

УДК: 611.714(616-089-06)

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И СВОДА ЧЕРЕПАКаюмходжаев Абдурашит Абдусаломович, Низамходжаев Шамсиддин Заиниддинович,
Расулов Жамшид ДжурабаевичРеспубликанский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии
имени академика В.Вахидова**ЮЗ ВА БОШ СУЯГИНИНГ КЕНГ ҚАМРОВЛИ ВА ПЕРФОРАТИВ НУҚСОНЛАРИНИ ПЛАСТИК ЖАРРОҲЛИГИНИНГ БЕВОСИТА ВА УЗОҚ ДАВРДАГИ НАТИЖАЛАРИ**Каюмходжаев Абдурашит Абдусаломович, Низамходжаев Шамсиддин Заиниддинович,
Расулов Жамшид ДжурабаевичАкадемик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий
тиббийет макази**IMMEDIATE AND LONG-TERM OUTCOMES OF THE PLASTIC SURGERY FOR EXTENSIVE AND THROUGH DEFECTS OF THE FACIAL REGION AND SKULLCAP WITH DELTOPECTORAL FLAP**Kayumkhodjaev Abdurashit Abdusalomovich, Nizamkhodjaev Shamsiddin Zainiddinovich,
Rasulov Jamshid Djurabaevich.Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Surgery named after academician
V.Vakhidov, Tashkent, Uzbekistane-mail: shams0711@mail.ru

Резюме. Мақсад. Юз ва бош суюгининг кенг қамровли ва перфоратив нуқсонларини пластик жарроҳлигининг узоқ ва яқин натижаларини таҳлил қилиш. Материал ва усуллар. Тадқиқот Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ ўтказилган, иккита таққослаш гуруҳда юз ва бош суюгининг кенг қамровли ва перфоратив нуқсонлари бўлган 40 нафар беморларда ўтказилган. Операциядан кейин беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш учун University of Michigan head and neck quality of life сўровномаси қўлланилган. Натижалар. Аутоплантат трофикасини асоратлари таққослов гуруҳда 55,6% (18 тадан 15 тасида) ва асосий гуруҳда 13,6% ($p < 0.001$) ҳолатларда кузатилган. Асосий гуруҳ беморларида 100% ҳолларда аутоплантат мослашиши кузатилган, таққослов гуруҳда эса – 83,3% (18 дан 15) ($p = 0.047$). Операциядан кейинги узоқ давр натижаларини ўрганиш шуни кўрсатдики, таққослов гуруҳда – 38,9% (18 беморнинг 7 тасида), асосий гуруҳда – 4,5% (22 дан 1 тасида) ($p = 0.018$) ҳолларда қониқарсиз натижалар кузатилди. Асосий гуруҳда ҳаёт сифати даражаси кўрсаткичининг $54,9 \pm 6,3$ (бошланғич) дан $85,6 \pm 3,0$ гача кўтарилди. Хулоса. Юз ва бош суюгининг кенг қамровли ва перфоратив нуқсонларида делтопекторал аксиал лоскут билан ёпиш ва трансплантатни қон билан таминлашини яхшилаш учун машқлари юқори самарали усул бўлиб, лоскутнинг 100% уланишини таминлайди, яхши ва узоқ муддатли функционал ва эстетик натижаларни беради, беморларнинг ҳаёт сифатининг яхшилайди.

Калит сўзлар: юз ва бош суюгининг кенг қамровли ва перфоратив нуқсонлари, пластик микрохирургия, делтопекторал лоскут, бевосита ва узоқ даврдаги натижалар.

Abstract. Purpose of the study. to analyze the outcomes of plastic surgery of facial region and skullcap extensive and through defects. Material and methods. The study was conducted in RSPPMC of Surgery named after V.Vakhidov, in two comparison groups, 40 patients with facial and skullcap extensive and through defects. To assess the patients quality of life after surgery, a modified University of Michigan head and neck quality of life questionnaire was used. Results. Complications with impaired graft trophic features were observed in 55.6% (in 10 of 18) cases in the comparison group and in 13.6% (3 of 22) in the main group ($p < 0.001$), where flap engraftment was noted in 100% of cases, then as in the comparison group - in 83.3% (15 of 18) ($p = 0.047$). A study of long-term results showed that the frequency of unsatisfactory results in the comparison group was 38.9% (in 7 of 18 patients), in the main group - 4.5% (in 1 of 22) ($p = 0.018$). The quality of life indicator in the main group increased from 54.9 ± 6.3 (initial) to 85.6 ± 3.0 in the long term after surgery. Conclusion. The closure of extensive and through facial and skullcap defects with delto-pectoral axial flap and preliminary "trial hardening" and improving the graft blood supply is a highly effective technique and allows to ensure 100% flap engraftment, increasing the frequency of good long-term functional and aesthetic results and improve the quality of life of patients.

