

**Задачи и особенности  
восстановительной хирургии  
челюстно-лицевой области.  
Дефекты и деформации  
челюстей. Планирование  
пластических операций.  
Пластика местными тканями.**

- **Пластическая хирургия** (греч. пластика — скульптура, ваяние) уходит своими корнями в глубокую древность. За многие тысячелетия понятие «пластическая хирургия» стало узким для определения операций, которые проводятся в целях устранения или возмещения каких-либо дефектов не только на лице, но и на других сегментах человеческого тела.

Сейчас наиболее правильным является термин **«реконструктивно-восстановительная хирургия»**, в рамки которого входят все операции по устранению и возмещению дефектов и деформаций, в частности, лица и челюстей, и термин «эстетическая хирургия», которая включает в себя оперативные вмешательства, в основном косметического характера.

**Потребность в необходимости пластической хирургии** была обоснована социальным положением человека в обществе и стремлением его восстановить утраченный или нарушенный, в силу разных обстоятельств, внешний вид. Так как лицо являлось практически единственной открытой частью тела, естественно, что именно операции на лице были наиболее востребованными. Так, до сих пор сохраняет свои, хотя измененные и модифицированные, возможности методика восстановления мягких тканей наружного носа лоскутом со лба. Метод известен как «**индийский метод**» ринопластики и насчитывает более 5000 лет. Этот метод явился прародителем операций лоскутом на ножке, взятом вблизи дефекта. Другой вариант ринопластики, вошедший в историю как «**итальянский**», стал прообразом пластики лоскутом на ножке из отдаленных участков тела.

# Исторические аспекты

Огромный вклад в развитие этого раздела хирургии внесли Н.И. Пирогов, Ю.К. Шимановский, В. П. Филатов, А.А. Лимберг, Ф. Буриан.

Во второй половине XX в. необходимость лечения большого количества раненых в лицо и челюсти и ликвидации последствий ранений привели к разработке и совершенствованию многих операций (Ф.М. Хитров, М.В. Мухин, Л.Р. Балон и др.). Современное направление реконструктивно-восстановительной хирургии представлено разработками таких ученых, как Н.А. Плотников, Г.В. Кручинский, А.А. Никитин, А.И. Неробеев, В.А. Маланчук и др. Сегодняшние возможности использования компьютерного моделирования, микрохирургической техники и аппаратуры значительно расширяют возможности реконструктивных и эстетических операций.

# **Цель хирургического вмешательства**

**Цель хирургического вмешательства — восстановление формы и функции отдельных тканей и органов, утраченных или поврежденных, ликвидация последствий, возникших в результате травмы, врожденного или приобретенного порока. Достижение этой цели обусловлено необходимостью решения ряда задач, которые можно сгруппировать по следующим этапам:**

## **Задачи дооперационного периода:**

- 1. Оценка показаний и противопоказаний к операции**
- 2. Оценка объёма, характера дефекта, степени нарушения формы и функции органа**
- 3. Выбор метода операции и пластического материала**
- 4. Выбор метода обезболивания.**

# **Задачи операционного и послеоперационного периодов**

## **Задачи операционного периода**

- 1. Подбор инструментария**
- 2. Подбор шовного материала**
- 3. Соблюдение технологии операции**
- 4. Обеспечение адекватного обезболивания**

## **Задачи послеоперационного периода:**

- 1. Контроль за течением ближайшего послеоперационного периода, профилактика и своевременная ликвидация осложнений**
- 2. Адекватная медикаментозная терапия**
- 3. Реабилитационные мероприятия в отдаленном периоде.**

# **Показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам при дефектах и деформациях лица**

**Показаниями** являются любые дефекты и деформации лица, требующие хирургического устранения.

**Противопоказания** в большинстве случаев носит относительный характер, а возможность проведения операции определяется :

1. Состоянием соматического здоровья, т.е. отсутствием обострения хронических воспалительных заболеваний.
2. Естественно, операция должна быть отложена при острых инфекционных заболеваниях, нарушениях сердечнососудистой, дыхательной системы, эндокринных заболеваниях и пр. После ликвидации острого воспалительного процесса, стойкой ремиссии при хронических заболеваниях операция возможна.

