

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
СОСТОЯНИЯ ДЕФОРМИРОВАННОЙ КОЖИ  
И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ  
РИТИДЭКТОМИИ С УЧЕТОМ БИОМЕХАНИКИ  
КОЖНО-ЖИРОВЫХ ЛОСКУТОВ**

*Аветиков Д. С., Гутник А. А.*

**ВГУЗУ**

**«Украинская медицинская стоматологическая академия»**

**г. Полтава**

При планировании в каждом конкретном случае эстетической операции мы выходили из результатов проведенных морфологических и биомеханических исследований.

В качестве базового принципа нами использовано разделение соединительнотканых структур лица на преимущественно динамические и опорные. Динамическую функцию выполняют подкожная жировая клетчатка и ее соединительнотканная строма, поверхностная фасция. Опорные соединительнотканые структуры представлены фасциальными узлами и надкостницей.

Учитывая особенности строения кожи и ее биомеханические свойства в боковой области лица, при выполнении средней ритидэктомии натяжение кожно-жирового лоскута рекомендуем выполнять равномерно, в пределах его пластической деформации. Сама операция подтяжки средней зоны лица проводилась по общепринятой схеме. Разрез кожи выполняли по козелку уха. Затем отслаивали кожно-жировой лоскут. На втором этапе с помощью трех узловых швов, протянутых через глубокие слои дермы и подкожной жировой клетчатки, подтягивались ткани средней зоны лица на высоту до 7 мм и фиксировались возле козелка уха.

Выполненная схема операции отличается от общепринятой, так как комплекс хирургических манипуляций основывался на фиксации скользящих структур к фасциальным узлам и надкостнице, степень натяжения тканей

осуществляли согласно данных биомеханических исследований, а глубина отслаивающихся тканей обоснована данными морфологических исследований.

Отслоение и натяжение кожно-жировых лоскутов в верхней зоне лица проводились по таким же принципам.

Нами предложено, при планировании операции ритидектомии в долихоцефалов, проводить вертикальный разрез позади линий роста волос. Считаем ошибкой выполнение разрезов перед линией роста волос или в пределах этой линии. Как показали биомеханические исследования, после проведения таких разрезов в будущем остается заметный рубец. Также, при проведении таких разрезов в долихоцефалов могут наблюдаться закругления наружного угла глаза, при подтягивании лоскута вверх.

В брахицефалов целесообразно проводить задний горизонтальный височный разрез или криволинейный разрез с минимальным натяжением кожи назад и вверх с минимальным ее иссечением. При проведении других разрезов в брахицефалов может измениться направление внешних височных морщин – «гусиная лапка» или неестественное косовертикальное направление линий вокруг глаза.

Для оценки полученных результатов была создана контрольная группа, которая включала 21-го пациента. Подтяжка лица в этой группе выполнялась с помощью общепринятых методов. Для пациентов первой группы (29 пациентов) проводили ритидэктомию с учетом биомеханических свойств кожи. Ближайшие результаты оперативного вмешательства получены до трех месяцев послеоперационного периода, отдаленные – через год.

Состояние рубца оценивалось с помощью Ванкуверской шкалы. Через три месяца после проведенных оперативных вмешательств у первой группы отличного состояния послеоперационного рубца не получено ни у одного пациента. В 17 пациентов (59%) состояние послеоперационного рубца было оценено хорошо. Одиннадцать человек (38%) имели удовлетворительное состояние рубца, а у одного пациента (3%) рубцово измененные ткани через

три месяца после операции были оценены 10 баллами, то есть показатель отрицательный.

Через год после проведенных оперативных вмешательств в первой группе отличное состояние послеоперационного рубца получили 4 пациента (14%). В 21 пациента (72%) состояние послеоперационного рубца было оценено хорошо. Четыре пациента (14%) имели удовлетворительное состояние рубца, а отрицательно оцененных результатов состояния послеоперационного рубца через год после проведенной ритидэктомии в первой группе не получили. При  $p = 0.004$ .

Наблюдалась положительная тенденция состояния рубцово измененной ткани, у пациентов 1 группы, как это было и в контрольной группе, но общие показатели состояния послеоперационного рубца значительно выше в 1 группе. Через год после проведенного оперативного вмешательства были результаты, которые оценивались как отличные. Увеличилась группа лиц, у которых состояние рубца было оценено хорошо. В сравнении с контрольной группой состояние рубца в 1 группе через год было лучше, что свидетельствовало об эффективности модернизированной методики верхней и средней ритидэктомии.

Параллельно с состоянием рубца оценивали качество подтяжки мягких тканей лица. При объективной оценке использовались следующие критерии:

- основные складки и борозды лица;
- отсутствие птоза мягких тканей;
- отсутствие избытка подкожно-жировой клетчатки в верхней и средней зонах лица.

Отдаленные результаты в 1 группе оценивали через год после оперативного вмешательства. При этом соотношение оценок в 1 группе осталось таким же, как и при оценке в раннем послеоперационном периоде: 17% имели отличный результат, 79% оценены хорошо; удовлетворительный результат – 4%. При,  $p = 0,006$ .