Key words: facial and skullcap extensive and through defects, plastic microsurgery, deltopectoral flap, immediate and long-term results

Введение. Основными этиологическими факторами обширных и сквозных дефектов лицевой области и свода черепа являются: посттравматические состояния (механическая и электротравма), постхирургические состояния опухолей головы и шеи, и гнойные заболевания.

Данные ВОЗ свидетельствуют, что в мире ежегодно 5 млн человек госпитализируются в результате полученных травм различного происхождения, из которых практически 50% случаев приходится на молодых людей в возрасте от 15 до 44 лет [1]. По данным ВОЗ опухоли головы и шеи занимают 6 место в мире. При этом удельный вес повреждений головы составляет от 6 до 16% в общей структуре травм мирного времени, травмы челюстно-лицевой области увеличились до 0,8 случаев на 1000 жителей.

Хирургическое лечение пациентов с обширными дефектами тканей области головы представляет собой одну из наиболее сложных проблем, не только технически, в силу анатомических особенностей (наличие жизненно важных образований, крупных магистральных сосудов, нервных стволов), но и в социальном, функциональном, эстетическом плане [2, 3].

В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными исследованиями реконструктивной микрохирургии продолжают оставаться разработка новых технологий возмещения не только наружных покровов, но и внутренней выстилки с минимальным использованием пластического материала. При этом, специалисты в данной сфере стали ориентироваться на отдельные методики пластики для конкретных дефектов, часто обсуждаются классификации для определения выбора костного лоскута в зависимости от утраченных границ челюстных костей при обширных и сквозных дефектах мягких тканей. Несмотря на технические достижения в области пластической микрохирургии, лишь немногие реконструктивные варианты лоскутов обладают множеством уникальных преимуществ (техническая простота, надежное осевое кровоснабжение, большой размер, тонкость и гибкость), которые могут обеспечить закрытие обширных и сквозных дефектов головы [4].

Ряд авторов связывают возникновение таких осложнений как тромбоз микроанастомоза, краевой некроз лоскута, подлоскутное нагноение, расхождение швов и отторжение с изменениями свойств аутологичной ткани после имплантации и приходят к выводу, что использование кожно-мышечных перемещенных лоскутов на сосудистой ножке лимитировано длиной сосудистой ножки и их большой толщиной [5]. За последние несколько десятилетий было разработано несколько вариантов препарации лоскутов, которые еще больше повышают его универсальность. Так,

по данным Остринской Т.В. и Жуманкулова А.М. «применение радиального лоскута предплечья является адекватным выбором, позволившим получить приемлемый функциональный и косметический результат при пластике дефектов головы и шеи после удаления злокачественных новообразований. Обладая большим диаметром донорских сосудов, лучевой лоскут предплечья значительно облегчает анастомозирование» [6].

В другом исследовании В.Д. Bradford и соавт. указали, что «свободный радиальный лоскут предплечья предлагает тонкий, податливый кожно-фасциальный лоскут, однако высока частота осложнений, связанных с микрососудистым анастомозом за счет значительного функционального нарушения при закрытии сквозных дефектов лица» [7].

По данным RC Chan. с соавт. использование зубчатого кожно-мышечного лоскута при обширных дефектах головы отличалось хорошими результатами, однако отмечены осложнения, связанные с громоздкостью лоскута и косметическим дискомфортом [8]. В то время как большинство абляционных дефектов головы и шеи можно восстановить одним лоскутом, могут возникнуть ограничения при реконструкции крупных сквозных дефектов лица. В этих экстремальных случаях требуется большой кожный лоскут для внутриротового введения.

Еще одной модификацией традиционной техники создания лоскута является дельтопекторальный лоскут, который позволяют выполнить одномоментную пластику, обеспечить косметический результат как в донорских, так и в реципиентных участках и избежать или, по крайней мере, минимизировать осложнения, связанные с приживлением лоскута [7].

