Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования. КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

[Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=304)

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Косметическая пластика губ

Заведующий кафедрой: ДМН, профессор Винник Юрий Семенович

 Выполнил: Ординатор 2 года обучения

Коновалов Сергей Геннадьевич

2022г.

**Деформации губ**

Значение губ для человека велико вследствие того, что они принимают участие в захватывании и обработке пи­щи, артикуляции речи и в мимике лица. Лицо человека оживляется вследствие наличия красной части губ, форма и величина которой часто не удовлетворяют женщин, внимательных к своей внешности. С очень давних времен красную кайму губ подчеркивали различными косметиче­скими средствами (губные помады, карандаши и т. п.). Губы часто травмируются и это приводит к деформациям, для устранения которых требуется оперативное вмеша­тельство.

**Анатомические особенности губ**

Верхняя и нижняя губы образуют на лице ротовую щель, соединяясь у ее углов спайками (комиссурами). При этом областью верхней губы является все простран­ство, ограниченное сверху основанием носа, а снизу — ро­товой щелью. Область нижней губы занимает площадь от ротовой щели до губоподбородочной борозды.

Верхняя и нижняя губы имеют сходное анатомическое строение. Они состоят из кожи, подкожной жировой клет­чатки, мышечного слоя и слизистой оболочки. В тонкой коже губ располагаются волосяные фолликулы и большое количество сальных желез. Только в области красной кай­мы губ происходит структурное изменение кожи: по своему строению она постепенно приближается к слизистой обо­лочке полости рта.

Очень своеобразно строение красной каймы — проме­жуточной части губ между кожной и слизистой их частя­ми. В ней анатомически различают наружную и внутрен­нюю зоны (последняя особенно выражена у детей млад­шего возраста и новорожденных вследствие наличия на ее поверхности сосочков). Эпителий красной каймы имеет тонкий роговой слой, в толще каймы много сальных же­лез, располагающихся главным образом около углов рта.

Слизистая оболочка губ имеет выраженный подслизистый слой, который при определенных патологических со­стояниях значительно увеличивается. В толще его заложе­ны мелкие слюнные железы, способные увеличиваться в объеме и способствовать развитию таких косметических недостатков, как отвисание слизистой оболочки («двойная губа»).

Плавный и гладкий рельеф слизистой оболочки губ в преддверии рта по средней линии переходит в своеобраз­ные вертикальные утолщения — уздечки, величина кото­рых различна и которые влияют на форму губ, а также их участие в артикуляции речи и захватывании пищи. При врожденном утолщении уздечки верхней губы она прикреплена не в промежутке между луночковыми возвышениями центральных резцовых зубов, а ниже и ограничивает по­движность губы. Такая уздечка часто повреждается зубной щеткой при чистке зубов.

Основу мышечного слоя губ составляет круговая мыш­ца, которая выполняет роль сфинктера рта и в которую на различных его участках вплетаются другие мимические мышцы лица: квадратная, скуловая, треугольная, мышца смеха и др. Круговая мышца рта имеет вид тонкой пла­стинки, лежащей почти непосредственно под кожей. Весь­ма характерен тот факт, что мышечный слой губ отмеча­ется только у млекопитающих, обусловливая тем самым акт сосания. Мышечный слой особенно развит и дифференцирован у человека, у которого с возникновением речи и ослаблением функции жевательных мышц возникла необ­ходимость в развитии и увеличении выразительности ми­мики. Мимическая мускулатура рта обеспечивает смыка­ние губ и герметизм полости рта. При смыкании (сокра­щении мышц) губы выпячиваются вперед, ротовая щель сужается, при расслаблении губы и углы рта оттягивают­ся другими мышцами, и тогда могут наблюдаться асим­метрии при нарушении мышечного равновесия с обеих сторон.

В норме при рассмотрении лица в профиль верхняя губа несколько выстоит по отношению к нижней. На верх­ней губе отмечается различной выраженности желобок, идущий вертикально (фильтрум) и делящий губу на три части: среднюю и две боковые. В месте перехода кожной части губы в красную кайму фильтрум образует так назы­ваемый губной бугорок, выраженность которого различна. Помимо желобка, на форму верхней губы влияют и ко­лонки фильтрума — два плавно изогнутых валика кожи по его краям. Границей между кожей и красной каймой является линия Купидона («лук Купидона»), которая под­черкивается валиком белой кожи вдоль верхнего края слизисто-кожного соединения верхней губы.

По данным А. И. Евдокимова (1964), длина верхней губы по горизонтали составляет 7–8 см, длина нижней — 5–7 см, ширина верхней (расстояние от свободного края красной каймы до основания носа) и нижней (расстояние от ее свободного края до нижнего свода преддверья) гу­бы — 2–2,5 см. Расстояние между углами рта при сомкну­тых губах составляет 6–7 см. Средние размеры губ не­много больше у мужчин.

