

Глава 4

ОМОЛАЖИВАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ И ШЕЕ

Пластическая хирургия, направленная на устранение морщин на лице, начала активно развиваться с начала XX в., когда делались попытки улучшить выражение лица путем введения под кожу парафина. Этот метод был предложен в 1890 г. Герсуни. Лицо принимало вид маски, становилось одутловатым, парафин свертывался под кожей в шарики, бугорки и гребни. Устранение таких неровностей было связано с трудностями, а подчас вообще оказывалось невозможным. Иногда наступал некроз участков кожи, после удаления которых оставались рубцы, а нередко и незаживающие свищи.

Первые вмешательства на лице для устранения морщин и подтягивания кожи провели Лексер, Йозеф, Пассот. Операции выполнялись под местной анестезией с использованием многочисленных эллипсовидных иссечений кожи в височной, предушной и позадиушной области, при этом не всегда удавалось добиться ожидаемого результата.

Процесс постепенного совершенствования хирургических методик значительно ускорился в 60-х годах XX в., когда были всесторонне изучены результаты подтяжки кожи лба и бровей, разработана техника создания дубликатуры фасции слюнной железы, резекции передних краев платизмы и удаления жирового тела в подбородочной области.

Прогресс, произошедший в понимании сути возрастных изменений лица, во многом трансформировал традиционные подходы к методам хирургического лифтинга – с простой подтяжки кожи до комбинированной коррекции глубоких слоев лица и шеи. Ведущая роль в современных модификациях отводится коррекции поверхностной мышечно-апоневротической системы (MASS), позволяющей существенно повысить эстетический результат операции, устранив возрастной гравитационный птоз мягких тканей щек и носогубных областей, шеи и подбородка.

В настоящее время выделяют следующие основные типы подтяжки тканей лица и шеи: полную и частичную подтяжку кожи лица; мини-лифтинг и подтяжку верхних двух третей лица.

4.1. ПОЛНАЯ ПОДТЯЖКА КОЖИ ЛИЦА

Операции, направленные на устранение возрастных изменений мягких тканей (морщины, складки) на боковых поверхностях лица, на шее и лбу, называют

полной подтяжкой кожи лица. Данные операции составляют 28–38% от общего числа проводящихся косметических вмешательств. Это один из самых обширных разделов эстетической хирургии, уступающий только ринопластике.

Применяемые в настоящее время способы коррекции возрастных изменений лица основаны на разработке методики фейслифтинга с расширенной коррекцией MASS-системы, когда проводят комбинированную коррекцию кожи и глубжележащих структур, разделяя векторы натяжения корригируемых слоев.

Это обусловило качественный скачок в омолаживающей хирургии лица и шеи. Предложенные рядом хирургов вмешательства на поверхностной мышечно-фасциальной системе, платизме и костях лицевого скелета позволили устранять даже крайне выраженные возрастные и врожденные деформации.

Показание — наличие морщин и складок в области верхней половины (лоб, веки, наружные углы глаз и скуловых костей), боковых поверхностей лица (щеки и носогубные складки), нижней челюсти и шеи. Следует учитывать, что при наличии у пациентов многочисленных и особенно глубоких борозд результат операции бывает не всегда удовлетворительным, так как борозды вскоре появляются вновь.

Обезболивание. Наиболее часто используют интубационный наркоз и внутривенную анестезию в сочетании с местным инфильтрационным введением в зону вмешательства анестетика. Особенно важен эффект гидропрепаровки в заушной, височной и грудино-ключично-сосцевидной области.

Техника. Стандартная полная подтяжка кожи лица предполагает выделение кожно-жирового лоскута в пределах трех областей (височная, щечная и позадиушная). Операция включает проведение разреза кожи, отслойку кожно-жирового или поверхностного мышечно-фасциального лоскута (MASS-lifting) с последующим его натяжением, удаление образовавшихся избытков кожи (SKIN-lifting) и наложение кожных швов. Некоторым пациентам требуется дополнительная операция в субментальной области.

