

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)**



Кафедра стоматологии №2

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

МОДУЛЬ

«ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ И ГНАТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Владикавказ

Тема: «Заболевания и повреждения нервов ЧЛЮ».

Цель: Знать заболевания и повреждения нервов ЧЛЮ и методы их лечения.

Вопросы для изучения:

1. Классификация заболевания нервов
2. Клиника, диагностика, лечение невралгии тройничного нерва
3. Клиника, диагностика, лечение невралгии тройничного нерва
4. Клиника, диагностика, лечение поражений лицевого нерва.
5. Параличи и парезы при поражении лицевого нерва.
6. Дифференциальная диагностика невралгии и невралгии тройничного нерва
7. Показания к применению консервативного и хирургического методов лечения.
8. Показания к оперативному лечению (декомпрессия, невролиз, сшивание нерва, фасциальная, мышечная, кожная пластика).

Классификация

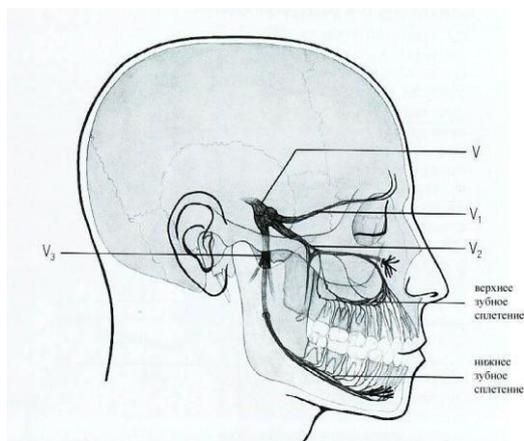
По локализации поражения выделяют:

- поражение тройничного нерва;
- поражение лицевого нерва;

По характеру патологических изменений различают:

- невралгию;
- невралгию (неврит)

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА



Невралгия тройничного нерва - это расстройство чувствительности, выражающееся в приступообразных болях в зоне иннервации нерва

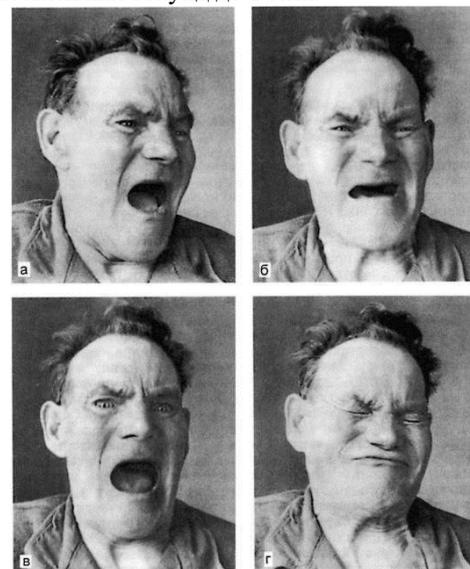
Этиология и патогенез. В настоящее время невралгия тройничного нерва считается заболеванием полиэтиологическим. Среди ее причин выделяют: сужение костных отверстий, через которые проходит; сращение твердой мозговой оболочки в области тройничного узла; нарушение циркуляции желудочковой жидкости головного мозга в результате арахноидита: молекулярные и коллоидные изменения в нервном волокне, изменения жевательного аппарата, приводящие к нарушению прикуса. Причиной невралгии может также быть аллергическая-воспалительная реакция в ветвях нерва в результате инфекции или

переохлаждения лица. В пожилом возрасте невралгия возникает в результате изменений сосудов, питающих как экстракраниальный, так и интракраниальный отделы тройничного нерва.

Клиническая картина. Резкие приступообразные боли длительностью от нескольких секунд до 1 мин.

Они обычно ограничены зоной иннервации одной из пораженных ветвей нерва. Интенсивность болей различна. Со временем они становятся сверлящими, режущими, жгущими, бьющими как электрическим током. Приступ боли возникает как спонтанно, так и в результате каких-либо раздражений. При сильном надавливании на пораженную ветвь нерва приступ стихает, а иногда обрывается. Обычно имеется точная локализация болей, но иногда боль может не соответствовать топографии нерва, становится разлитой.