**Планирование операций и отбор пациентов**

Для правильной диагностики деформаций губ необхо­дим тщательный осмотр лица, так как нарушение его гар­монии может зависеть (и это случается нередко) не толь­ко от истинной деформации губ, но и соответствующих из­менений скелетных образований в связи с наличием мик­рогении, прогении и др. Клинически установить наличие такой деформации при небольшой выраженности костных изменений челюстей трудно. В подобных случаях деформа­ции губ часто являются не абсолютными показаниями к хирургическому исправлению, а относительными. Боль­шую помощь в диагностике сопутствующих изменений в строении челюстей может оказать цефалометрия нижнего отдела лица — определение по рентгенограмме соотноше­ний мягких и твердых тканей лица.

Нормальный профиль верхней губы — это слегка вы­пуклая линия ниже носа, мягко переходящая в неболь­шое углубление по носогубным складкам. Соотношение мягких и плотных тканей следует рассматривать в поло­жении так называемого покоя для челюстей: при этом со­храняется небольшой зазор между ними и зубы не кон­тактируют друг с другом. Губы также должны находиться в покое — в состоянии легкого смыкания. При нормальных соотношениях тканей лица лицевые мышцы находятся в состоянии равновесия, при нарушениях они напряжены вследствие стремления сохранить смыкание губ.

Изменения костного скелета нижнего отдела лица яв­ляются противопоказанием к проведению коррекции губ в качестве первого этапа лечения. Например, уменьшением губ при прогнатизме нельзя устранить этот дефект, так как в этом случае не уменьшается выступание вперед костных образований.

Особое внимание следует обратить на тот факт, что деформации губ могут служить причиной переживаний мо­лодых девушек и женщин, хотя устранить эти недостатки можно с помощью декоративной косметики. В связи с этим пациентов с подобными жалобами должен осмотреть опытный психоневролог.

**Уплощенная губа и деформация линии Купидона**

Линия Купидона, делящая губу на кожную и переход­ную зоны, часто деформируется при врожденных расще­линах или вследствие образования рубцов, остающихся после травм различного происхождения. Особенно выражены эти деформации при врожденной тонкой губе с узкой крас­ной каймой, поэтому в задачи хирургической коррекции часто входит не только увеличение высоты каймы и соз­дание новой линии Купидона, но и общее утолщение верх­ней губы.

При тонкой верхней губе («безгубный рот») увеличе­ние красной части губы может быть достигнуто за счет слизистой оболочки, которую подтягивают кверху для за­полнения деэпидермизированного участка кожи (Lewis J., 1973). Хирург во время таких вмешательств может поль­зоваться несколькими вариантами техники в зависимости от степени сохранности центрального отдела красной кай­мы. Если он достаточно выражен, то линию Купидона соз­дают из двух раздельных боковых лоскутов слизистой обо­лочки. При общей слаженности губы подтягивание сли­зистой оболочки осуществляют по всей ширине губы от одного угла рта до другого. Техника замещения кожной части губы слизистой оболочкой позволяет созда­вать линию Купидона любой формы.

Естественно, что подтягивание слизистой оболочки гу­бы кверху можно осуществлять только при достаточной отслойке ее от подлежащих тканей. Однако при неболь­шой степени деформации можно сводить края ран и без отслойки тканей.

Нельзя не отметить тот факт, что указанные выше опе­рации приводят к явному уплощению нижней трети верх­ней губы, для ликвидации которого, с нашей точки зрения, целесообразно применение способа Виссарионова. Выбор формы линии Купидона автор осуществляет индивидуаль­но для каждого пациента и по согласованию с ним. При этом вершины линии должны совпадать с центральной ли­нией колонок фильтрума. Обращают особое внимание на скошенность под углом 45° кожных разрезов губы, необхо­димых для последующего утолщения тканей по ходу ра­ны. После иссечения полоски кожи на уровне дермы (деэпидермизация) круговую мышцу рта рассекают на 3/4 тол­щины вглубь с образованием верхнего фрагмента, вклю­чающего кожу над предполагаемой линией Купидона и круговую мышцу, среднего, состоящего из деэпидермизированной кожи и подлежащей мышечной ткани, и нижнего фрагмента, в который входит красная кайма со слизистой оболочкой и волокнами круговой мышцы рта. Верхний и нижний фрагменты сшивают кетгутовой нитью (скошен­ность краев раны приводит к образованию утолщенной мышечной «подушки», под которой остается средний сег­мент тканей раны). Кожные края раны предпочтительно сшивать внутрикожным косметическим швом, предотвра­щающим появление поперечных следов от петель, очень заметных по линии Купидона. Шовная нить может быть удалена через 6–7 дней.