Операция начинается с выбривания волос в височной области в виде полосы, ширина которой зависит от степени подвижности кожи и в среднем равна 2–2,5 см. Ниже этой полосы волосы оставляются для того, чтобы прикрыть ими послеоперационный рубец. На задней поверхности шеи волосы сбывают полностью. После этого маркируют линию будущего разреза. На выбор линии разреза кожи влияют многие факторы: характер и расположение передней линии роста волос, прическа, предпочтения хирурга и т.д.

Разрез кожи начинают над ушной раковиной, затем продолжают его по переднему краю ушной раковины, огибая мочку уха. Далее разрез ведут вверх по заушной борозде до уровня наружного слухового прохода. Мысленно продолжая линию «наружный угол глаза – слуховой проход», разрез ведут назад и заканчивают в волосистой части головы, чтобы послеоперационный рубец был малозаметен (рис. 4-1).

Выделяют два варианта проведения разреза в височной области: дугообразный разрез в пределах волосяного покрова (рис. 4-2) и по линии роста волос (рис. 4-3).

Такой разрез проводят у пациентов с редкими волосами, при наличии выраженных «гусиных лапок» для профилактики краевого некроза тонкого кожно-



Рис. 4-1. Линия разреза при полной подтяжке кожи лица.

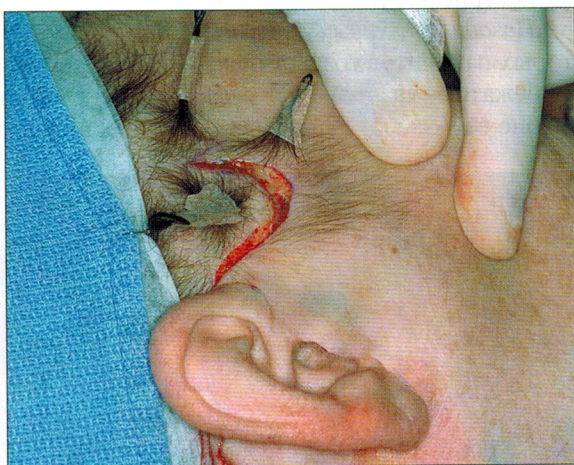
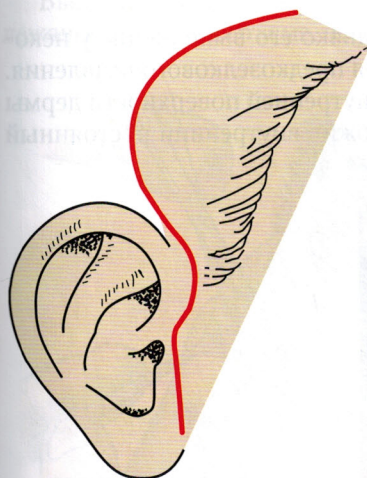


Рис. 4-2. Разрез в височной области в пределах волосистой части головы.

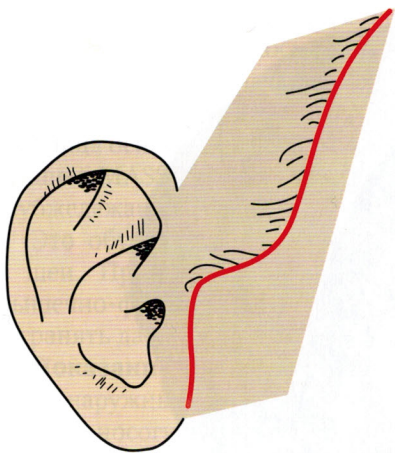


Рис. 4-3. Разрез в височной области по переднему краю линии роста волос.

жирового лоскута и если нежелательно смещение линии роста волос на виске назад. Если удаляют значительное количество кожи, при формировании доступа можно выполнить горизонтальную резекцию треугольного участка кожи, расположенного под нижней линией роста волос.

