его нижним краем на медиальной области щеки вдоль носослезной борозды. После мобилизации краев лоскута в его центре тупым способом сформирована «питающая ножка», состоящая из подкожной жировой клетчатки и ветвей лицевой и угловой артерии. Для формирования вогнутости в данной области и предотвращения послеоперационного выворота, при перемещении лоскута использованы фиксирующие узловые швы к надкостнице и передней ножке медиальной спайки век (Vicryl 4/00) (рис. 2-б) [13,14]. Края лоскута и раны ушиты узловыми швами (Vicryl 4/00), сформированный рубец находится в области естественной носослезной борозды (рис. 2-в). Течение послеоперационного периода проходило без особенностей (рис. 3).



Рис. 1. Вид пациентки
при поступлении

Fig. 1. Appearance of a
patient on admission

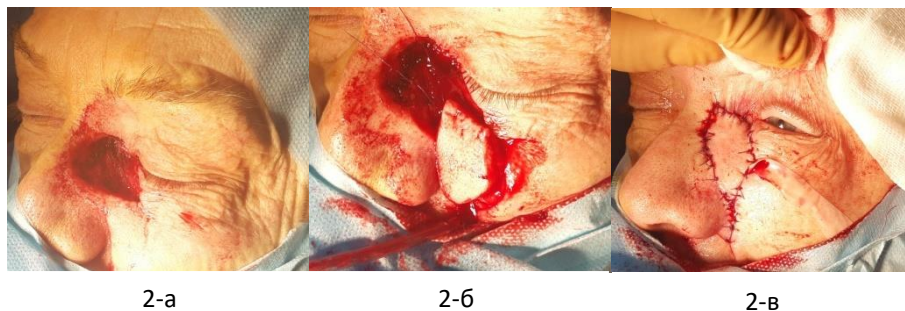


Рис. 2. Ход операции (описание в тексте)

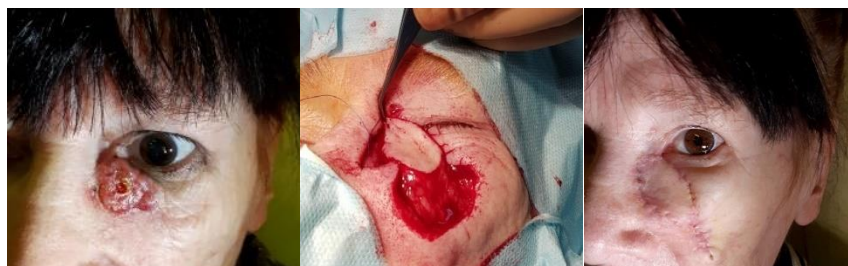
Fig. 2. Surgical procedure (description in the text)



Рис. 3. 6-е сутки после
операции

Fig. 3. Appearance of a patient in 6 days
after surgical procedure

Также в рамках данной статьи представлены клинические примеры с применением данного вида пластики нижнего века с захватом медиальной спайки.



4-а. Вид пациентки до операции
4-а. Appearance of a patient before surgery

4-б. Ход операции
4-б. Surgical procedure

4-в. Вид пациентки через месяц после операции
4-с. Appearance of a patient in 1 month after surgical procedure

Рис. 4 (а-в). Пример 1

Fig. 4 (a-c). Example 1



5-а. Ход операции
5-а. Surgical procedure

5-б. 6-е сутки после операции
5-б. Appearance of a patient in 6 days after surgical procedure

5-в. Вид пациентки через 4 месяца после операции
5-с. Appearance of a patient in 1 month after surgical procedure

Рис. 5 (а-в). Пример 2

Fig. 5 (a-c). Example 2



6-а. Вид пациента до операции
6-а. Appearance of a patient before surgery

6-б. 6-е сутки после операции
6-б. Appearance of a patient in 6 days after surgical procedure