Приступы болей в некоторых случаях сопровождаются вегетивными симптомами: на больной стороне лица выступает пот, наблюдаются покраснение кожи, расширение зрачка, отечность, слезотечение, увеличивается выделение слюны, и носового секрета.



Диагноз. Для диагностики поражения той или иной ветви тройничного нерва определяют «курковые» зоны и зоны извращения или нарушения чувствительности на коже или слизистой оболочке рта.

Лечение.

Вид больного во время приступа боли.

консервативное лечение тригеминальной невралгии физические методы:

- дарсонвализация
- токи Бернара (диадинамическая терапия)
- флюктуоризация
- электрофорез лекарственных:
- витаминотерапия (В1, В6, никотиновая кислота)
- седативные (седуксен, мепробамат, триоксазин, бромисто-мединаловая микстура)
- противоэпилептические (карбамазепин, дифенин, тегретол, баклофен)

хирургическое лечение тригеминальной невралгии

- местные блокады тримекаином
- внутривенное вливание анестетика на периферическом нерве
- пересечение нервного волокна
- алкоголизация нерва
- пересечение проводящих путей
- разрушение сенсорных ядер в продолговатом и среднем мозге на уровне таламуса и болевых проводящих путей от таламуса к коре мозга на тройничном узле и чувствительном корешке
- пересечение
- электродеструкция
- декомпрессия
- стереотаксическая деструкция тройничного узла (ризотомия и ризолизис) (открытая и перкутанная гидротермическая и химическая ризотомия, селективная термодеструкция, высокочастотная коагуляция, ризолизис глицеролом)

Невропатия тройничного нерва - это поражение тригеминальной системы, характеризующееся изменениями интерстиция, миелиновой оболочки и осевых цилиндров волокон, проявляющиеся симптомами выпадения и (или) раздражения в зоне иннервации основных ветвей или веточек.

Этиологические факторы тригеминальной невропатии

- инфекционное поражение (герпетические herpes zoster или herpes simplex, малярия, вирусный гепатит, бруцеллез, сифилис, рассеянный склероз, грипп и пр.)
- травматическое
- компрессия нерва в черепном канале или отверстии- аномалия развития- компрессия при формировании и прорезывании зубов
- компрессия нерва в черепном канале или отверстии- приобретенная патология- травматическое повреждение
- компрессия нерва в черепном канале или отверстии- приобретенная патология -компрессия новообразованием

Клиническая картина тригеминальной невропатии

с алгической симптоматикой

- постоянные боли в зоне иннервации конечных (реже основных) веточек нерва
- боли самопроизвольные либо спровоцированные давлением, мимикой, разговором, приемом пищи, изменением температуры и т.п.
- боли ноющие, мучительные, пронизывающие, жгучие, режущие и т.д., разной интенсивности • наличие триггерных точек
- расстройство всех видов чувствительности
- проявление трофических нарушений (отек, гиперемия, десквамация)

с гипестезией/анестезией

- снижение чувствительности в зоне иннервации пораженной ветви нерва
- чувство онемения или парестезии («похолодание», «ползание мурашек», «пучок игл» и т.п.)
- расстройство всех видов чувствительности
- проявление трофических нарушений (отек, гиперемия, десквамация)

Лечение тригеминальной невралгии

основные задачи

- устранение причинного фактора
- восстановление проводимости нервного волокна

средства

- консервативные
- хирургические

консервативные средства

восстановления нервной проводимости

- устранение ишемии (рубцов и пр.): трилон В (введение с помощью ультразвука) лидаза (введение с помощью электрофореза)
- усиление регенераторной способности нервного волокна: никотиновая к-та витамин В1 витамин В6
- стимуляция трофики нерва: АТФ

Поражение лицевого нерва

VII	лицевой	двигательная + сенсорная и парасимпатическая	мимическая мускулатура лица, слюнные железы, слезная железа, вкусовые клетки языка барабанная перепонка
-----	---------	---	---

синдромы, наблюдаемые в зоне иннервации лицевого нерва (судороги и гиперкинезы лица):