# **Классификация психического здоровья Иозефа**

**Другим направлением должен быть учет психического здоровья, оценка психоэмоционального состояния пациента, особенно если речь идет о косметических операциях. Для оценки состояния пациента целесообразно пользоваться классификацией эстетического чувства, предложенной Иозефом:**

- 1. Больные с пониженным эстетическим чувством.**
- 2. Больные с нормальным эстетическим чувством.**
- 3. Больные с гипертрофированным эстетическим чувством.**
- 4. Больные с извращенным эстетическим чувством.**

**Естественно, что на формирование этих показателей влияет мнение соседей, родственников, врача, средств массовой информации и пр.**

# **Местные противопоказания**

**Местные противопоказания**, в основном, сводятся к оценке состояния тканей как самого дефекта, так и окружающих.

При наличии явлений острого или обострения хронического процесса операция противопоказана. Другие противопоказания могут касаться отказа от выбора того или иного доступа, того или иного пластического материала.

При лечении онкологических больных многие авторы рекомендуют отложить восстановительные операции до полного убеждения в отсутствии рецидива или отдельных метастазов.

**Возрастных противопоказаний нет.**

# Дефект и деформация ЧЛО

**Дефект** - отсутствие или потеря части тканей, а также той или иной функции, возникающее при самых разнообразных условиях. Дефект может представлять собой врожденное явление или приобретенные состояния, когда на почве дегенеративных, некробиотических, воспалительных процессов, травм возникает убыль вещества ткани.

**Деформация** - нарушение формы части лица или какого-нибудь органа. Деформация может возникать от самых разнообразных причин и не содержит в себе никаких закономерностей, за исключением врожденных деформаций.

# Дефекты и деформации ЧЛО

Все дефекты и деформации челюстно-лицевой области и шеи по происхождению могут быть **приобретенными и врожденными.**

**Приобретенные** дефекты и деформации челюстно-лицевой области и шеи могут иметь различную локализацию, размеры и глубину, начиная от небольших дефектов поверхностного слоя кожи или слизистой оболочки и заканчивая тотальным отсутствием костей лица и прилежащих к ним мягких тканей и органов.

# Приобретенные дефекты и деформации ЧЛО

Приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области и шеи по этиологическому фактору можно разделить на следующие основные группы:

1. **После перенесенных инфекций** (неспецифических и специфических гнойно-воспалительных процессов мягких тканей и костей лицевого скелета) и некрозы тканей в результате выраженных расстройств кровообращения;

2. **Посттравматические** (как результат воздействия физических факторов: механической травмы (огнестрельной и неогнестрельной (в том числе производственной (промышленной и сельскохозяйственной) и непроизводственной (бытовой, уличной, спортивной, транспортной, операционной)); термической травмы (ожогов и обморожений); электротравмы; лучевой травмы (в том числе и остеорадионекроз челюстей); и химической травмы: кислотами, щелочами и др. агрессивными веществами);

3. **Послеопухолевые** (после удаления доброкачественных и злокачественных опухолей и опухолеподобных образований);

# Врожденные дефекты и деформации ЧЛО

Среди врожденных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области и шеи наиболее часто встречаются:

1. **Несращение губ** (одно- и двустороннее; скрытое, частичное, полное, сочетанное);
2. **Несращение неба** (скрытое, частичное, полное, сквозное);
3. **Аномалийное прикрепление уздечек губ и языка;**
4. **Колобомы лица** или несращение частей лица (челюстно-лицевые дизостозы) – одно- и двусторонние; скрытые, полные и неполные; поперечные и косые расщелины лица – синдромы I или II жаберных дуг и др.;
5. **Макро- или микростомы;**
6. **Микро-, макро- или анотия, лопухость;**
7. **Несращение частей носа** (скрытое, неполное, полное) и деформации носа (горб, сколиоз, деформации хрящей и др.);
8. **Микрогения и макрогнатия челюстей** (одно- и двусторонняя)