Для утолщения верхней губы и обеспечения заметного выступания нижней трети ее кпереди применяют местно-пластические способы, например Z-пластику, при которой среднюю треугольную часть слизистой оболочки преддве­рия рта смещают кверху, а края раны ниже ее сшивают «на себя». Очень эффективен способ Лассуса — сшивание треугольных лоскутов слизистой оболочки преддверия вер­шинами со смещением пространства между ними кверху.

**Утолщенная верхняя губа**

Утолщение верхней губы может быть следствием гипер­трофии всех составляющих ее тканей при нормальном по­ложении самой губы или чрезмерного развития одного из ее слоев (чаще всего подслизистого с образованием так называемой двойной губы). Утолщения губы возникают также после перенесенных воспалительных процессов, при лимфангиомах и др.

Верхнюю губу уменьшают путем иссечения клиновид­ной полоски тканей, включающих слизистую и мышечные оболочки, на всем протяжении от одного угла рта к друго­му с последующим послойным ушиванием раны рассасы­вающимися материалами (кетгут, дексон и др.). Отслойка краев раны при этом необязательна.

Гипертрофия подслизистого слоя и слюнных желез при­водит к растягиванию слизистой оболочки с образованием складки, особенно заметной при улыбке. Эта складка име­ет продольное направление, больше выражена по бокам и меньше — в центре, характерна для мужчин.

Оперативное лечение при «двойной губе» начинают с отметки краской границ складки. Обычная форма складки приближается к эллипсу. При истончении или выражен­ном уплощении избытков слизистой оболочки в центре ис­секаемый участок похож на два полуовала с перемычкой между ними. Уздечку верхней губы при этом сохраняют. Очерченный краской участок слизистой оболочки и подслизистый слой (частично) иссекают. Кровотечение редко бывает значительным и уменьшается при сдавлении тка­ней губы пальцами ассистента, который должен слегка вывернуть губу кверху для облегчения проведения опера­ции. В просвете раны обычно появляется большое количе­ство гипертрофированных слизистых желез. Попадание желез в зону накладываемого шва может привести в даль­нейшем к образованию ретенционных кист, поэтому все видимые на глаз железы должны быть удалены: их выры­вают с помощью тонкого глазного пинцета. Далее накла­дывают непрерывный кетгутовый шов. При сшивании ра­ны следует обращать особое внимание на то, чтобы у ее концов не образовывались «стоячие конусы». С этой целью разрез слизистой оболочки должен быть продолжен за углы рта на слизистую оболочку щек.

**Высокая верхняя губа**

Подобная деформация как врожденная встречается ре­же других, значительно чаще она наблюдается после раз­личных операций, связанных с коррекцией расщелин губы и неба. По данным Н. М. Михельсона (1962), при незна­чительном удлинении губы хорошие результаты дает зрительное уменьшение ее за счет выдвижения нижнего от­дела кожной перегородки носа, при резко выраженном удлинении губы — сквозное иссечение горизонтальной по­лоски тканей под основанием носа.

**Деформации нижней губы**

Диагностирование деформаций нижней губы имеет не­которые особенности по сравнению с выявлением дефор­мации верхней. Например, определенное утолщение ниж­ней губы устраняют так же, как и верхней: при узкой красной кайме подтягивают наружу слизистую оболочку, при выраженном утолщении тканей губы производят иссе­чение полоски тканей вдоль всей губы и т. п.

Однако иногда встречается характерное только для нижней губы отвисание ее, когда она (особенно в средней части) выворачивается и отстает от зубов вследствие рас­слабленности круговой мышцы и растяжения слизистой оболочки преддверия рта. При подобной деформации не­достаточно горизонтального иссечения избытков тканей, необходима также вертикальная клиновидная резекция нижней губы, после которой на коже остается заметный рубец. Выполняя это вмешательство, хирург должен акку­ратно сводить края раны в зоне красной каймы, используя приемы, предложенные Г.В. Кручинским.

Особенности послеоперационного периода

После операции в области губ рекомендуется в тече­ние 1—2 дней носить давящую повязку, прижимающую губы к зубной дуге, меньше разговаривать и смеяться, не употреблять горячую и раздражающую пищу. В это же время полезно применение холода местно (пузырь со льдом). Линию шва можно смазывать стерильными мас­ляными растворами для смягчения или предупреждения образования корочек. После еды необходимо промыть преддверие рта теплыми растворами фурацилина, грами­цидина и т. п. Осложнения в послеоперационном периоде практически отсутствуют.

#

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусов А.Е. «Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия» 1998г.

2. Пер Хеден «Энциклопедии пластической хирургии» 2001г.

3. Пшениснов К.П. «Курс пластической хирургии» 2010г.

4. Соколов В.Н., Аветиков Д.С. - Пластическая реконструктивно-восстановительная и косметическая хирургия – 2004г.