- лицевой гемиспазм - это односторонний гиперкинетический синдром, наблюдаемый в зоне иннервации лицевого нерва и проявляющийся пароксизмами миофасцикуляций и миоклоний мимических мышц на пораженной половине лица
- лицевой параспазм - это двухсторонний гиперкинетический синдром, наблюдаемый в зоне иннервации лицевого нерва и проявляющийся пароксизмами миофасцикуляций и миоклоний мимических мышц на пораженной половине лица
- блефароспазм - это гиперкинез, ограничивающийся судорожными сокращениями круговой мышцы глаза все названные поражения являются следствием поражения экстрапирамидной системы внешне проявляющихся лицевыми гиперкинезами

синдромы, наблюдаемые в зоне иннервации лицевого нерва (системные поражения ЦНС и опухоли мозга):

- рассеянный склероз
 - миастения гравис
 - синдром Россолимо-Мелькерсона-Розенталя
 - синдром Гийена-Барре
 - сосудистые поражения ЦНС
 - опухоли ЦНС
- (перечисленные процессы чаще выражаются в двухсторонних парезах и параличах мимической мускулатуры)*

причины поражения лицевого нерва (лицевой невралгии):

- ишемия
сдавление нерва в костном канале при отеке вызванном сосудистыми нарушениями, геморрагиями параневральных тканей, дистрофическими изменениями тканей, воспалением
- травма
механическое повреждение при травмах и операциях
- воспаление
разрушение миелиновой оболочки и утрата аксонами осевых цилиндров, периваскулярная инфильтрация лимфоцитами и отек ствола нерва вызванное вирусным и аутоиммунным процессом
- комбинированное поражение

клиническая картина лицевой невралгии:

- нарушение функции мимических мышц
- снижение чувствительности тканей
- вегетативно-сосудистые расстройства (изменение окраски кожи и слизистых, снижение температуры тканей)

лечение лицевой невралгии задачи:

- коррекция микроциркуляторных нарушений низкомолекулярные декстраны вазоактивные препараты (трентал)
- купирование отека стероидные гормоны (преднизолон, гидрокортизон)
- коррекция нейротрофики витамины группы В (В1, В6, В12, мильгаме) АТФ гипербарическая оксигенация
- хирургическое восстановление целостности нерва нейрорафия транспозиция ветвей нерва трансплантация нерва трансплантация нервно-мышечного блока статическое подвешивание лица

Тема: «Воспалительные и дистрофические заболевания ВНЧС».

Цель: Знать клинику, диагностику, лечение воспалительных и дистрофических заболеваний ВНЧС.

Вопросы для изучения:

1. Анатомо-физиологические особенности ВНЧС
2. Структура, частота и классификация заболеваний и повреждений ВНЧС
3. Воспалительные заболевания ВНЧС.
4. Воспалительно-дистрофические заболевания ВНЧС
5. Методы исследования ВНЧС
4. Анкилозы ВНЧС, причины и механизмы развития, основные методы лечения

КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЧС

П.Г.СЫСОЛЯТИН, А.А.ИЛЬИН, А.П.ДЕРГИЛЕВ (1998)

Артикулярные

I. воспалительные (артриты)

1. неинфекционные артриты
2. артриты связанные с инфекцией: - инфекционные - реактивные

II. невоспалительные

1. внутренние нарушения
2. остеоартрозы: - не связанные с внутренними нарушениями ВНЧС (первичные) - связанные с внутренними нарушениями ВНЧС (вторичные)
3. анкилозы: - фиброзные - костные
4. врожденные и приобретенные аномалии
5. опухоли: - первичные - вторичные - метастатические

Неартикулярные

1. бруксизм
2. болевой синдром дисфункции ВНЧС
3. контрактура жевательных мышц

Воспалительные заболевания ВНЧС

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ АРТРИТЫ

- ревматоидный артрит
- ювенильный артрит
- ревматический артрит (полиартрит)

- микрокристаллический артрит
- артриты при диффузных заболеваниях соединительной ткани
- артриты, сочетающиеся со спондилоартритом (псориатический и др.)

Ревматоидный артрит – хроническая системная болезнь неизвестной этиологии. В основном поражаются мелкие суставы, в том числе и ВНЧС.