## Локализация дефектов в ЧЛО

Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области и шеи могут локализоваться как в пределах одной области или органа, так и носить распространенный характер, сопровождаясь, как правило, различной степенью выраженности нарушений функции открывания рта, прикуса, приема и пережевывания пищи, слюноотделения, речи, дыхания, слуха, зрения, мимики и внешнего обезображивания лица.

# Планирование пластических операций

**При планировании пластических операций нужно обращать внимание на организм как целостную систему и её регуляцию. Для практических целей недостаточно убедиться в совместимости вводимого компонента с остальными частями системы. Следует учитывать, как целостная система повлияет на вводимый компонент, и наоборот. Часть, вводимая в состав единства, утрачивает некоторую долю присущих ей свойств, в то же время приобретает новые, определяемые новыми связями.**

# **Виды дефектов мягких тканей ЧЛО**

**Одним из наиболее распространенных методов устранения дефектов мягких тканей лица является метод перемещения тканей из близлежащих областей на место дефекта. Прежде чем говорить о конкретных методах пластического закрытия дефектов, необходимо ознакомиться с возможными их вариантами:**

**1. Чаще всего дефекты возникают вследствие перенесенной механической или термической травмы.**

**2. Другая группа — это дефекты, возникающие вследствие оперативного вмешательства по поводу удаления доброкачественных или злокачественных опухолей мягких тканей, пигментных пятен и пр.**

**3. Третью группу составляют врожденные заболевания, требующие для их излечения перемещения тканей. К ним относятся расщелины губы и нёба, аномалийное прикрепление уздечек губ и языка.**

# Характер дефектов мягких тканей ЧЛО

По характеру дефекты мягких тканей можно разделить на 2 группы.

**Первая группа** — изолированные дефекты, которые могут быть поверхностными, включающими только кожу; глубокими, включающими кожу, подкожную клетчатку, мышцы; сквозными.

**Вторую группу** составляют сочетанные дефекты с повреждением магистральных нервных или сосудистых стволов или с дефектом костной ткани.

**По форме дефекты могут быть** самые разнообразные. Благодаря работам Ю.К. Шимановского (1865), А.А. Лимберга существует мнение, что любые виды и формы дефекта или изъяна мягких тканей могут быть сведены к простым геометрическим фигурам или их сочетаниям, что облегчает планирование и выполнение операций.

## **В зависимости от сроков проведения операций их разделяют на:**

- 1. Операции первичной пластики**, т.е. выполнение пластической операции непосредственно во время основного вмешательства, а именно: при первичной хирургической обработке раны, при удалении опухоли. При некоторых заболеваниях эта операция является основной — устранение расщелины губы, неба, удлинение уздечки.
- 2. Первично-отсроченную пластику**, выполняемую в течение 3-6 суток после травмы или основной операции.
- 3. Отсроченную пластику**, часто сочетающуюся с наложением раннего или позднего вторичного шва или на фоне снятия пластиночных швов после ликвидации воспалительных процессов в ране. Эти операции выполняются обычно при наличии травматических повреждений огнестрельного характера после ликвидации воспалительных явлений.
- 4. Позднюю пластику** — операции, предпринимаемые по поводу рубцовых изменений мягких тканей, свищей различной этиологии, перфоративного гайморита.

# Варианты пластики местными тканями

Практически любое хирургическое вмешательство, сопровождающееся рассечением тканей, включает в себя те или иные компоненты местнопластических операций.

Многообразие операций, в свою очередь, содержит множество методик, начиная от послабляющего разреза и кончая перемещением различных по форме, размерам и структуре лоскутов.

