

## ОБМІН ДОСВІДОМ

УДК 617

Слюсарев И. Ю., Слюсарев Н. И.

### РЕЗЕКЦИЯ И ТРАНСПОЗИЦИЯ ЖИРОВОГО ТЕЛА ЩЕКИ: ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

ООО "Клиника пластической косметической хирургии", г.Полтава

*Набирающая популярность операция, направленная на транспозицию или резекцию жировых комков Биша, далеко не всегда приносит позитивный эффект, и результат по-разному оценивается пациентами. К сожалению, ряд пациенток были неудовлетворены или даже разочарованы в результате выполненной операции. Они отмечали, что после резекции комков Биша, ткани в нижней части щеки теряли тургор. А на коже при улыбке образовывались складки. Как оказалось, при прогнозировании результата пропорции лица имеют основополагающее значение. При анализе выполненных операций в нашем медицинском центре мы обратили внимание на то, что пациенты с узкими и широкими лицами, по разным критериям оценивали результаты операции. Но расстояние между наиболее выступающими точками скуловых бугров в данной оценочной шкале оказалось менее значимым. Более важными критериями оказалась длина лица и ширина между углами нижней челюсти. Для того чтобы упростить замеры и создать единый объективный критерий, мы предложили использовать один показатель, который коррелирует соотношения между длиной лица и расстоянием между углами нижней челюсти. Это глабелло-гониальный угол. Использование предложенного авторами глабелло-гониального угла значительно упрощает предоперационный анализ. В группе пациенток с углом более 75 градусов результаты закономерно лучше. Оценка полученных результатов после резекции жировых комков Биша проводилась по двум критериям. Первый касался субъективной оценки пациентками результата операции. Второй основывался на врачебном анализе. Он включал в себя осмотр в спокойном состоянии и при максимальном оскале зубов. В исследуемой группе позитивный результат операции отмечен пациентами в 94%, в контрольной – в 68%. Второй угол между зигион-погонион-зигион применим для отбора пациенток на транспозицию жировых комков. Операция по перемещению жировых комков Биша больше показана пациентам, у которых этот угол менее 80 градусов.*

Ключевые слова: Резекция комков Биша, глабелло-гониальный угол.

#### Введение

Одним из способов коррекции контура боковой поверхности лица является дозированная резекция отростков жирового тела щеки (*corpus adiposum buccae*), наиболее поверхностным и автономным из которых являются жировые комки Биша (*Bichat*). В результате операции удаётся подчеркнуть нижний контур скуловой области за счет уменьшения объема щеки.

Эта операция стала очень популярной среди пациентов и хирургов, за относительную простоту, недлительный реабилитационный период и долгосрочный позитивный эстетический результат. К сожалению, ряд пациенток были неудовлетворены, или даже разочарованы в результате выполненной операции. Они отмечали, что после резекции комков Биша, ткани в нижней части щеки теряли тургор. А на коже при улыбке образовывались складки.

Мы ознакомились с литературными источниками последних лет, и нашли только очень ограниченный материал касательно показаний к резекции и транспозиции жировых отростков щеки [2;3;4].

#### Цель исследования

Разработать показания, противопоказания к резекции и транспозиции отростков жирового тела щеки.

При анализе выполненных операций в нашей клинике мы обратили внимание на то, что пациенты с узкими и широкими лицами, по-разному оценивали результаты операции. Но расстояние между наиболее выступающими точками скуловых бугров в данной оценочной шкале оказалось менее значимой. Более важными критериями оказалась длина лица и ширина между углами нижней челюсти. Для того чтобы упростить замеры и создать единый объективный критерий, мы предложили использовать один показатель, который коррелирует соотношения между длиной лица и расстоянием между углами нижней челюсти. Это глабелло-гониальный угол (рис. 1).

Второй угол между зигион-погонион-зигион, применим для отбора пациенток на транспозицию жировых комков.

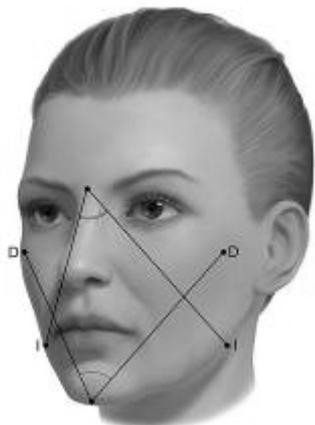


Рис. 1. Глабелло-гониальный угол лица и угол зигион-погонион-зигион

### Материалы и методы

В исследовании приняли участие 96 пациентов, которым была произведена резекция жировых комков Биша.

Исследуемую группу составили 46 пациенток, у которых глабелло-ониальный угол составлял 75 и выше градусов.

Контрольную группу составили 50 пациенток с более острым глабелло-гониальным углом, менее 75 градусов.