Стадии ревматоидного артрита:

1. (ранняя) – остеопороз
2. (умеренная) – остеопороз и деструкция суставного хряща (сужение суставной щели)
3. (тяжелая) – костные эрозии 4ст. (терминальная) – анкилоз

Клиника:

- суставные шумы в ВНЧС
- утренняя тугоподвижность
- артралгии разной степени выраженности
- ограничения открывания рта
- Критерии диагностики системной патологии:
- боль в 3 и более суставах (в прошлом или настоящем)
- припухлость, ограничение движений в 3-х суставах и более (в 2-х симметричных) с включением кисти, запястья или стопы
- 2 или 3 стадия артрита суставов кисти, запястья или стопы
- положительная реакция на ревматоидный фактор

Основное лечение проводится ревматологом - симптоматическое

ВНЧС ИНФЕКЦИОННЫЕ АРТРИТЫ

Развиваются в следствие прямого попадания инфекции в сустав, либо метастатического

Разделяют на:

- неспецифические (банальная инфекция)
- специфические (бруцеллезный, сифилитический и т.д.)

Артриты наблюдаются на фоне:

- отита (барабанная струна)
- фурункулеза
- тонзиллита
- пневмонии
- сепсиса
- после обширных полостных операций и пр.

Острый инфекционный артрит

Этиология:

- контактное распространение инфекции
- гематогенное распространение инфекции

Клиника:

- интенсивные боли в околоушной области

- отсутствие движений нижней челюсти
- гиперемия и отек тканей над суставом
- болезненная пальпация
- гипертермия ($\approx 38\text{C}^\circ$)

Лечение:

- санация первичного очага инфекции
- анальгетики
- лаваж суставной полости, либо артротомия
- антибиотикотерапия
- противовоспалительные средства
- антигистаминные средства
- физиотерапия
- в остром периоде физическая разгрузка сустава, после - механотерапия

Хронический инфекционный артрит

Этиология:

- специфическая инфекция
- контактное или гематогенное распространение инфекции на фоне иммунодепрессии (тяжелые инфекции, после тяжелых операций и т.д.)

Клиника:

- вялое течение
- прогрессирующие функциональные нарушения
- клиническая картина аналогична неинфекционным артритам
- преобладание пролиферативного компонента воспаления

Лечение:

- санация первичного очага инфекции
- механическая разгрузка сустава
- лаваж сустава
- антибиотикотерапия
- физиотерапия
- противовоспалительная терапия
- параартикулярные блокады
- иммунокоррекция
- после купирования воспалительного процесса механотерапия (при выраженных функциональных нарушениях рассасывающие средства, «hydraulic pressure», оперативное лечение).

Дистрофически-дегенеративные, а иногда и пролиферативные процессы, обозначаемые как склерозирующий или деформирующий артроз, могут быть первичными или вторичными. Эти процессы ведут к дегенерации суставных хрящей, изменению костных структур в сторону склероза замыкательных пластинок — склерозирующему артрозу, который можно рассматривать как наиболее благоприятный исход. Другим, более тяжелым, вариантом может быть деформирующий остеоартроз, когда суставные поверхности

приобретают вид «горных вершин, пиков», что вызывает резкие нарушения движений челюсти вплоть до полной их невозможности. При деформирующих артрозах всегда рентгенологически прослеживается, хоть и резко деформированная, суженная, но сохранившаяся суставная щель.

Рентгенологически дистрофические процессы в ВНЧС рассматриваются как склерозирующий и деформирующий артрозы. При склерозирующих артрозах имеет место выраженный склероз кортикальных (костных) поверхностей и сужение суставной щели, которому предшествуют дистрофические изменения в хряще. При деформирующих артрозах на рентгенограммах отмечают уплощение суставной ямки, расширение и уплощение суставной головки и бугорка, укорочение шейки суставного отростка, экзофиты на суставных поверхностях.

По клинико-рентгенологическим проявлениям в ВНЧС у взрослых в течение дегенеративно-дистрофических заболеваний выделено четыре стадии

- I стадия — начальные проявления, характеризующиеся разболтанностью связочного аппарата сустава, с умеренным и неравномерным сужением высоты суставной щели, за счет дегенерации суставного хряща;
 - II стадия — выраженная клиническая симптоматика: кроме клинических симптомов, отмечается появление склероза и оссификация мышечкового отростка и уменьшение функции ВНЧС;
 - III стадия (поздняя) — характеризуется полной дегенерацией хряща, увеличением костных разрастаний, массивным склерозом суставных поверхностей, укорочением мышечкового отростка и уплощением суставной ямки и резким ограничением функции сустава;
 - IV стадия (запущенная), сопровождающаяся возникновением фиброзного анкилоза.
- Лечение на ранних стадиях возможно с использованием физиопроцедур, рационального протезирования, в поздних стадиях деформирующего артроза лечение только хирургическое.