Материал и методы. Настоящее исследование проведено в РСНПМЦ хирургии имени академика В.Вахидова. Для сравнительной оценки результатов сформировано две группы. В основную группу включено 22 больных, которым пластические вмешательства проведены по усовершенствованной методике подготовки и закрытия обширных и сквозных дефектов лица и свода черепа кожно-фасциальным дельтопекторальным лоскутом. Группу сравнения составили 18 больных, у которых пластика указанных дефектов осуществлялась свободными микрохирургическими лоскутами (кожно-фасциальный нижний лопаточный лоскут на микрососудистых анастомозах и кожно-фасциальный торакодорзальный лоскут на микрососудистых анастомозах).

В группе сравнения 18 больным с рубцовыми деформациями и дефектами области лица произведена аутоотрансплантация 18 мягкотканых лоскутов (торакодорзальный лоскут n=16 и лопаточный лоскут n=2) на микрососудистых анасто-

мозах. Операцию пересадки микрохирургических лоскутов выполняли в следующие этапы:

1. Подготовка воспринимающего ложа и реципиентных сосудов.
2. Забор мягкотканого ауто трансплантата.
3. Укладка лоскута и его реваскуляризация (формирование микрососудистых анастомозов).

Операцию выполняли двумя бригадами. Подготовка реципиентного ложа заключалась в широком иссечении рубцово измененной ткани, выделения из окружающих тканей и подготовки к анастомозированию реципиентной артерии и вены путем диссекции их под операционным микроскопом. Забор мягкотканых микрососудистых лоскутов осуществлялся по общеизвестным методам пластической микрохирургии. Этап формирования микрососудистых анастомозов является наиболее сложным и ответственным. Использован шовный материал Ethicon 8-0, 9-0, операционный микроскоп Opton (Germany).

Адекватность кровоснабжения пересаженных лоскутов контролировалась в течении 10 суток – срок, являющийся критическим в плане циркуляторных нарушений и развития тромбоза микроанастомозов.

Радикальное иссечение фиброзно-измененной ткани во всех случаях приводило к оголению подлежащих структур (мышц, поверхностных сосудов), то есть дефекты во всех случаях являлись глубокими. Это являлось одним из показаний использования адекватно кровоснабжаемого трансплантата для замещения дефекта. Отсутствие эффекта от использования традиционных способов пластики, характер рубца и обширность дефекта также являлись показанием к использованию микрохирургических свободных лоскутов.

Артериальные микроанастомозы формировали традиционными способами («конец в конец» - $n=15$, или «конец в бок» - $n=3$). Межвенозный анастомоз формировали, практически, всегда по типу «конец в конец» (16 случаев).

Отдаленные результаты пластики изучены у всех больных в сроки от 1 до 5 лет и оценивались по двум основным критериям: эстетический и функциональный эффекты.

К локальным функциональным расстройствам относили следующие жалобы: слюнотечение, нарушение жевания, нарушение каркасных свойств лоскута, локальные боли при движении (жевание, общение, мимика и др.), ограничение подвижности мышц лица.

В проблемы эстетического эффекта включены: рубцовая деформация в области пластики, неравномерность мягкотканного контура, отличие цвета кожного покрова лоскута от окружающих тканей.

Хороший результат характеризовался отсутствием жалоб со стороны пациентов по указанным критериям. При наличии только эстетического дефекта и только одного проявления функциональной проблемы результат расценивался как удовлетворительный. Неудовлетворительным считался результат с наличием нескольких функциональных дефектов или их сочетанием с грубой локальной деформацией.

В оценке ближайших результатов пластической хирургии обширных и сквозных дефектов головы основными клиническими критериями являются: динамика болевого синдрома, динамика воспалительного синдрома, динамика локальной температуры лоскута, структура ранних послеоперационных осложнений (тромбоз микроанастомоза, реконструкция микроанастомоза, краевой некроз лоскута, нагноение, подлоскутное нагноение, расхождение швов) и особенности приживления лоскута (первичное и вторичное приживление, отторжение).

