© Team of authors, 2023 / ©Коллектив авторов, 2023

Current trends in the feminization of the lower third of the face and neck

A.L. Istranov, M.V. Plotnikova, S.N. Teyfukov, Yu.I. Isakova

FSAEI HE First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov (Sechenov University), Department of Oncology, Radiotherapy and Reconstructive Surgery, Institution of Clinical Medicine, Moscow, Russia Contacts: Istranov Andrey Leonidovich – e-mail: plasticsurgeon@yandex.ru

Актуальные тенденции в феминизации нижней трети лица и шеи

А.Л. Истранов, М.В. Плотникова, С.Н. Тейфуков, Ю.И. Исакова

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский университет), кафедра онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии Института клинической медицины, Москва, Россия Контакты: Истранов Андрей Леонидович – e-mail: plasticsurgeon@yandex.ru.

目前面部和颈部下三分之一女性化的趋势

A.L. Istranov, M.V. Plotnikova, S.N. Teyfukov, Yu.I. Isakova

FSAEI HE First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov (Sechenov University),
Department of Oncology, Radiotherapy and Reconstructive Surgery, Institution of Clinical Medicine, Moscow, Russia 通讯作者: Istranov Andrey Leonidovich — e–mail: plasticsurgeon@yandex.ru

Doi: 10.25792/HN.2023.11.1.8-13

Introduction. The article is devoted to the actual techniques of feminizing operations on the lower third of the face and neck. Material and methods. The authors presented their own clinical material –31 consecutive clinical observations of feminization of the lower third of the face and neck in various volumes and combinations. The age of patients with gender identity disorders ranged from 18 to 57 years. The patients underwent the following operations: cheiloplasty, mandibuloplasty, genioplasty, chondrolaryngoplasty. The authors presented original surgical methods for feminization of the upper lip, chin, angles of the lower jaw and thyroid cartilage.

Results. Excellent aesthetic results were obtained in all the observations: the patients' faces lost rough, masculine facial features, acquired softer, feminine features. Patients noted high satisfaction with the results obtained and a significant improvement in social and household adaptation.

Conclusions. Feminizing operations on the face are an important component of sex-transforming surgery, and have recently become more important in the lives of patients with impaired gender identity. A rational combination of feminizing operations provides the initial stage of surgical sex change and improves social and domestic adaptation when changing sex from male to female.

Key words: transsexualism cheiloplasty, mandibuloplasty, genioplasty, chondrolaryngoplasty, sex transforming surgery, feminization, transsexualism

The article was published as part of M.V. Plotnikova's dissertation work "Surgical correction of the lower third of the face and neck in patients with sexual identity disorder".

Conflicts of interest. The authors have no conflicts of interest to declare.

Funding. There was no funding for this study

For citation: Istranov A.L., Plotnikova M.V., Teyfukov S.N., Isakova Yu.I. Current trends in the feminization of the lower third of the face and neck. Head and neck. Russian Journal. 2023;11(1):8–13

The authors are responsible for the originality of the data presented and the possibility of publishing illustrative material – tables, drawings, photographs of patients.

Введение. Статья посвящена актуальным техникам феминизирующих операций на нижней трети лица и шеи. Материал и методы. В статье представлен собственный клинический материал — 31 последовательное клиническое наблюдение феминизации нижней трети лица и шеи в различных объемах и сочетаниях. Возраст пациентов с нарушением половой самоидентификации колебался от 18 до 57 лет. Пациентам были выполнены следующие операции: хейлопластика, мандибулопластика, гениопластика, хондроларингопластика. Авторы привели оригинальные хирургические методы феминизации верхней губы, подбородка, углов нижней челюсти и щитовидного хряща.

Результаты. Во всех наблюдениях были получены отличные эстетические результаты: лица пациентов утратили грубые мужские черты лица, приобрели более мягкие, женственные черты. Пациенты отметили высокую удовлетворенность полученными результатами и значительное улучшение социально-бытовой адаптации.