Тема: «Контрактура нижней челюсти».

Цель: Знать определение,этиологию,клинику,лечение контрактур

Вопросы для изучения:

1. Степени открывания рта
2. Определение контрактуры. Виды контрактур
3. Клиника контрактур
4. Лечение контрактур

Контрактура ВНЧС—это ограничение движений н/ч или сведения челюстей до полной неподвижности.

По степени раскрывания рта контрактуры делят на

1. легкие (2—3 см)
2. средние (1—2 см)
3. тяжелые (до 1 см)

Заболевание может быть различной этиологии.

Воспалительная контрактура (тризм) возникает при непосредственном и рефлекторном раздражении аппаратов, связанных с иннервацией жевательных мышц (болевое раздражение). Постинфекционные контрактуры сопровождаются повреждением нервов или мышц. Они возникают при нарушении техники проведения проводниковой анестезии после воспалительных процессов тканей, прилежащих к н/ч (абсцессы, флегмоны, перекоронит и т.д.).

Лечение воспалительной контрактуры сводится к ликвидации воспалительного процесса. В случае невозможности доступа к вскрытию гнойного очага в полости рта необходимо снять спазм жевательных мышц проведением блокады двигательных ветвей третьей ветви тройничного нерва по Берше — Дубову.

При длительности воспалительного процесса со сведением челюстей более 2 нед показаны физиотерапия и лечебная гимнастика.

Рубцовая контрактура возникает вследствие рубцовых изменений тканей, окружающих н/ч. Это происходит при язвенно-некротических процессах в полости рта (нома, осложнения после скарлатины, тифа, сердечно-сосудистой декомпенсации), хронических специфических процессах (сифилис, туберкулез, актиномикоз), термических и химических ожогах, травме (в том числе после операции удаления доброкачественных и злокачественных опухолей). Рубцовые контрактуры возникают у больных после ошибочного введения вместо анестетика раздражающих растворов (перекись водорода, формалин, хлористый кальций, нашатырный спирт и т.д.). Заживление ран вторичным натяжением ведет к образованию рубцовой ткани, представленной коллагеновыми волокнами, которая практически не растягивается. Это приводит к деформации тканей и органов. Различают дерматогенную, десмогенную (соединительнотканную), миогенную, мукозогенную и костную контрактуры.

Клиника характеризуется сведением челюстей различной степени. Дерматогенные и мукозогенные рубцы, а также рубцы, замещающие сквозной дефект, определяются визуально, глубокие — пальпаторно. Движения суставных головок сохраняются (небольшие качательные и боковые движения н/ч). При стойких Рубцовых и костных сращениях сведение челюстей может быть особенно значительным, но попытка разведения их в этом случае не сопровождается острыми болевыми ощущениями. Пальпаторно при этом иногда можно определить грубые рубцовые стяжения во всем преддверии рта или в ретромолярной области, в области скуловой кости, венечного отростка

Лечение рубцовых контрактур зависит от локализации деформированных тканей, объема поражения, давности заболевания и может быть консервативным с применением парафина, пирогенала, лидазы, репидазы, гидрокортизона, вакуум-терапии, УЗ, гелий-неонового лазера и т.д. Главная цель консервативного лечения — предотвращение развития гиалиноза коллагеновых волокон. Эти методы лечения эффективны при свежих, «молодых» рубцах давностью не более 12 мес. В других случаях показано хирургическое лечение. Оперативное вмешательство заключается в рассечении рубцов, иссечении рубцовой ткани и замещении ее другой тканью.

Различают также **послеинъекционную** контрактуру (ошибочное введение лекарственного препарата при анестезии).