Результаты. При анализе динамики разрешения воспалительного синдрома (рис. 1) были оценены его основные признаки – гиперемия и отек. Так, на 3 сутки после операции отек лоскута отмечался в 8 (36,4%) случаях в основной группе, тогда как в группе сравнения данный признак воспаления встречался с большей частотой и составил 10 (55,6%) случаев. На 7-е сутки после операции отек лоскута сохраняется у 7 (31,8%) пациентов основной и 9 (50,0%) пациентов группы сравнения. Уже на 10-е сутки отек лоскута отмечен всего в 13,6% случаях в основной группе и 38,9% случаях – группе сравнения ($p<0.05$).

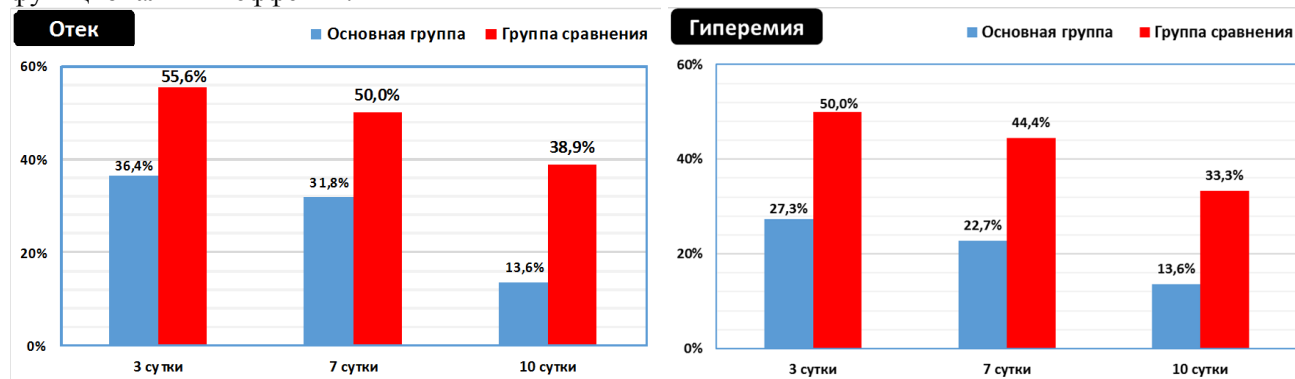


Рис. 1. Динамика воспалительного синдрома после операции.

Таблица 1. Структура и частота послеоперационных осложнений.

Осложнения	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс.	%	Абс.	%
Тромбоз микроанастомоза	-	0,0%	4	22,2%
Реконструкция микроанастомоза	-	0,0%	1	5,6%
Краевой некроз лоскута	1	4,5%	4	22,2%
Нагноение	1	4,5%	2	11,1%
Подлоскутное нагноение	-	0,0%	3	16,7%
Расхождение швов	2	9,1%	4	22,2%
Больных с осложнениями	3	13,6%	10	55,6%
$\chi^2=7,93; df=1; p<0,001$				

Таблица 2. Артерии головы и шеи, использованные в качестве реципиентных и тип сосудистых анастомозов в группе сравнения.

Реципиентная артерия	Способ реваскуляризации лоскута								Тромбоз анастомоза	
	Конец в конец		Конец в бок		Сквозное		Всего			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Поверхностная височная	2	11,1%	1	5,6%		0,0%	3	16,7%	1	33,3%
Лицевая	6	33,3%	2	11,1%	1	5,6%	9	50,0%	2	22,2%
Верхняя щитовидная	3	16,7%	2	11,1%	1	5,6%	6	33,3%	1	16,7%
Всего	11	61,1%	5	27,8%	2	11,1%	18	100%	4	22,2%

Анализ результатов показал, что в основной группе больных наличие и сохранение гиперемии лоскута отмечалось с сравнительно низкой частотой и с достоверной разницей ($p<0.05$) на всех этапах наблюдения, чем в группе сравнения. В основной группе подготовка лоскута в виде предварительной «закалки» и тренировки путем пережатия ножки позволило избежать этих явлений, что отражал более высокий показатель локальной термометрии.

Анализ структуры и частоты послеоперационных осложнений (табл. 1) в раннем периоде показал, что в основной группе больных с осложнениями наблюдалось меньше и с достоверной разницей (13,6% против 55,6%; $\chi^2=7,93; df=1; p<0,001$). Наблюдение за кровоснабжением в послеоперационном периоде пересаженных лоскутов ($n=18$) в группе сравнения производилось клиническими и инструментальными методами. В

4 случаях из-за тромбоза микроанастомозов наступил некроз лоскута. В 4 случаях отмечен краевой некроз пересаженных лоскутов, главным образом из-за затрудненного венозного оттока. Активный послеоперационный мониторинг, ранняя диагностика острых нарушений кровообращения в лоскуте и проведение повторных реконструкций микрососудистых анастомозов позволило улучшить непосредственные результаты.