Наиболее подробно различные варианты пластики местными тканями освещены в классической монографии Ю.К. Шимановского **«Операции на поверхности человеческого тела»**, изданной молодым киевским профессором в 1865 г. На основании его работы и дальнейшего развития пластической хирургии их можно сгруппировать следующим образом:

# Методы устранения дефектов мягких тканей ЧЛО

1. Иссечение измененных краев раны, превращение раны в дефектовальной формы, мобилизация тканей и сближение краев раны с наложением шва.

2. Использование послабляющих разрезов с учетом натяжения кожи и прикрепления мимических мышц.

3. Использование Г-образного разреза (разреза «кочерги») для устранения локального натяжения ткани за счет распрямления ткани в области угла разреза.

4. Выкраивание и перемещение встречных треугольных лоскутов, получаемых в результате 2-образного разреза и мобилизации тканей.

5. Выкраивание и мобилизация тканей в виде лоскута на ножке различной формы и размеров вблизи дефекта и перемещение его на область дефекта.

## **Методы пластики местными тканями**

**В связи со сложностями анатомического рельефа лица и высокими косметическими требованиями существуют определенные трудности при устранении дефектов мягких тканей.**

**Наиболее широко распространенным методом в пластике местными тканями является метод перемещения встречных треугольных лоскутов, описанный впервые Ю.К. Шимановским и получивший своё дальнейшее развитие и обоснование в работах А.А. Лимберга (1946, 1963).**

**В основе метода лежат математические расчёты прироста ткани в зависимости от угла выкроенного треугольного лоскута. В практике используются треугольные равносторонние и неравносторонние лоскуты.**

# Пластика встречными треугольными лоскутами

При планировании операций перемещения встречных треугольных лоскутов, которые тщательно разработал **А. Лимберг**, необходимо оценить размеры устраняемых патологических изменений, состояние окружающей ткани, её фактуру, возраст больного, задачи предстоящей операции.

Рекомендуется до выполнения операции провести планируемое перемещение выкроенных треугольных лоскутов на ткани или поролоне, в современных условиях эта подготовка может быть проведена с использованием компьютера.

## **Пластика встречными треугольными лоскутами**

**Математически клиническую закономерность можно свести к следующему: чем острее угол лоскута, тем больше его подвижность, но меньше прирост ткани, получаемый при перемещении узкого лоскута, хуже кровоснабжение, выше риск некроза. Чем больше угол треугольника, тем меньше подвижность лоскута, но больше прирост ткани при его перемещении, выше жизнеспособность лоскута.**