Височная область препарируется в слое, расположенном под поверхностной височной фасцией, вплоть до поверхностных височных сосудов, которые исполняют роль «ключа», открывающего доступ к зоне локализации височной ветви лицевого нерва. Затем отслойку продолжают в подкожном плане. Поверхностная мышечно-апоневротическая система широко отслаивается фигурным угловым разрезом с обязательным пересечением верхнечелюстной связки. Вектор

натяжения MASS-системы направляется по линии от угла рта к теменной области. Кожные векторы располагаются в двух направлениях – горизонтально в области щек и вертикально в области шеи.

В *предушной области* выбор хирурга лежит между *предкозелковым* и *позадикозелковым* доступом. Классический *предкозелковый* доступ проводят с небольшим изгибом и поворотом над козелком, что предупреждает развитие грубого рубца (рис. 4-4).

При *позадикозелковом* доступе разрез мягких тканей проводят позади козелка уха (рис. 4-5).

Позадикозелковый доступ маскирует рубец, однако его выполнение у некоторых пациентов создает опасность исчезновения предкозелкового вдавления. Избежать ее удастся, сняв весь жировой слой с внутренней поверхности дермы в зоне ее укладки на козелок (рис. 4-6, а) и наложив внутренний постоянный

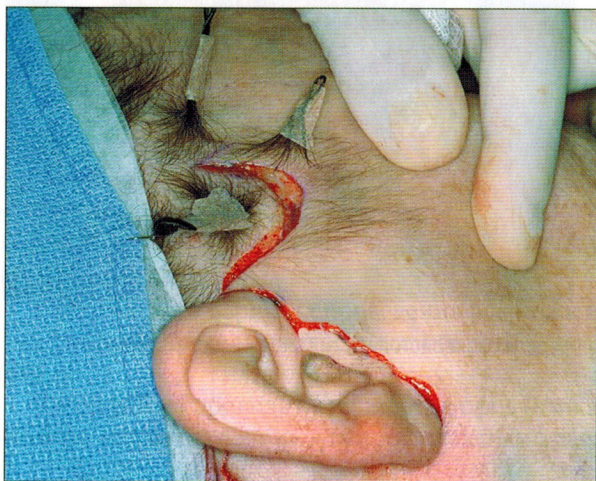


Рис. 4-4. Предкозелковый разрез.

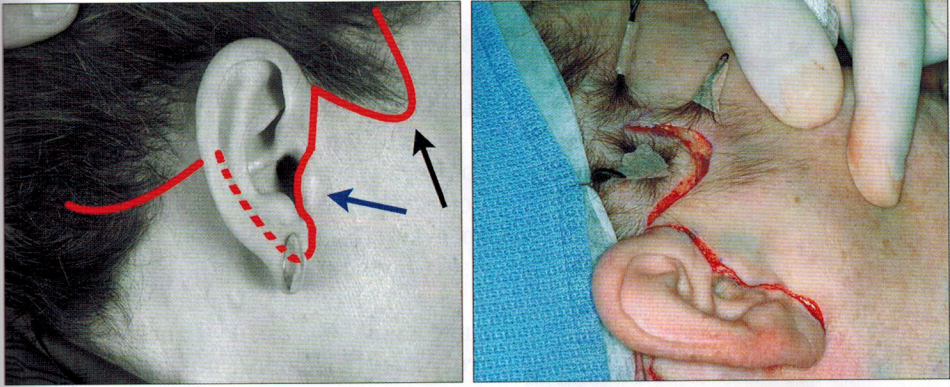


Рис. 4-5. Позадикозелковый разрез.

или временный наружный шов в точке наибольшего углубления предкозелковой зоны (рис. 4-6, б).

В *позадиушной области* разрез проходит по задней поверхности ушной раковины на расстоянии 0,5 см от заушной складки до уровня нижней ножки противозавитка ушной раковины, где он плавно под углом 45° смещается на сосцевидную область. Такой ход линии разреза позволяет сформировать на задней поверхности ушной раковины тонкий рубец, незаметный при внешнем осмотре. В сосцевидной области формируют небольшой треугольный лоскут, который в дальнейшем предупредит образование грубого рубца. Далее разрез продолжают вниз на 5–6 см по линии роста волос либо в пределах волосяного покрова, где он образует дугу, обращенную кпереди (рис. 4-7).