#### *Техника резекции жировых комков Биша*

Чаще резекция жировых комков выполняется не как автономная операция, а дополняет различные методы открытого лифтинга лица. Это обусловлено легкостью доступа к жировым комкам в суб SMAS плоскости.

При диссекции в суб SMAS пространстве верхняя пластинка капсулы тельца Биша иногда вскрывается внепланово. Это возникает вследствие того, что волокна верхнемедиальной части платизмы зачастую вплетаются в капсулу жирового отроча, и при субплатизмарной диссекции часть капсулы приподнимается с формируемым лоскутом. В таком случае жировой комок начинает пролабировать в рану. Если же осуществляется прицельный поиск жировых комков, необходимо оттолкнуться от анатомических ориентиров, основным из которых является выводной проток околоушной слюнной железы. Жировой комок лежит непосредственно под ним, слегка покрывая передне-верхний край жевательной мышцы. В нескольких миллиметрах от его переднего края проходит основной ствол лицевой вены [1].

Когда, ввиду особенностей оперативного вмешательства, выполнена только подкожная отслойка и планируется удаление жировых комков, следует четко определиться в месте перфорации SMAS. Для этого необходимо провести линию, соединяющую нижний край мочки уха с углом рта, отметить место пересечения этой линии с передним краем жевательной мышцы.

Основной объем жирового комка залегает на 0,5 – 0,8 см выше и медиальнее этой точки.

Тупо раздвинув покровные ткани в указанном месте, легко визуализировать жировой комок. Для его эвакуации желательно использовать мягкий зажим или пинцет.

Выведя в рану и приподняв всю жировую структуру вверх, необходимо выполнить легирование ножки в области ее основания или воспользоваться диатермокоагулятором. Только после этого выполняется отсечение тела жирового комка.

После выполнения данного этапа подтяжка лица продолжается без каких-либо особенностей.

#### *Резекция жировых комков Биша с использованием доступа через слизистую оболочку щеки*

Данное вмешательство зачастую выполняются как монооперация. Чаще производятся в молодом возрасте и направлено на придание должной рельефности скуловой области.

Операция начинается с поиска анатомических ориентиров в ротовой полости. Введя палец в рот, легко прощупать передний край жевательной мышцы. Немного медиальнее можно легко рассмотреть выводной проток слюнной железы. Отступив 1 см вглубь от выводного протока и 1 см от верхней переходной складки, маркируется место предполагаемого разреза слизистой оболочки щеки.

При удалении жировых комков целесообразно обезболить большую площадь. Достаточно ввести 1,5 – 2 мл раствора анестетика под слизистую оболочку, в месте разреза. Затем остроконечными ножницами либо скальпелем выполняется разрез слизистой оболочки длиной до 1 см вдоль переходной складки. Волокна м. buccinator, которые находятся непосредственно под слизистой оболочкой, тупо раздвигаются остроконечным зажимом. Надавив пальцем с наружной поверхности щеки и одновременно отвернув ее, удается визуализировать жировой комок в ране.

Аккуратно подтягивая и перехватывая пинцетом жировой комок, легко удается вывести весь его объем в полость рта. Сильно тянуть за его край и прилагать значительное усилие для эвакуации крайне нежелательно. Это может привести к нарушению целостности капсулы и вызвать кровотечение.

Отсечение жирового комка в области шейки производится после предварительного легирования либо коагуляции его основания. Слизистая оболочка прошивается вместе со щечной мышцей и завязывается одним швом. Для этой цели лучше использовать быстро рассасывающиеся нити.

После выполнения операции необходимо удаленные жировые комки прикладывать к щеке и фотографировать.

#### *Перемещение жировых комков Биша*

Перемещение жировых комков Биша может

выполняться как автономно, так и дополнять лифтинговые операции. Посредством перемещения объема жирового тела удается добиться более выраженной коррекции средней зоны лица, придать желательную объемность скуловой зоне и облегчить нижний отдел щеки.

После выполнения анестезии слизистой оболочки щеки производится разрез вдоль переходной складки длиной не более 1,5 см. Основным ориентиром выступает выводной проток слюнной железы. Разрез должен располагаться на 1 см за ним, и отступив 1 см от верхней переходной складки. Тупо раздвинув ткани зажимом и надавив пальцем с наружной поверхности щеки, в рану выводится часть жирового отроста. Не следует добиваться эвакуации большого объема, достаточно вывести в рану его часть диаметром до 1 см. Обычно этого достаточно, чтобы крестообразно прошить этот участок и погрузить на место. Свободные концы лигатуры выводятся в сторону языка.