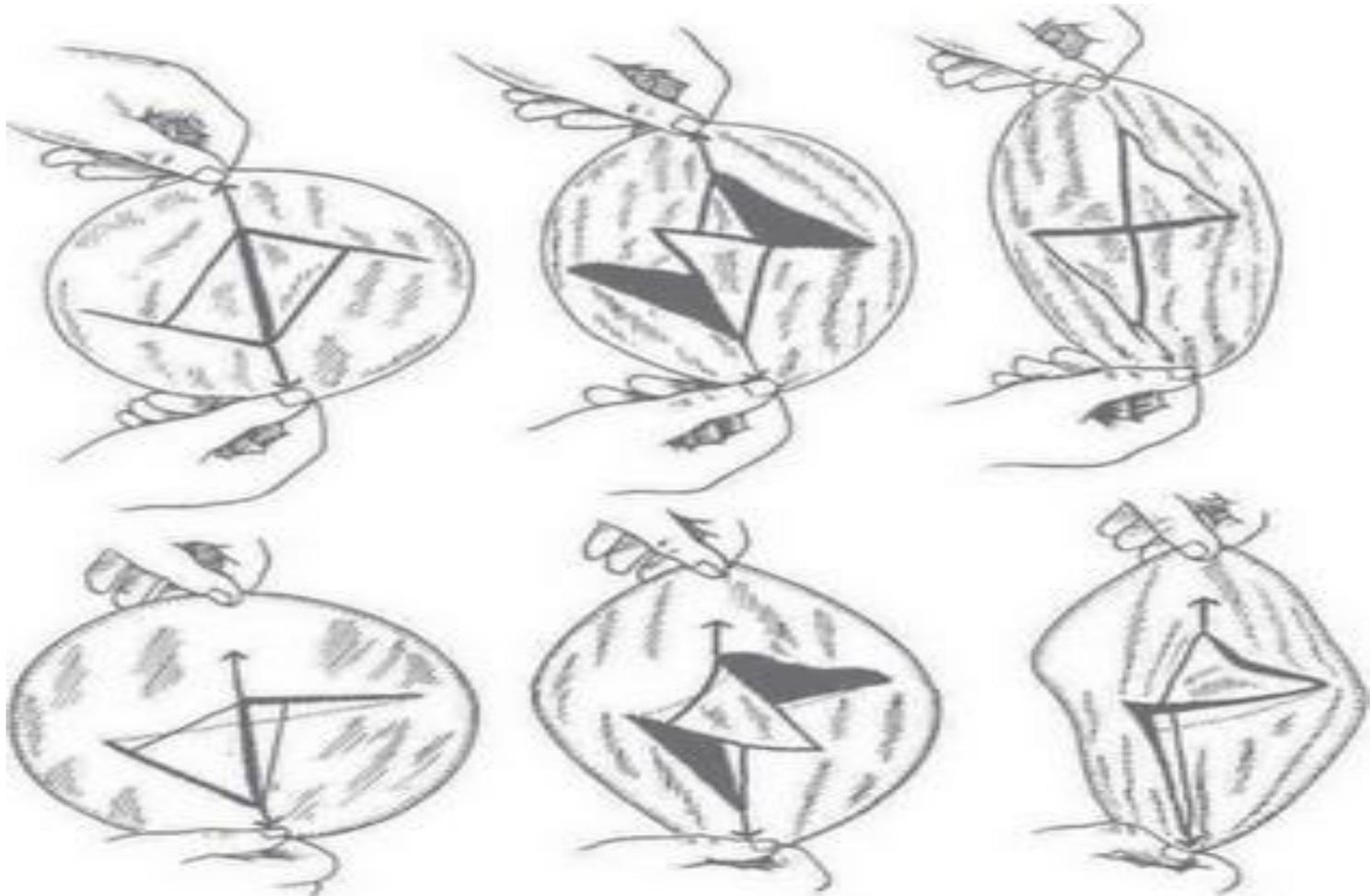
**Перемещение встречных треугольных лоскутов используется при устранении расщелины губы, при удлинении уздечки губы и языка, для закрытия слюнных свищей, для устранения рубцовых выворотов губ, крыла носа, век, для устранения послеожоговых, послеоперационных рубцовых стяжений и деформаций в области шеи, рта, носа и т.п.**