При постынекционных контрактурах эффективно механическое разведение челюстей. Проводят двустороннюю анестезию по Берше-Дубову 2% раствором лидокаина или другим анестетиком и редрессацию челюстей. Эта процедура сопровождается ясно слышимым треском вследствие разрыва рубцовой спайки между ветвью нижней челюсти и медиальной крыловидной мышцей. После этого рот свободно раскрывается. На следующий день после такой процедуры объем открывания рта вновь уменьшается, так как больные щадят себя из-за болезни. Повторно проводят анестезию по Берше-Дубову и механическое раскрытие рта до нормы, что уже не сопровождается шумовыми явлениями. Проведение подобных процедур зависит от срока, прошедшего после развития контрактуры (в среднем 2 недели), и активной механотерапии.

Тема: « Анкилоз ВНЧС».

Цель: Виды.Клиника. Этиология.Лечение анкилоза.

Вопросы для изучения:

1. Анатомо-топографическое строение ВНЧС.
2. Анкилоз. Этиология,патогенез,клиника
3. Диагностика анкилоза
4. Дифференциальная диагностика анкилоза
5. Лечение различных форм анкилоза

Анкилоз— сведение челюстей, характеризующееся значительным ограничением или полным отсутствием движений в ВНЧС, связанное со стойкими фиброзными или костными сращениями внутри сустава с суставной впадиной височной кости, а нередко и окружающих сочленение тканей.

Причины

Тема: «Пластика местными тканями. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков.

Пластика с применением свободной пересадки тканей. Костная пластика челюстей».

Цель: Знать методы пластики местными тканями, лоскутом на ножке, Филатовским стеблем. Знать метод свободной пересадки тканей.

Вопросы для изучения:

1. Пластика местными тканями
2. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков (лоскуты на ножке, филатовский лоскут, лоскуты на микрососудистом анастомозе)
3. Свободная пересадка кожи, костей
4. Свободная пересадка хряща
5. Свободная пересадка костей
6. Математические основы расчета для устранения того или иного дефекта

Пластика местными тканями

Задачами пластики местными тканями являются:

- правильная мобилизация краев раны со стороны дефекта;
- сближение краев раны без натяжения с помощью различного рода швов с учетом линий расслабления кожи лица, которые соответствуют ходу морщин

В пластической хирургии широкое применение находит местная пластика встречными треугольными лоскутами. Метод основан на выкраивании и взаимном встречном перемещении двух смежных лоскутов треугольной формы, состоящих из кожи и подкожной жировой клетчатки. Треугольные лоскуты могут быть с одинаковыми углами (симметричные) и с неодинаковыми (несимметричные треугольные лоскуты). Перемещение треугольных лоскутов сопровождается приростом тканей в направлении среднего разреза.

показания для пластики встречными треугольными лоскутами (по Лимбергу)

- для встречного обмена тканей
- для прироста (удлинения) тканей в направлении среднего разреза
- полулунной складке кожи, закрывающей внутренний угол глаза
- для замещения дефектов кожи лица и шеи (при удалении длительно незаживающих язв, доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований кожи).

следует помнить, что чем больше угол выкраиваемого лоскута, тем более он жизнеспособен, но менее подвижен. Чем острее угол, тем лоскут более мобилен, но менее жизнеспособен.

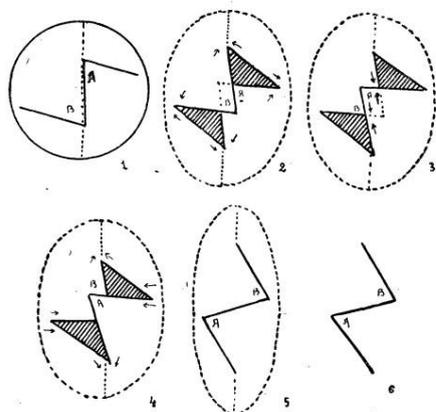


Рис. 14. Схема Лимберга. 1—средний и два боковых разреза, 2—перемещение лоскутов; стрелки указывают направление кожи; 3—стрелки указывают сокращение краев лоскута в области рубца; 4—стрелки указывают перемещение прилегающих участков кожи; 5—линия рубца после перемещения лоскутов; 6—распределение швов.

Пластика по Ю.К. Шимановскому

При более или менее значительных дефектах кожи можно использовать другой метод закрытия дефекта, а именно перемещение и скольжение лоскута на широкой ножке кожи, окружающей дефект.