Рис. 6 (а-б). Пример 3

Fig. 6 (a-b). Example 3



7-а. Вид пациента до операции

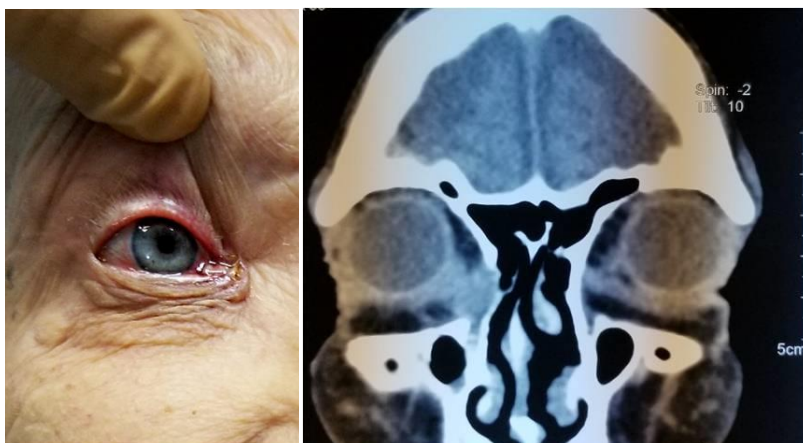
7-б. 6-е сутки после операции

7-a. Appearance of a patient before surgery

7-b. Appearance of a patient in 6 days after surgical procedure

Рис. 7 (а-б). Пример 4

Fig. 7 (a-b). Example 4



8-а. Вид пациента до операции

8-б. При компьютерной томографии видно глубину прорастания опухоли

8-a. Appearance of a patient before surgery

8-b. Computer tomography shows the depth of tumor

Рис. 8 (а-б). Пример 5

Fig. 8 (a-b). Example 5

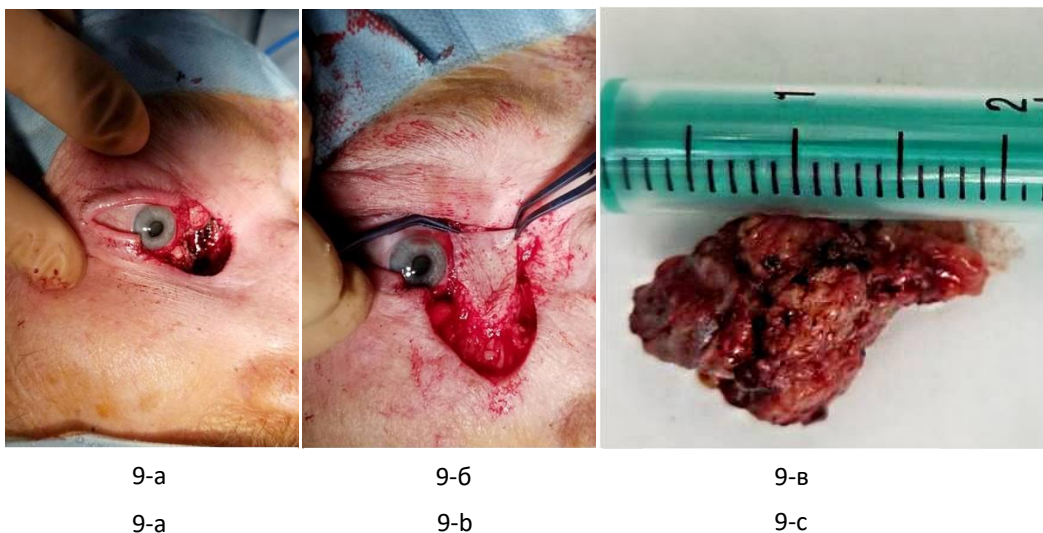


Рис.9. (а-в). Ход операции

Fig. 9 (a-c). Surgical procedure



Рис.10 (а-б). Вид пациента после операции

Fig. 10 (a-b). Appearance of a patient in 6 days after surgical procedure

Преимуществами вышеописанного метода пластики являются хорошее кровоснабжение лоскута за счет сохраненных ветвей лицевой и угловой артерий, а значит, его приживление. Сформированный комплекс из подкожной жировой клетчатки и сосудов обеспечивает адаптацию лоскута в сложной анатомической зоне за счет заполнения ложа своим объемом. Похожее строение смежно расположенных тканей обеспечивает приемлемый эстетический результат. Линейные рубцы впоследствии скрываются в естественных кожных складках.

Литература

1. Бровкина А.Ф. Офтальмоонкология. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2002. – 193 – 195 с., 424 с.
2. Allali J., D'Hermies F., Renard, G. (2205). Basal cell carcinomas of the eyelids. *Ophthalmologica*, 219: 57—71. DOI: 10.1159/000083263.
3. Anderson, R. (1978). A Warning on Cryosurgery for Eyelid Malignancies. *Archives of Ophthalmology*, 96(7), 1289–1290. doi: 10.1001/archopht.1978.0391006009902.
4. Rodriguez-Sains, R. S., Robins, P., Smith, B., & Bosniak, S. L. (1988). Radiotherapy of Periocular Basal-Cell Carcinomas. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*, 4(3), 185. doi: 10.1097/00002341-198804030-00056.
5. Buschmann, W. (2002). A reappraisal of cryosurgery for eyelid basal cell carcinomas. *British Journal of Ophthalmology*, 86(4), 453–457. doi:10.1136/bjo.86.4.453
6. Erdogmus, S., & Govsa, F. (2007). The arterial anatomy of the eyelid: importance for reconstructive and aesthetic surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 60(3), 241–245. doi: 10.1016/j.bjps.2006.01.056.
7. Kakizaki H, Malhotra R, Madge SN. Lower eyelid anatomy: anupdate. *Ann Plast Surg* 2009; doi: 10.1097/SAP.0b013e31818c4b22.
8. Burroughs, J. R., Soparkar, C. N. S., & Patrinely, J. R. (2003). The Buried Vertical Mattress: A Simplified Technique for Eyelid Margin Repair. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*, 19(4), 323–324. doi: 10.1097/01.iop.0000075013.85905.9b.
9. Tenzel, R. R. (1975). Reconstruction of the Central One Half of an Eyelid. *Archives of Ophthalmology*, 93(2), 125–126. doi: 10.1001/archopht.1975.01010020131007.
10. Милюдин Е.С. Пластическая хирургия век: автореф. Дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 1994. – 17 с. [Miludin ES, *Plasticheskaya hirurgiya vek*. Samara; 1994: 17 (In Russ.)]
11. Mustardé J.C. The use of flaps in the orbital region // *Plast. Reconstr. Surg.* — 1970. — 45. — P. 146-150.
12. Николаенко В.П., Астахов Ю.С. Орбитальные переломы: руководство для врачей. – СПб.: Эко-Вектор, 2012, с. 20. [Nikolaenko VP, Astahov JS. *Orbital'nye perelomy: rukovodstvo dlya vrachey*. Saint Petersburg; 2012: 20. (In Russ.)]
13. Lee, B. J., Elner, S. G., Douglas, R. S., & Elner, V. M. (2011). Island Pedicle and Horizontal Advancement Cheek Flaps for Medial Canthal Reconstruction. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*, 27(5), 376–379.

doi:10.1097/iop.0b013e318222f106 doi: 10.1097/IOP.0b013e318222f106,
PMID: 21743367.

14. Kim YJ, Han JK, Lee SI.

A subcutaneous pedicled propeller flap: new alternative technique for lower eyelid reconstruction after excision of basal cell carcinoma. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012 Oct;65(10):1434-6. doi: 10.1016/j.bjps.2012.05.010.