В таблице 2 представлены названия артерий головы и шеи, и тип сосудистых анастомозов в группе сравнения, использованных в качестве реципиентных. Как видно, в половине случаев (9 из 18; 50%) была использована лицевая артерия и анастомоз «конец в конец» (6 из 18; 33,3%). Тромбоз анастомоза отмечен с наименьшей частотой при использовании верхней щитовидной артерии (1 случай; 16,7%).

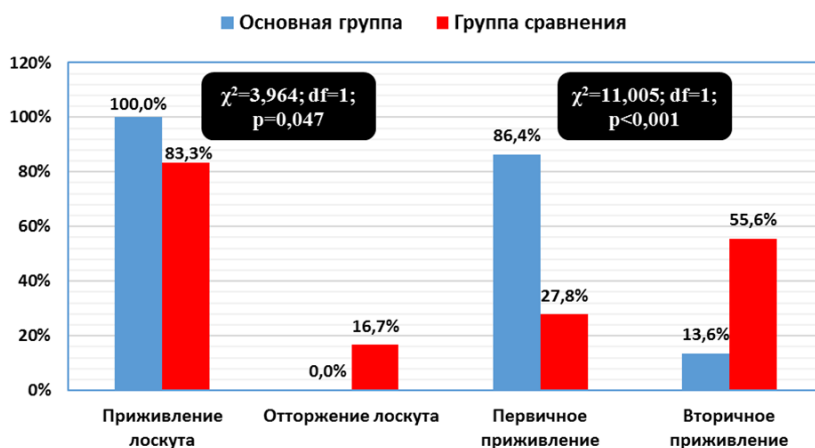


Рис. 2. Особенности приживления лоскута в группах исследования.

Анализ особенностей приживления лоскута в группах исследования (рис. 2) показал, что приживление отмечено у всех (22; 100%) больных основной группы, тогда как в группе сравнения – в 83,3% (15) случаях ($\chi^2=3,964$; $df=1$; $p=0,047$), в остальных 16,7% (3) – наблюдалось отторжение лоскута. При этом, первичное приживление отмечено в большинстве случаев в основной группе (19; 86,4%), тогда как в группе сравнения данный показатель составил лишь 27,8% (5) – $\chi^2=11,005$; $df=1$; $p<0,001$.

Таким образом, предложенная методика подготовки дельто-пекторального аксиального лоскута для пластики обширных и сквозных дефектов лицевой области и свода черепа позволила снизить частоту послеоперационных осложнений, связанных с нарушением трофики трансплантата с 55,6% (у 10 из 18 больных с пластикой свободным лоскутом на микрососудистых анастомозах) до 13,6% (3 из 22 пациентов) ($p<0,001$), при этом совершенствование тактико-технических аспектов операции обеспечило приживление лоскута в 100% случаев, тогда как в группе сравнения этот показатель составил – 83,3% (15 больных) ($p=0,047$).

Из рис. 3 видно, что хороший отдаленный результат пластики в основной группе больных отмечен с достоверно высокой частотой, чем в группе сравнения (68,2% против 33,3%). удовле-

творительный результат пластики наблюдался с равной частотой – 6 (27,3%) и 5 (27,8%) случаев в основной и группе сравнения соответственно. При этом неудовлетворительный результатов выявлен у 1 (4,5%) больного основной группы, тогда как в группе сравнения – у 7 (38,9%) пациентов ($\chi^2=8,129$; $df=2$; $p=0,018$).

Отдаленные функциональные результаты пластики (рис. 4) в группах исследования характеризовались относительно и достоверно высоким процентом ($\chi^2=10,346$; $df=2$; $p=0,006$) хороших результатов в основной группе, чем у больных в группе сравнения (90,9% против 44,4%), где в более чем половине случаев отмечены удовлетворительный и неудовлетворительный результаты (16,7% и 38,9%).