# **Пластика встречными треугольными лоскутами**

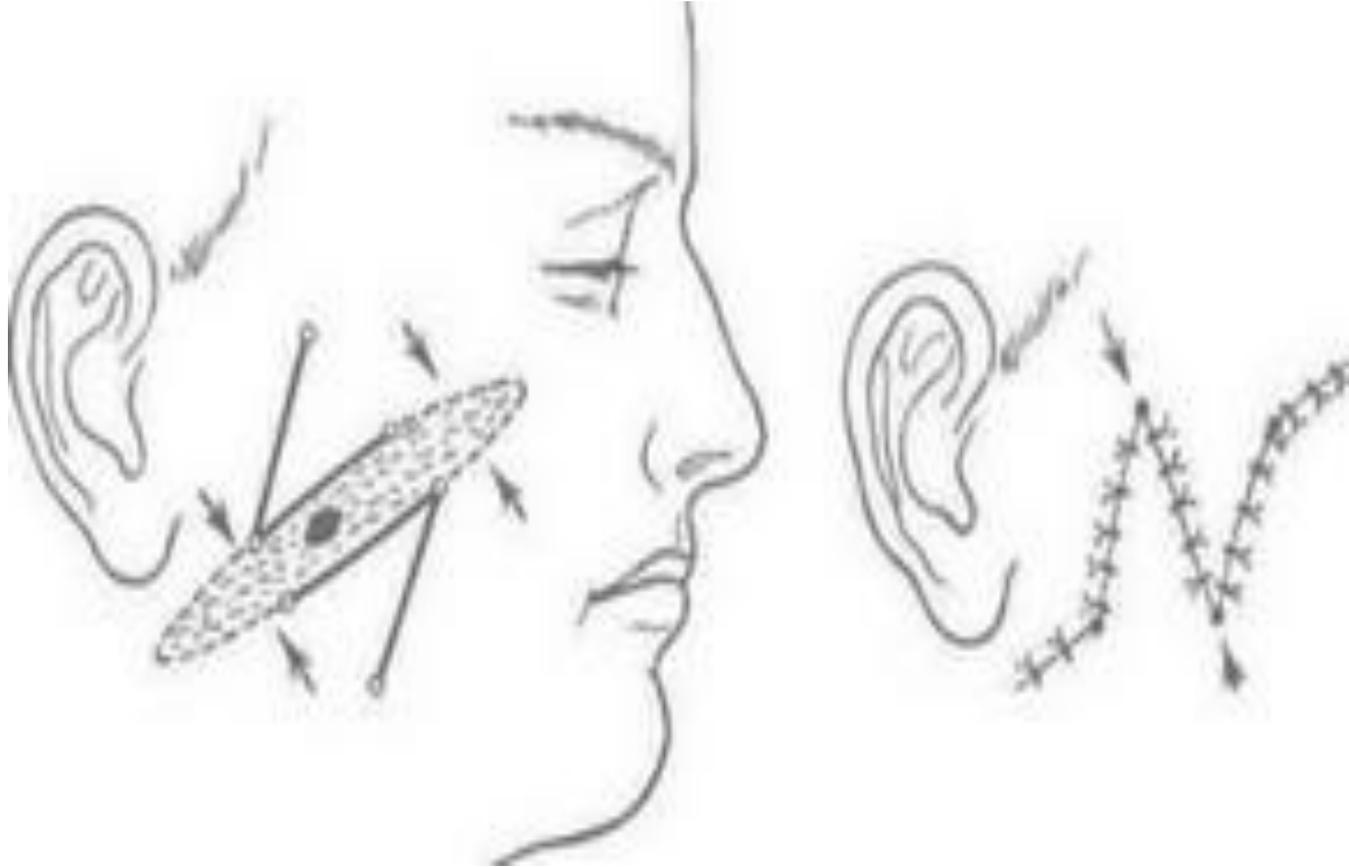
**При планировании перемещения встречных треугольных лоскутов необходимо оценить размеры устраняемых патологических изменений, состояние окружающей ткани, её фактуру, возраст больного, задачи предстоящей операции.**

**Рекомендуется до выполнения операции провести планируемое перемещение выкроенных треугольных лоскутов на ткани или поролоне, в современных условиях эта подготовка может быть проведена с использованием компьютера.**