Выполнив разрезы, производят отслойку кожно-жирового лоскута от подлежащих тканей в объеме, обозначенном точечной линией (рис. 4-8).

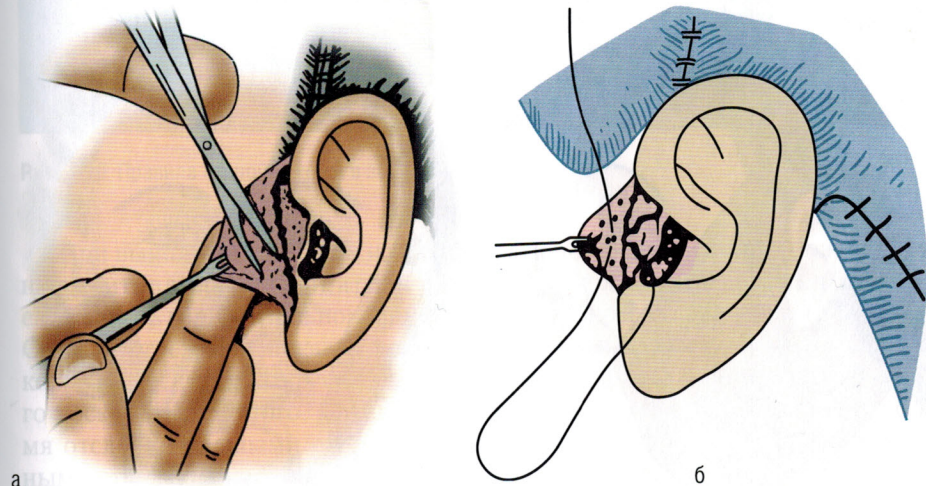


Рис. 4-6. Коррекция предкозелкового вдавления: а — иссечение жировой ткани на лоскуте в зоне, покрывающей козелок; б — наложение внутреннего шва, формирующего предкозелковое углубление.



Рис. 4-7. Разрезы в позадишной области.

Границы отделения кожно-жирового лоскута могут варьировать в зависимости от степени выраженности возрастных изменений.

Разрез, используемый при полной подтяжке кожи лица, имеет сложную форму и чаще всего проходит в височной, предушной, позадишной, сосцевидной и затылочной области (рис. 4-9).

В пределах волосистой части головы, в височной области, на задней поверхности ушной раковины, позади ушной раковины, в сосцевидной области и области грудино-ключично-сосцевидной мышцы отслаивают только кожный лоскут, а над слюнной железой, в щечной области и области шеи – кожно-жировой лоскут. Отслойку кожно-жирового лоскута начинают, как правило, позади ушной раковины. Для этого используют специальные изогнутые по плоскости ножницы с закругленными концами, которыми легко произвести диссекцию кожи от подлежащих тканей (рис. 4-10, а).

Края отслоенной кожи под острым углом к поверхности раны захватываются специальными зажимами в пяти строго определенных точках: на конце лоскута, образовавшегося в заушной области (5-я точка), у основания мочки уха (4-я точка), ниже и выше края козелка уха (3-я и 2-я точки) и, наконец, на уровне основания завитка уха (1-я точка). Отслоенный лоскут натягивают в направлении, показанном красными стрелками, для того чтобы кожа при диссекции находилась в расправленном состоянии (рис. 4-10, б).