Что касается эстетического эффекта примененных методов хирургии обширных и сквозных дефектов лицевой области и свода черепа, то по данным анализа отдаленных результатов (рис. 5) видно, что хороший эффект был отмечен у большинства больных основной группы с достоверной разницей (68,2% против 33,3%; $\chi^2=9,396$; $df=2$; $p=0,010$). Также был несколько высок процент удовлетворительных результатов в основной группе, чем в группе сравнения (27,3% против 22,2%). При этом в группе сравнения частота неудовлетворительных результатов составила почти половину всех случаев (8; 44,4%).

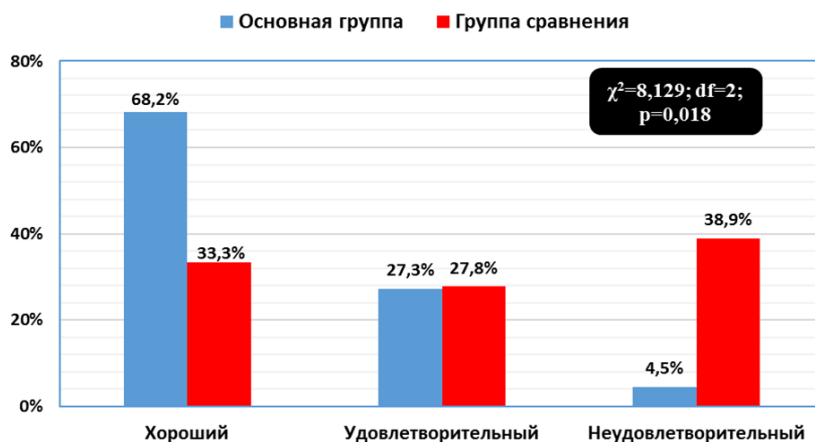


Рис. 3. Отдаленные результаты пластики в группах исследования.

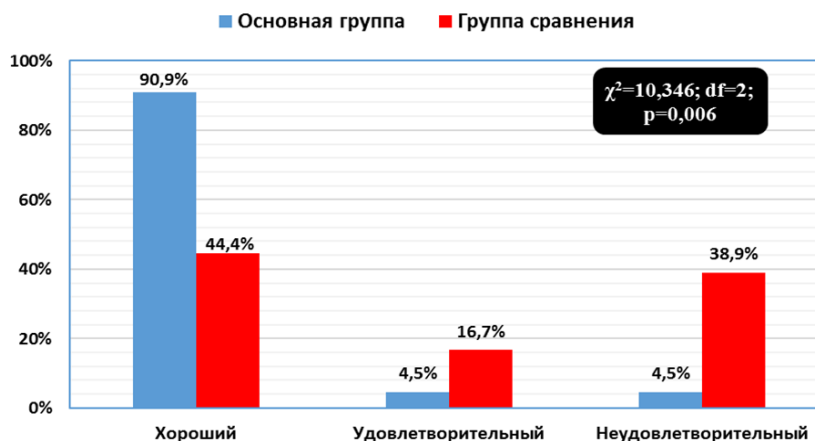


Рис. 4. Отдаленные функциональные результаты пластики в группах исследования.

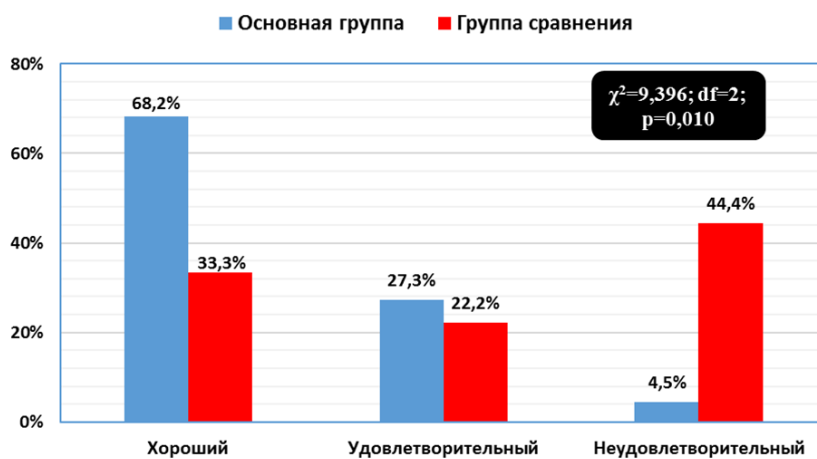


Рис. 5. Отдаленные эстетические результаты пластики в группах исследования.