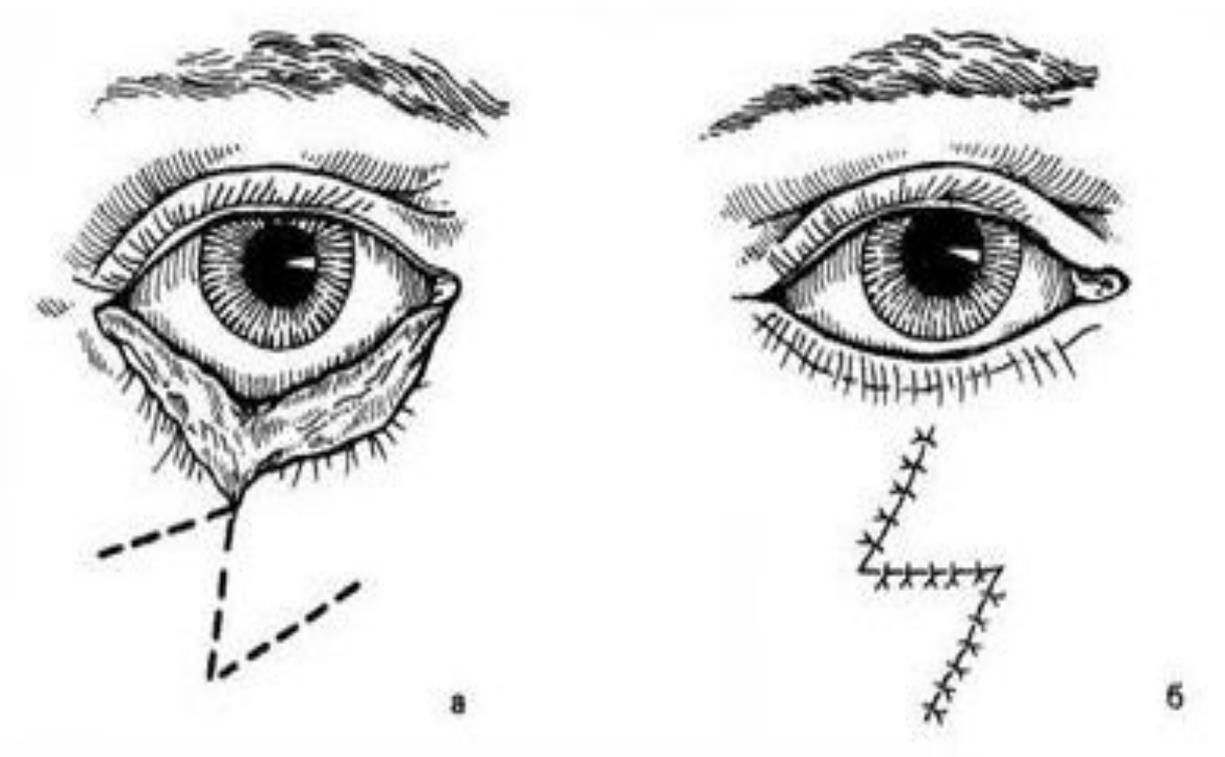
# Пластика встречными треугольными лоскутами

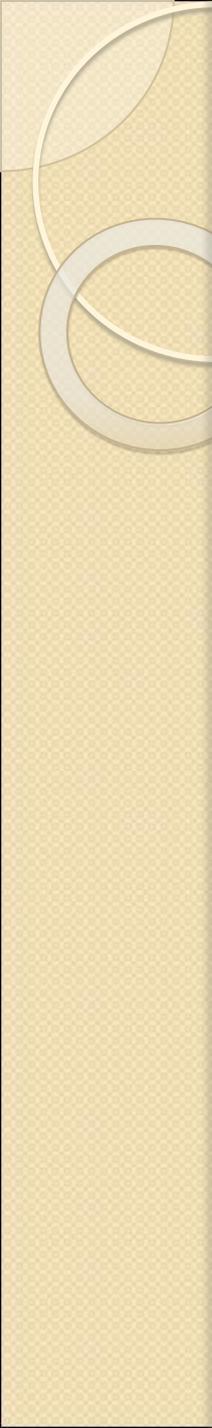


# Пластика встречными треугольными лоскутами



# Пластика встречными треугольными лоскутами





● **БЛАГОДАРЮ**

**ЗА**

**ВНИМАНИЕ!**