Выводы. Феминизирующие операции на лице являются важной составляющей секстрансформирующей хирургии, приобретают в последнее время большее значение в жизни пациентов с нарушением половой самоидентификации. Рациональное сочетание феминизирующих операций обеспечивает начальный этап хирургической смены пола и улучшает социально-бытовую адаптацию при смене пола с мужского на женский. **Ключевые слова:** хейлопластика, мандибулопластика, гениопластика, хондроларингопластика, секстрансформирующая хирургия, феминизация, транссексуализм

Статья опубликована в рамках диссертационной работы М.В. Плотниковой «Хирургическая коррекция нижней трети лица и шеи у пациентов с нарушением половой самоидентификации».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки

Для цитирования: Истранов А.Л., Плотникова М.В., Тейфуков С.Н., Исакова Ю.И. Актуальные тенденции в феминизации нижней трети лица и шеи. Head and neck. Голова и шея. Российский журнал. 2023;11(1):8–13

Авторы несут ответственность за оригинальность представленных данных и возможность публикации иллюстративного материала – таблиц, рисунков, фотографий пациентов

介绍本文致力于面部和颈部下三分之一部位女性化手术的实际技巧。

材料和方法:作者介绍了他们自己的临床材料——31个连续的临床观察,观察到面部和颈部下三分之一的女性化,其数量和组合各不相同。

性别认同障碍患者的年龄在18至57岁之间。患者接受了以下手术:唇裂成形术、下颌骨成形术、颏成形术、软骨喉成形术。作者介绍了上唇、下巴、下颌角和甲状腺软骨女性化的原始手术方法。

结果:在所有观察中都获得了极好的美学结果:面部失去了粗犷、阳刚的面部特征,获得了柔和、女性化的特征。患者对所获得的结果表示高度满意,并且在社会和家庭适应方面有显著改善。

结论:面部女性化手术是变性手术的重要组成部分,最近在性别认同受损患者的生活中变得更加重要。女性化手术的合理组合提供了外科性别改变的初始阶段,并在将性别从男性改变为女性时改善了社会和家庭适应。

关键词: 变性唇瓣成形术、下颌骨成形术、颏成形术、软骨喉成形术、变性手术、女性化、变性

这篇文章是作为M.V. Plotnikova的论文工作"性认同障碍患者面部和颈部下三分之一的手术矫正"的一部分发表的。

利益冲突: 作者没有利益冲突需要声明。

资助: 本研究没有任何资金支持

引用: Istranov A.L., Plotnikova M.V., Teyfukov S.N., Isakova Yu.I. Current trends in the feminization of the lower third of the face and neck. Head and neck. Russian Journal. 2023;11(1):8–13

作者对所提供数据的独创性以及发布说明性材料(表格、图纸、患者照片)的可能性负责。

Введение

В последнее время можно констатировать высокую заинтересованность феминизирующими операциями среди транссексуалов. Это объясняется увеличением числа пациентов с половой дисфорией. По статистике 1 из 12 000 рождается мужчиной, но желает стать женщиной, а 1 из 30 000 рождается женщиной, но желает стать мужчиной [1].

С анатомической точки зрения, между мужчинами и женщинами существует ряд отличий в особенностях строения лица. В нижней трети лица и шеи сконцентрирована значимая часть гендерных признаков. Феминизирующие операции нижней трети лица и шеи значительно влияют на конечный результат феминизации лица в целом. В их число входят: хейлопластика,

мандибулопластика, гениопластика. Одновременно с пластикой нижней трети лица возможно выполнение хондроларингопластики. Данный вид операций позволяет гармонизировать и феминизировать лицо и шею.

Материал и методы

В основу исследования легло 31 последовательное клиническое наблюдение феминизации нижней трети лица и шеи в различных объемах и сочетаниях. Возраст пациентов с нарушением половой самоидентификации колебался от 18 до 57 лет. Пациентам были выполнены следующие операции: хейлопластика, мандибулопластика, гениопластика, хондроларингопластика.





Рис. 1. Хейлопластика, интраоперационные фотографии

A – обозначена зона резекции кожи. B – вид пациента в конце операции.

Fig.1. Reduction cheiloplasty, the intraoperative photographs

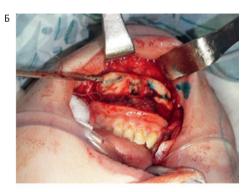
A – the area of resection of the skin marked. B – the view of the patient at the end of the operation

Особенности хейлопластики. У женщин расстояние между основанием носа и красной каймой верхней губы в среднем на 3,2–6,4 мм меньше, чем у мужчин [2]. Из-за этой разницы верхние резцы женщин видны больше на 2–4 мм, чем у мужчин в покое [3].