Существует два различных варианта перемещения жирового тела щеки. В первом случае в заданную позицию он перемещается под щечно-скуловым жиром. Для этого из уже выполненного разреза формируется туннель под жировым блоком, в направлении бугра скуловой кости. Так как туннелизация выполняется без визуального контроля, необходимо соблюдать осторожность, чтобы не повредить скуловые мышцы. Большая скуловая мышца должна оставаться на дне формируемого туннеля. Мышцы достаточно интимно связаны с находящимся над ними жировым пакетом, поэтому разделение этого слоя должно выполняться с минимальным усилием посредством раздвижения браншей тупоконечных ножниц.

Второй вариант предусматривает формирование субпериостального тканевого туннеля и перетягивание в нем жирового комка в заданную область.

Этот вариант позволяет сконцентрировать основной объем в заданном месте. Сформированная поднадкостничная полость является только проводным туннелем для жирового комка. В нем располагается его меньшая часть, а основной объем концентрируется под мягкими слоями.

Для этого через уже выполненный разрез слизистой оболочки под надкостницу вводится раствор анестетика над латеральной частью скуловой кости. Ткани раздвигаются непосредственно до периоста. После этого он рассекается в проекции передней части сухожилия *m. master*. С помощью распатора надкостница приподнимается немного латеральнее бугра скуловой кости и в этом месте надрывается на ширину до 1 см. Именно в этом пространстве должен быть перемещен основной объем комка Биша. Ширина поднадкостничного туннеля должна составлять 1 – 1,5 см. Приближение к нижненаружному краю орбиты нежелательно ввиду

опасности травмирования г. *zygomatofacialis*.

Перемещение и фиксация жирового комка осуществляется следующим образом. Оба свободных конца лигатуры, которой прошит край жирового тела, вставляются в длинные прямые иглы и по очереди проводятся через туннель в верхнюю часть сформированной полости. Из этого места иглы прокалывают кожу под разными углами и выводятся на поверхность на 1,5 см ниже нижненаружного края орбиты из одной точки.

Край жирового тела захватывается пинцетом. Подтягивая обе лигатуры снаружи и одновременно помогая переместить жировое тело пинцетом, удается расположить его на запланированной плоскости.

Фиксация жирового комка на заданной площади осуществляется посредством связывания концов нитей. Они могут быть завязаны снаружи над марлевым валиком. Но это достаточно неудобно, так как возникает необходимость выполнения ежедневных перевязок с контролем давления, оказываемого марлевым шариком на поверхностные ткани. Нитевую поддержку необходимо осуществлять 5 – 6 дней. Более кратковременная фиксация может привести к смещению жирового комка с заданной позиции.

Более удобно связывать нити между собой, а узел погружать под кожу через микроразрез. Нежелательно, чтобы на коже появилось воронкообразное втяжение в месте узла. Необходимо расположить лигатуры так, чтобы контур тканей изменился в виде мягкого прогиба. Так как для фиксации используются нити с коротким периодом рассасывания, то данная деформация самостоятельно исчезает через короткое время.

### Результаты

Оценить полученные результаты после резекции жировых комков Биша, мы решили по двум критериям. Первый, касался субъективной оценки пациентками результата операции. Второй, основывался на врачебном анализе. Он включал в себя осмотр в спокойном состоянии и при максимальном оскале зубов.

В исследуемой группе позитивный результат операции отмечен пациентами в 94%, в контрольной – в 68%.

В исследуемой группе в спокойном состоянии отмечался ровный контур щеки у всех пациентов, при сильном оскале зубов, у двух пациенток образовывался неглубокий прогиб кожи перед жевательной мышцей, что составило 4,3%. В контрольной группе в спокойном состоянии отмечено проседание покровных тканей перед жевательной мышцей у 6 пациенток – 12 %. При оскале зубов у 14 – 28 %.

С высокой долей вероятности, можно предположить, что у пациентов с утерей тургора тканей в центральном вертикальном сегменте щеки со временем, на этом месте образуются подломы кожи и морщины.

### **Выводы**

В результате проведенных исследований стало очевидным, что на предоперационном этапе, необходимо оценивать анатомические пропорции лица и более тщательно отбирать пациенток на операцию, предусматривающую резекцию жировых отростков щеки. У пациенток с глабелло-гониальным углом более 75 градусов результаты закономерно лучше, чем у тех пациенток, у которых этот угол более острый.

Транспозиция жировых комков Биша, боле

показана пациентам, у которых угол зигион-погонион-зигион менее 80 градусов.