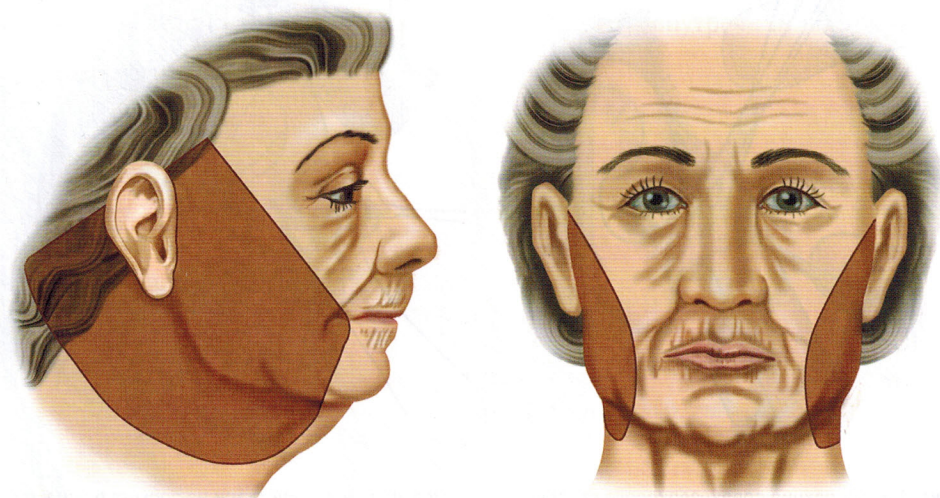


Рис. 4-8. Объем отслойки кожно-жирового лоскута.

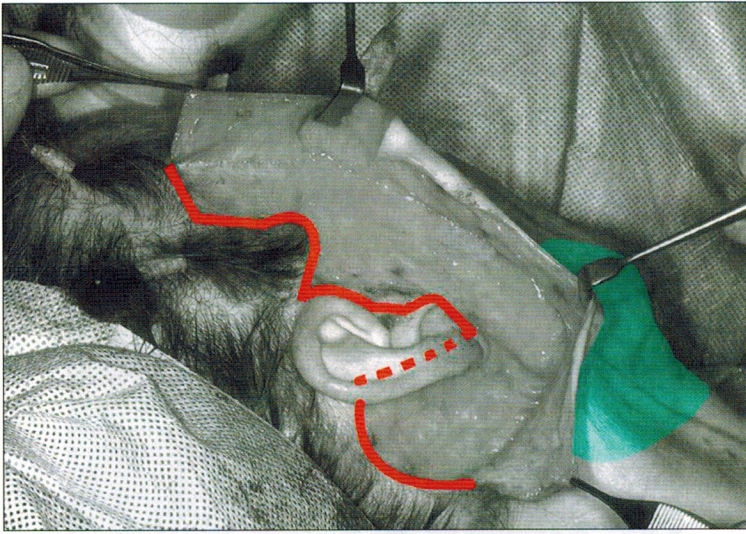


Рис. 4-9. Линия разреза при полной подтяжке кожи лица.

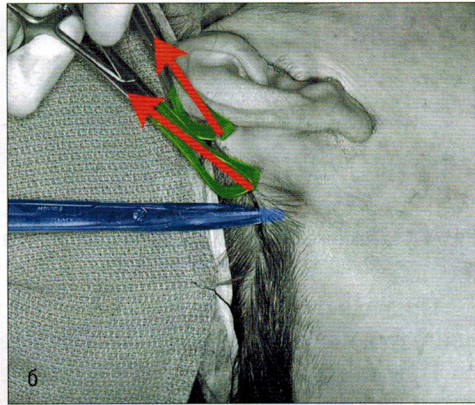
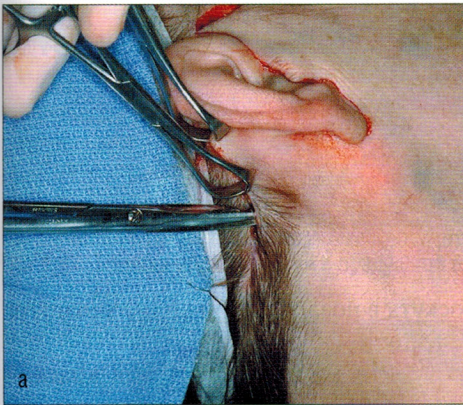


Рис. 4-10. Правила отслойка кожи в заушной области.