Верхнюю линию разметки мы отмечаем, начиная от основания крыла носа по внутренней стороне крыла носа до основания колумеллы. Симметрично проводим верхнюю линию разметки на противоположной стороне. Для ориентира наносим вертикальные линии от основания крыльев носа до красной каймы верхней губы и колонн фильтрума. Запланированный

одинаковый объем удаления кожи измеряем штангенциркулем и отмечаем на вертикальных линиях. Объем иссечения определяем бимануальной техникой. Высота обычно составляет от 5 до 10 мм, удаляем не более 25% общей высоты губы от основания носа до красной каймы верхней губы [4]. Нижнюю линию разметки отмечаем параллельно верхней линии, контролируя симметричность сторон. После местной анестезии удаляем предварительно измеренный участок кожи и подкожной клетчатки до круговой мышцы рта. В результате плоская, длинная верхняя губа приобретает женственный, изогнутый вид (рис. 1).





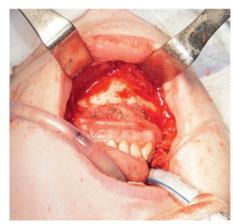




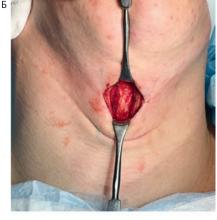
Рис. 2. Феминизация нижней челюсти, интраоперационные фотографии

A — разметка для доступа к подбородку. Б — разметка нижней челюсти для резекции. B — вид нижней челюсти после резекции. Γ — вид в конце операции.

Fig. 2. Feminization of the lower jaw, the intraoperative photographs.

A – marking for access to the chin. B – marking of the lower jaw for resection. C – the view of the lower jaw after resection. D – the view at the end of the operation.







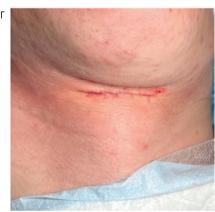


Рис. 3. Феминизирующая хондроларингопластика

A — предоперационная разметка. B — осуществлен доступ к щитовидному хрящу. B — щитовидных хрящ резецирован, края сшиты между собой. Γ — вид в конце операции.

Fig. 3. Feminizing chondrolaryngoplasty

A – preoperative marking. B – access to the thyroid cartilage is made. C – the thyroid cartilage is resected, the edges are made up together. D – the view at the end of the operation.

Особенности хирургической техники при коррекции гониальных углов нижней челюсти и подбородка. Нижняя челюсть мужчин крупнее и толще с более выступающим гониальным углом, подбородок обычно на 20% длиннее [5]. У женщин подбородок более трапециевидный, чем мужской – прямоугольный. У мужчин форма подбородка более квадратная вследствие латеральных подбородочных возвышений в области клыков, тогда как у женщин обычно имеется одно срединное подбородочное возвышение, что придает женскому подбородку более округлый или заостренный вид.

Гениопластику и мандибулопластику часто сочетаем друг с другом, так изменения контура нижней челюсти и подбородка дополняют друг друга. Феминизирующую гениопластику мы выполняем через внутриротовой доступ, отступая вверх на 1 см от переходной складки для быстрого заживления рубца. Вертикальное уменьшение и сужение подбородка осуществляем путем удаления заранее определенных сегментов кости с помощью пьезохирургического аппарата. В результате подбородок приобретает округлую и вытянутую форму, характерную для лиц женского пола.

Гониальный угол у женщин обычно более тупой, примерно на 2,7°, что создает более мягкий переход от тела к ветви нижней челюсти и более узкую ширину нижней челюсти [6].

Для выполнения мандибулопластики внутриротовой разрез мы продлеваем до конца зубного ряда, резекцию заранее определенного объема гониальных углов выполняем с помощью пьезохирургического аппарата. В результате нижнечелюстной угол становится тупым, приобретает округлые и мягкие очертания, характерный для лиц женского пола (рис. 2).

Особенности хирургической техники при феминизирующей хондроларингопластике. Щитовидный хрящ у лиц мужского пола крупнее и заметнее, чем у лиц женского пола, выступ гортани образуется в результате слияния передних краев двух пластинок щитовидного хряща, которые расходятся под углом примерно 90° у мужчин и 120° у женщин [4].