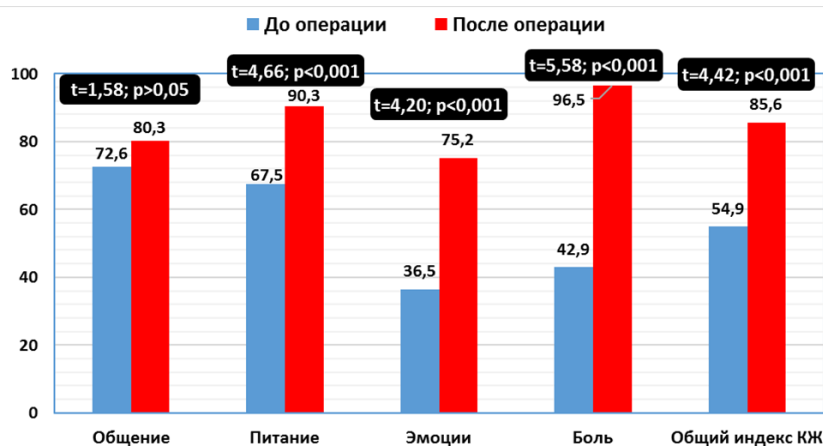


Рис. 6. Показатель качества жизни в основной группе.

В нашем исследовании для оценки качества жизни (КЖ) пациентов после пластики обширных и сквозных дефектов лицевой области и свода черепа применен модифицированный опросник University of Michigan head and neck quality of life (UM-HNQOL) (Ware J.E., Snow K.K., Koninski M., et al., 1993). Этот вопросник был адаптирован к пациентам с дефектами тканей головы и шеи до и после хирургической реабилитации в 2006 году в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» [5].

В группе сравнения оценка КЖ не проводилась, так как на момент проведения исследования сроки после операции в этой группе колебались от 15 до 29 лет. Оценка их отдаленных результатов проводилась сотрудниками отделения с анкетированием в сроки от 1 до 5 лет после операции.

На рис. 6 представлена динамика показателя КЖ в основной группе больных. Видно, что показатель КЖ значительно улучшился и общий индекс увеличился с $54,9 \pm 6,3$ (исходно) до $85,6 \pm 3,0$ в отдаленные сроки после операции ($t=4,42; p<0,001$).

При этом, необходимо отметить, что высокие баллы после операции с достоверной разни-

цей были получены путем анкетирования больных при отражении следующих факторов КЖ: боль – 96,5 против исходного 42,9 ($t=5,58; p<0,001$); эмоции – 75,2 против исходного 36,5 ($t=4,20; p<0,001$) и питание – 90,3 против 67,5 ($t=4,66; p<0,001$).

Таким образом, изучение отдаленных результатов пластики обширных и сквозных дефектов лицевой области и свода черепа показало, что включение в комплекс подготовки дельтопекторального аксиального лоскута этапов «пробной закалки» и тренировки для улучшения кровоснабжения трансплантата позволило снизить частоту неудовлетворительных отдаленных функционально-эстетических результатов с 38,9% (у 7 из 18 больных в группе пластики свободными лоскутами на микрососудистых анастомозах) до 4,5% (у 1 из 22 пациентов) и увеличить показатель хороших результатов с 33,3% (6) до 68,2% (15) с удовлетворительным эффектом операции 27,8% (5) и 27,3% (6) случаев соответственно ($\chi^2=8,129; df=2; p=0,018$).

Это обусловило значительное улучшение показателя КЖ в основной группе, общий индекс которого увеличился с $54,9 \pm 6,3$ (исходно) до $85,6 \pm 3,0$ в отдаленные сроки после операции.

Выводы. Закрытие обширных и сквозных дефектов лицевой области и свода черепа дельто-

пекторальным аксиальным лоскутом является высоко эффективной методикой снижение частоты послеоперационных осложнений, связанных с нарушением трофики трансплантата с 55,6% (у 10 из 18 больных с пластикой свободным лоскутом на микрососудистых анастомозах) до 13,6% (3 из 22 пациентов) ($p < 0,001$), при этом совершенствование тактико-технических аспектов операции обеспечило приживление лоскута в 100% случаев, тогда как в группе сравнения этот показатель составил – 83,3% (15 больных) ($p = 0,047$).