При выполнении отслойки тканей в заушной области концы ножниц нужно направить в сторону кожи, а рассечение тканей должно чередоваться с их расслоением как в горизонтальном, так и в вертикальном направлении (рис. 4-11, а). Синими стрелками показаны концы ножниц, находящиеся под отслоенным кожным лоскутом, а красными стрелками — направление натяжения кожного лоскута. Кроме того, важным моментом является то, что ассистент во время отслойки пальцами растягивает кожу в направлении, обозначенном зелеными стрелками, что также значительно облегчает производимую диссекцию (рис. 4-11, б).

6.4.3.2. Коррекция проекции (выстояния) кончика носа

Проекция кончика носа в ринопластике показывает, насколько он отстоит от лица (рис. 6-107).

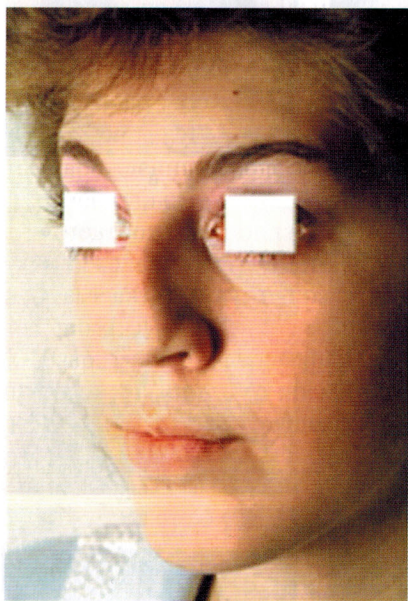


Рис. 6-107. Внешний вид пациентки с уменьшенной проекцией кончика носа.

Увеличение проекции (выстояния) кончика носа является довольно сложной задачей и достигается тремя группами методов:

- 1) вмешательством на куполах;
- 2) смещением медиальных ножек и куполов в каудальном направлении с помощью подпирающих хрящевых трансплантатов;
- 3) пересадкой хрящевых трансплантатов на кончик носа.

6.4.3.3. Увеличение проекции кончика носа, осуществляемое путем вмешательства на куполах

Увеличить проекцию кончика носа можно тремя способами:

- 1 – заострением уплощенных куполов;
- 2 – сближением медиальных стенок уплощенных куполов;
- 3 – перемещением краев рассеченных латеральных ножек большого хряща крыла носа.

Заострение уплощенных куполов проводят при сглаженной форме куполов и их умеренном расхождении, накладывая горизонтальные матрачные швы, вследствие чего выстояние кончика носа увеличивается в минимальной степени (рис. 6-108).

В практике способ редко используют для того, чтобы увеличить проекцию кончика носа. Чаще всего данный способ применяют для одновременного су-

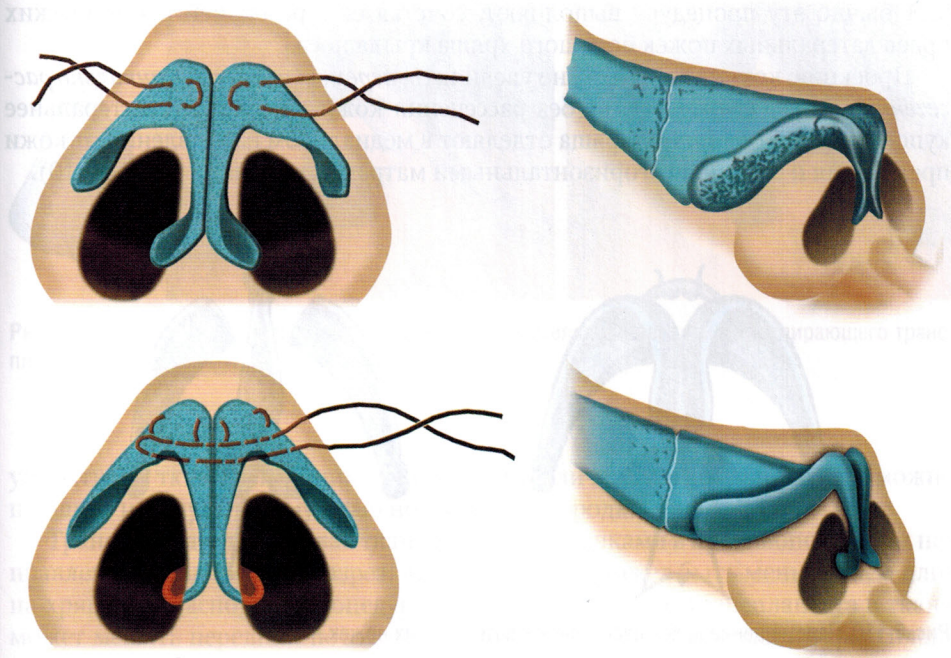


Рис. 6-108. Увеличение проекции кончика и сужение кончика носа благодаря заострению куполов.