Хондроларингопластику мы выполняли через поперечный разрез по нижней шейной складке длиной около 1,0 см. При помощи 11 скальпеля резецировали концевые отделы пластин щитовидного хряща, которые далее сшивали друг с другом, подворачивая при этом края пластин и формируя передний край щитовидного хряща в виде плавной дуги (рис. 3).

Результаты

Послеоперационный период у всех пациентов протекал легко, без осложнений. Сроки реабилитации составляли около 1 меся-



Рис. 4. Пациент Р. 28 лет. Пациенту выполнена феминизация нижней трети лица и шеи —хейлопластика, гениопластика, мандибулопластика и хондроларингопластика

A, B, Д – вид в фас, профиль и полупрофиль до операции. Б, Г, Е – вид в фас, профиль и полупрофиль через год после операции. Fig. 4. Patient P., 28 years old. The patient underwent feminization of the lower third of the face and neck – chondrolaryngoplasty A, C, E – front, profile and semi-profile view before surgery. B, D, F – front, profile and semi-profile view a year after the operation.

ца. Во всех наблюдениях мы получили отличные эстетические результаты, лица пациентов утратили мужские черты, приобрели округлые и миловидные женские черты. Пациенты отметили высокую удовлетворенность полученными результатами и значительное улучшение социально- бытовой адаптации.

Приводим пример феминизации нижней трети лица и шеи, представленной на рис. 4 А–Г. На фото пациент Р. 28 лет до и через 1 год после феминизации нижней трети лица и шеи — хейлопластики, гениопластики, мандибулопластики и хондроларингопластики.

Обсуждение

Впервые феминизирующие операции на лице были описаны в 1987 г. доктором D.K. Ousterhout из Сан-Франциско, штат Калифорния, США [7].

Повышенный спрос пациентов на данный вид операций и их положительные результаты вызвали интерес у мирового сообщества пластических хирургов к феминизирующей хирургии лица и шеи.

На сегодняшний день есть много различных методов выполнения феминизирующих операций нижней трети лица и шеи.

При гениопластике и мандибулопластике мы выполняем двустороннюю резекцию с помощью пьезохирургического аппарата, целью которой является уменьшение высоты и сужение подбородка. Также существуют методы коррекции подбородка с уменьшением его вертикального размера путем резекции в средней его части [8].

Хондроларингопластика является единственным методом лечения выступающего «адамова яблока», поскольку щитовидный хрящ не реагирует на гормональную терапию. До полового созревания размеры щитовидного хряща в большинстве одинаковы. После повышения уровня тестостерона щитовидный хрящ становится больше, что является «мужскими» физическими характеристиками. Определяя область резекции, мы ограничиваемся углом щитовидного хряща. Некоторые хирурги выполняют расширенную резекцию, дополнительно захватывая область щитовидной вырезки [11, 12]. Также существует метод выполнения хондроларингопластики закрытым способом через подъязычное пространство, это позволяет избежать

видимых послеоперационных рубцов на передней поверхности шеи. Однако помимо определенных преимуществ у каждого из метода имеются риски развития осложнений.

Анализируя все имеющиеся методы и основываясь на собственном опыте выполнения хондроларингопластики, мы определили оптимальную, на наш взгляд, технику хондроларингопластики открытым доступом с резекцией щитовидного хряща в области его угла и дальнейшей стабилизацией хрящевого каркаса в области прикрепления голосовых и тирео-эпиглоточной связок путем сшивания краев разобщенных пластин и формирования плавной дуги.

Заключение

Феминизирующие операции на лице являются важной составляющей секстрансформирующей хирургии и в последнее время пользуются большим спросом у пациентов с нарушением половой самоидентификации.