### **Литературы**

1. Привес М. Г., Лысенков Н. К., Бушкович В. И. Мышцы и фасции головы // *Анатомия человека*. – 11-е издание. – СПб.: Гиппократ, 1998. – С. 189. – 704 с. – ISBN 5-8232-0192-3.
2. Barnes O. H. Truth and fallacies of face peeling and lifting // *Medical Journal of Rec.*-1988.- Vol. 23, № 1. P.126-133.
3. Besins T. The "R.A.R.E." technique (reverse and repositioning effect): the renaissance of the aging face and neck. // *Aesthetic Plast Surg.*- 2004. - Vol. 26, №2. P.369-382.
4. Cornette de Saint-Cyr B., Garey L. J., Maillard G. F., Aharoni C. The vertical midface lift. An improved procedure // *Clinique Spontini.* - 2007.- Vol.15, № 2. P.234-239.

### **Реферат**

**РЕЗЕКЦІЯ І ТРАНСПОЗИЦІЯ ЖИРОВОГО ТІЛА ЩОКИ: ПОКАЗАННЯ І ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ОПЕРАЦІЇ**

Слюсарев І. Ю., Слюсарев Н. І.

Ключові слова: резекція грудок Біша, глабелло-гоніальний кут.

Набирає популярність операція, спрямована на транспозицію або резекцію жирових грудок Біша, яка далеко не завжди приносить позитивний ефект, і результат по-різному оцінюється пацієнтами. На жаль, ряд пацієнок були незадоволені або навіть розчаровані в результаті виконаної операції. Вони відзначали, що після резекції грудок Біша тканини в нижній частині щоки втрачали тургор. А на шкірі при посмішці утворювалися складки. Як виявилось, при прогнозуванні результату пропорції обличчя мають основоположне значення. При аналізі виконаних операцій в нашому медичному центрі ми звернули увагу на те, що пацієнти з вузькими і широкими обличчями за різними критеріями оцінювали результати операції. Але відстань між найбільш виступаючими точками вилицевих горбів в даній оціночній шкалі виявилася менш значущою. Більш важливими критеріями виявилася довжина обличчя і ширина між кутами нижньої щелепи. Для того, щоб спростити виміри і створити єдиний об'єктивний критерій, ми запропонували використовувати один показник, який корелює співвідношення між довжиною обличчя і відстанню між кутами нижньої щелепи. Це глабелло-гоніальний кут. Використання запропонованого авторами глабелло-гоніального кута значно спрощує передопераційний аналіз. У групі пацієнок з кутом більше 75 градусів результати закономерно кращі. Оцінка отриманих результатів після резекції жирових грудок Біша проводилася за двома критеріями. Перший стосувався суб'єктивної оцінки пацієнтками результату операції. Другий ґрунтувався на лікарському аналізі. Він включав в себе огляд в спокійному стані і при максимальному оскалі зубів. У досліджуваній групі позитивний результат операції відзначений пацієнтами в 94%, в контрольній - в 68%. Другий кут між зигіон-погонион-зигіон застосовуємо для відбору пацієнок на транспозицію жирових грудок. Операція з переміщення жирових грудок Біша більш показана пацієнтам, у яких цей кут менше 80 градусів.

### **Summary**

**RESECTION AND TRANSPOSITION OF BUCCAL FAT PADS: INDICATIONS AND CONTRAINDICATIONS FOR OPERATION**

Slusarev I. Yu., Slusarev N. I.

Key words: Bichat buccal fat pad removal, glabella-gonial angle.

Operations aimed at Bichat fat pads transposition or resection of are becoming very popular nowadays, but, unfortunately, they do not always bring positive effect, and the results obtained can be estimated differently by patients. A number of female patients were not satisfied or even disappointed with the results of the surgeries performed. They noted that after resection of Bichat fat pads, the tissues in the lower part of the cheek lost the turgor and when smiling the skin became folded. As it turned out, when predicting the result, the proportions of the face are of fundamental importance. When analyzing the performed operations in our medical centre, we noticed that patients with narrow and broad faces evaluated the operation results according to different criteria. But, the length between the most prominent points of the malar eminences in this evaluation scale turned out to be less significant. More important criteria were the length of the face and the width between the angles of the lower jaw. In order to simplify the measurements and create a single objective criterion, we proposed using one indicator that correlates the relationship between the length of the face and the distance between the angles of the lower jaw. This is a glabella-gonial angle. Using the glabella-gonial angle suggested by the authors considerably simplifies preoperative analysis. In the group of patients with an angle of more than 75 degrees, the results are naturally better. Evaluation of the results after the resection of Bichat fat pads was carried out based on two criteria. The first one concerned the patient's subjective evaluation of the result of the operation. The second one was based on medical analysis. It included the examination at rest and with a maximum teeth baring. In the test group, the positive result of the operation was noted by the patients in 94% of cases, while in the control group in 68% of cases.

The second angle between glabella-gonion-glabella is applicable for the selection of patients for the transposition of fatty pads. The operation for Bichat fatty pads transposition is indicated to patients who have this angle less than 80 degrees.