жения кончика носа. В результате затягивания шва купол заостряется, а угол соединения медиальной и латеральной ножки большого хряща крыла носа уменьшается. Результаты операции нельзя предсказать точно, поскольку возможна потеря коррекции в послеоперационном периоде. Поэтому процедура наиболее эффективна при тонком и податливом хряще.

Несколько увеличить проекцию кончика носа можно, сближая медиальные стенки уплощенных куполов швами за счет перераспределяемой хрящевой ткани (рис. 6-109).

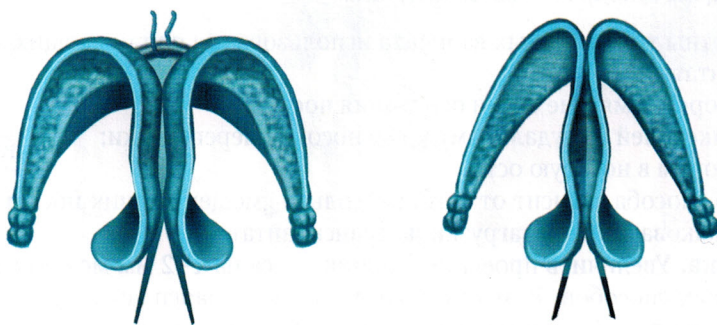


Рис. 6-109. Сближение медиальных стенок уплощенных куполов.

Обычно эту процедуру выполняют, сочетая ее с резекцией цефалических краев латеральных ножек большого хряща крыла носа.

Проекцию кончика носа можно увеличить, *перемещая края вертикально рассеченных латеральных ножек* (без рассечения кожи преддверия) латеральнее купола. При этом полоску хряща отделяют в медиальном направлении от кожи преддверия и соединяют горизонтальными матрацными швами (рис. 6-110).

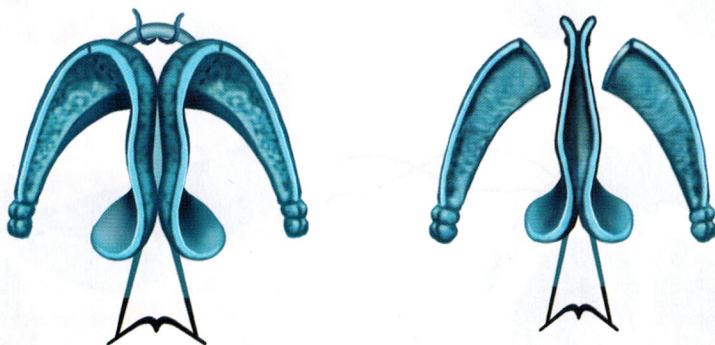


Рис. 6-110. Перемещение краев рассеченных латеральных ножек.

Один из недостатков данного способа заключается в том, что длинная ось латеральных ножек большого хряща крыла носа ориентирована (после их перемещения) вертикальнее, чем ось медиальных ножек. В результате образуется лишь одна точка кончика носа, причем расположенная в более цефалической позиции. В сочетании с увеличением видимой части колонны все это ухудшает эстетические характеристики носа. Потеря выступающих под кожей точек характерна и для метода сближения медиальных стенок куполов. Поэтому оба этих приема применимы только у пациентов с толстой кожей, когда исходно точки кончика носа отсутствуют, а их моделирование невозможно.