Разработанные нами методы феминизации нижней трети лица и шеи позволяют добиться высоких результатов, которые являются важными составляющими секстрансформирующей хирургии и помогают пациентам легко интегрироваться в общество.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Bockting W., Kirk S. Transgender and HIV. Risks, Prevention, and Care. Binghamton, NY: The Haworth Press. 2001. P. 101–17.
- Ousterhout D.K. Facial Feminization Surgery: A Guide for the Transgender Woman. Nebraska: Independent Publishers Group; 2012.
- Salibian A.A., Bluebond-Langner R. Lip lift. Facial Plast. Surg. Clin. North Am. 2019;5(2):272–62.
- Sykes J.M., Dilger A.E., Sinclair A. Surgical Facial Esthetics for Gender Affirmation Dermatologic Clinics. Dermatol. Clin. 2020;2(4):27–262.
- Altman K. Facial feminization surgery: current state of the art. Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. 2012;41(8):885–94.
- Hage J.J., Becking A.G., de Graaf F., et al. Gender con-firming facial surgery: considerations on the mascu- linity and femininity of faces. Plast. Reconstr. Surg. 1997:99(7):1799–807.
- Altman K. Facial feminization surgery: current state of the art. Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. 2012;41:885–94.
- Balaji S.M. Facial feminization Surgical modification for Indian, European and African faces. Ann. Maxillofac. Surg. 2016;6(2):210–3.
- Spiegel J.H. FACS. Facial Feminization for the Transgender Patient. J. Craniofac. Surg. 2019;30(5):1399–402.
- Boucher F., Gleizal A., Mojallal A., et al. Facial feminization surgery middle and inferior thirds. Ann. Chirurg. Plastiq. Esthet. 2017;62(2):122–30.
- Salgado C.J., Nugent A.G., Satterwaite T., et al. Gender Reassignment: Feminization and Masculinization of the Neck. Clin. Plast. Surg. 2018;45(4):635–45.
- Sturm A., Chaiet S.R. Chondrolaryngoplasty Thyroid Cartilage Reduction. Fac. Plast. Surg. Clin. North Am. 2019;27(2):267–72.

Поступила 26.09.22

Получены положительные рецензии 02.11.22

Принята в печать 15.12.22

Received 26.09.22

Positive reviews received 02.11.22

Accepted 15.12.22

Вклад авторов: А.Л. Истранов, М.В. Плотникова, С.Н. Тейфуков, Ю.И. Исакова: концепция и дизайн исследования, обзор публикаций по теме статьи, сбор данных, анализ полученных данных, написание текста рукописи, редактирование.

Authors' contributions. A.L. Istranov, M.V. Plotnikova, S. N. Teyfukov, Yu.I. Isakova: conception and design of the study, data collection and analysis, manuscript preparation, and editing.

Информация об авторах:

Истранов Андрей Леонидович — д.м.н., профессор кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии института клинической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский университет), Москва. Адрес: 119435 Москва, Большая Пироговская, 6 ст; e-mail: plasticsurgeon@yandex.ru. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0222-2910/

Плотникова Мария Викторовна— аспирант кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии института клинической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский университет), Москва. Адрес: 119435, Москва, Большая Пироговская, 6 ст; e-mail: plotnm@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9588-589X.

Тейфуков Сергей Нариманович — аспирант кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии института клинической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский университет), Москва. Адрес: 119435 Москва, Большая Пироговская, 6 ст; e-mail: teyfukov_s_n@student.sechenov.ru. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2127-7418.

Исакова Юлия Ивановна— ассистент кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ (Сеченовский Университет). Адрес: 119435 Россия, Москва, Большая Пироговская 6, стр. 1; e-mail: staff.sechenov.i@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7695-0078.

Information about the authors:

Istranov Andrey Leonidovich — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Oncology, Radiotherapy and Reconstructive Surgery, Institute of Clinical Medicine, First Moscow State Medical University. I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow. Address: 119435 Moscow, Bolshaya Pirogovskaya, 6 st; e-mail: plasticsurgeon@yandex.ru. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0222-2910.

Plotnikova Maria Victorovna — post-graduate student of the Department of Oncology, Radiotherapy and Reconstructive Surgery, Institute of Clinical Medicine, First Moscow State Medical University. I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow. Address: 119435 Moscow, Bolshaya Pirogovskaya, 6 st; e-mail: plotnm@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9588-589X.

Teyfukov Sergey Narimanovich — post-graduate student of the Department of Oncology, Radiotherapy and Reconstructive Surgery, Institute of Clinical Medicine, First Moscow State Medical University. I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow. Address: 119435 Moscow, Bolshaya Pirogovskaya, 6 st; e-mail: teyfukov_s_n@student.sechenov.ru. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2127-7418.

Isakova Yuliya Igorevna — Assistant of the department of Oncology, Radiotherapy and Reconstructive Surgery, First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University). Address: 119435 Russia, Moscow, Bolshaya Pirogovskaya 6, building 1; e-mail: ustaff.sechenov.i@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7695-0078.