Изучение отдаленных результатов пластики обширных и сквозных дефектов лицевой области и свода черепа показало, что включение в комплекс подготовки дельто-пекторального аксиального лоскута этапов «пробной закалки» и тренировки для улучшения кровоснабжения трансплантата позволило снизить частоту неудовлетворительных отдаленных функционально-эстетических результатов с 38,9% (у 7 из 18 больных в группе пластики свободными лоскутами на микрососудистых анастомозах) до 4,5% (у 1 из 22 пациентов) и увеличить показатель хороших результатов с 33,3% (6) до 68,2% (15) с удовлетворительным эффектом операции 27,8% (5) и 27,3% (6) случаев соответственно ($\chi^2 = 8,129$; $df = 2$; $p = 0,018$). Это обусловило значительное улучшение показателя КЖ в основной группе, общий индекс которого увеличился с $54,9 \pm 6,3$ (исходно) до $85,6 \pm 3,0$ в отдаленные сроки после операции.

Литература:

1. World Health Organization. Injuries and violence: the facts 2014.
2. Alam D, Ali Y, Klem C, Coventry D. The Evolution of Complex Microsurgical Midface Reconstruction: A Classification Scheme and Reconstructive Algorithm. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2016;24(4):593-603.
3. Qaisi M, Dee R, Eid I, Murphy J, Velasco Martinez IA, Fung H. Reconstruction for Complex Oromandibular Facial Defects: The Fibula Free Flap and Pectoralis Major Flap Combination. *Case Rep Surg.* 2019;2019:8451213.
4. Kobayashi E. New trends in translational microsurgery. *Acta Cir Bras.* 2018;33(9):862–867.
5. Остринская Т.В., Жуманкулов А.М. Варианты применения свободного лучевого лоскута предплечья для реконструкции дефектов в области головы и шеи после удаления злокачественных новообразований. *Опухоли головы и шеи.* 2014; 2: 25-32.
6. Bradford BD, Lee JW. Reconstruction of the Forehead and Scalp. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2019;27(1):85-94.

7. Chan RC, Chan JY. Deltopectoral flap in the era of microsurgery. *Surg Res Pract.* 2014;2014:420892. doi:10.1155/2014/420892

8. Behan FC, Lo CH, Sizeland A, Pham T, Findlay M. Keystone island flap reconstruction of parotid defects. *Plast Reconstr Surg.* 2012;130(1):36–41.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И СВОДА ЧЕРЕПА

Каюмходжаев А.А.,
Низамходжаев Ш.З., Расулов Ж.Дж.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Резюме. Цель исследования: анализ результатов пластики обширных и сквозных дефектов лицевой области и свода черепа. Материал и методы. Исследование проведено в РСНПМЦ хирургии им. акад. В.Вахидова, в двух группах сравнения, 40 пациентов с обширными и сквозными дефектами лица и свода черепа. Для оценки качества жизни пациентов после операции применен модифицированный опросник University of Michigan head and neck quality of life (UM-HNQOL). Результаты. Осложнения с нарушением трофики трансплантата наблюдалось 55,6% (у 10 из 18) случаях в группе сравнения и в 13,6% (3 из 22) – основной группе ($p < 0,001$), где приживление лоскута отмечено в 100% случаев, тогда как в группе сравнения – в 83,3% (15 из 18) ($p = 0,047$). Изучение отдаленных результатов показало, что частота неудовлетворительных результатов в группе сравнения составила 38,9% (у 7 из 18 больных), в основной группе – 4,5% (у 1 из 22) ($p = 0,018$). Общий индекс показателя качества жизни в основной группе увеличился с $54,9 \pm 6,3$ (исходно) до $85,6 \pm 3,0$ в отдаленные сроки после операции. Выводы. Закрытие обширных и сквозных дефектов лицевой области и свода черепа дельто-пекторальным аксиальным лоскутом с проведением предварительной «пробной закалки» и тренировки лоскута для улучшения кровоснабжения трансплантата является высоко эффективной методикой и позволяет обеспечить 100% приживление лоскута, увеличить частоту хороших отдаленных функционально-эстетических результатов и улучшить показатель качества жизни пациентов.

Ключевые слова: обширные и сквозные дефекты лицевой области и свода черепа, пластическая микрохирургия, дельто-пекторальный лоскут, ближайшие и отдаленные результаты