6.4.3.4. Увеличение проекции кончика носа, достигаемое за счет его смещения подпиряющими хрящевыми трансплантатами

Возможны три основных варианта использования подпиряющих хрящевых трансплантатов:

- 1) с упором в мягкие ткани основания носа;
- 2) с фиксацией к каудальному краю носовой перегородки;
- 3) с упором в носовую ость.

Выбор способа зависит от того, насколько смещен кончик носа и (соответственно) какова степень нагрузки на трансплантат.

Техника. Увеличить проекцию кончика носа на 1–2 мм можно с помощью двух первых способов. В этом случае хрящевой трансплантат устанавливают через вертикальный разрез у основания медиальных ножек после подготовки соответствующего по величине кармана. В первом случае трансплантат может

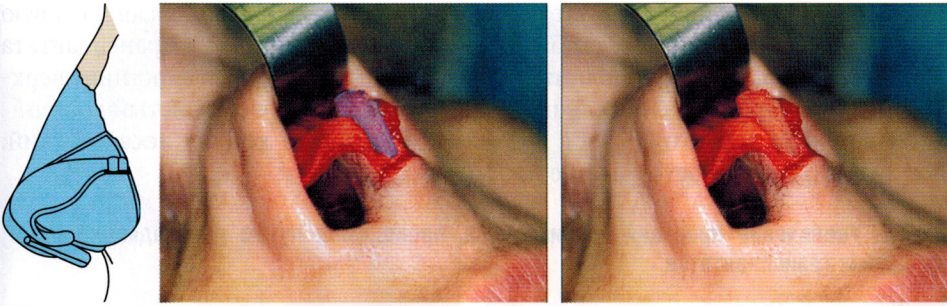


Рис. 6-111. Увеличение проекции кончика носа, осуществляемое введением подпирającego трансплантата с упором в мягкие ткани.

упираться в ткани основания носа, но для увеличения стабильности его можно подшить и к каудальному краю носовой перегородки (рис. 6-111).

Трансплантат, подтягивая ткани колонны крючками в противоположном направлении, вводят через разрез, длина которого может быть меньше, чем длина хрящевой распорки. Проведению введения хрящевого трансплантата в ткани может мешать передний носовой отросток, смещающий основание трансплантата в сторону. Следовательно, карман должен быть приготовлен не точно до уровня кости, а не доходя до нее примерно на 3 мм. Чтобы получилось нужное vystояние кончика носа, хрящевой трансплантат должен быть прочным. Если для этого используют хрящ носовой перегородки, необходимо брать ее участок размерами не менее 5×25 мм.

Если перемещают кончик носа более чем на 1–2 мм, то хрящевой трансплантат испытывает на себе большую нагрузку, поэтому у него должны быть соответствующие размеры и механические характеристики. Для этого предпочтительно использовать реберный хрящ (VI–VII ребра или передний край колеблющихся ребер), из которого изготавливают упор соответствующей формы, располагающийся на носовой ости, как в седле (рис. 6-112).

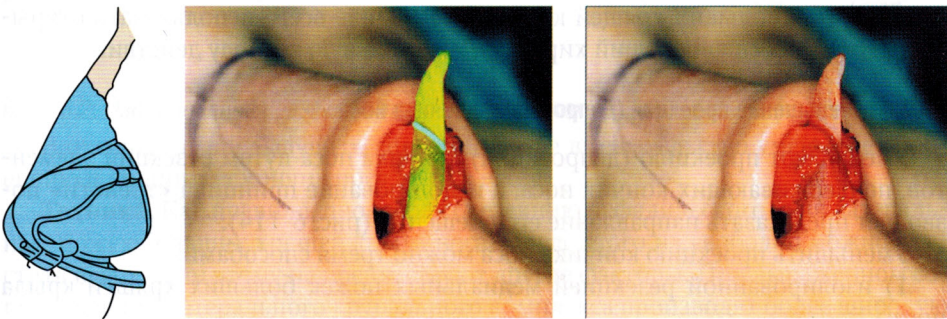


Рис. 6-112. Увеличение проекции кончика носа, осуществляемое введением подпирającego трансплантата с упором в носовую ость.