После отпрепаровки лоскутов их сдвигают навстречу друг другу. При треугольных дефектах кожи проводятся дугообразные разрезы в сторону вершины треугольника от двух смежных его углов. Кожные лоскуты, ограниченные линиями разреза и краев дефекта отсепаровывают, сдвигают к средней линии и сшивают. Дефекты овальной формы могут быть устранены стягиванием краев кожи после отпрепаровки или после добавочных дугообразных разрезов по сторонам дефекта.

Круглый дефект можно закрыть двумя серповидными лоскутами или превратить его в четырехугольный и закрыть соответствующим образом.

Кожная пластика лоскутами на ножке применяется в тех случаях, когда закрытие дефекта не может быть достигнуто путем перемещения кожи по тому или иному методу местной пластики.

1. Однослойные лоскуты:

— на более или менее длинной и открытой ножке;

— на длинной, но более узкой и скрытой ножке, содержащей в своей толще магистральный сосуд; — мостовидный с двумя ножками.

Все эти лоскуты могут быть:

- а) кожно-мышечные;
- б) кожно-костные (взятые одновременно с ключицей, ребром и т.п.)
- в) лоскуты с заранее пересеженным хрящом или костью.

2. Удвоенные (двухслойные) — приготавливаются из двух однослойных лоскутов, сращенных на определенном протяжении своей обнаженной (раневой) поверхностью, при открытой ножке. 3. Лоскуты на заранее подготовленном круглом стебле (филатовские лоскуты).

Однослойные лоскуты формируются на длинной и открытой ножке.

состоят из кожи, подкожной жировой клетчатки, а в некоторых случаях и мышечной ткани.

Питание лоскута на ножке после перемещения осуществляется через его основание и обеспечивается сосудистой сетью, которая более или менее равномерно распределяется по всему лоскуту. Соотношение длины и ширины этого лоскута составляет 3:1.

Артериализованный лоскут — это однослойный лоскут, в толще которого при выкраивании сохраняются магистральные сосуды (артерии и вены), образующие в лоскуте отдельную систему кровообращения.

Мостовидный лоскут имеет вид полоски кожи, отслоенной от подлежащих тканей в среднем отделе и прикрепленный на концах.

Удвоенный (сдвоенный) кожный лоскут готовится из двух однослойных лоскутов, сложенных и сращенных между собой раневыми поверхностями.

Восстановительные операции в челюстно-лицевой области с помощью Филатовского стебля

Русский врач В.П. Филатов разработал пластику дефектов мягких тканей челюстно-лицевой области с использованием круглого стебельчатого кожного лоскута, который по настоящее время успешно применяется отечественными и зарубежными хирургами.

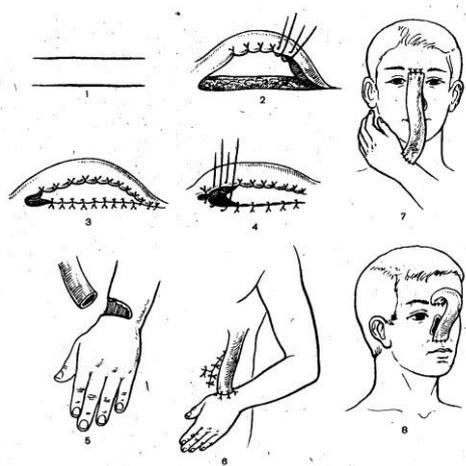
Этапы пластики Филатовским стеблем	<ol style="list-style-type: none">1. формирование2. созревание3. тренировка4. миграция5. расправление6. формирование анатомических структур
---	--

Донорские участки для формирования стебля: шея, дельто-пекторальная область, плечо, боковая поверхность шеи и живота и др.

Показания – обширные дефекты средней и нижней зон лица

- Разрез ведут сначала только через кожу, а затем, после сокращения ее, - по краю кожи через подкожную клетчатку и поверхностную фасцию. Длина и ширина кожной ленты как правило, между ними должно быть отношение 3:1.
- Кожную ленту с подкожной клетчаткой сшивают в трубку, дефект на месте взятия ленты ушивают узловыми шелковыми швами.
- После заживления всех ран производят —воспитание! стебля путем тренировки. Накладывается резиновый жгут на ту ножку стебля, которая при переносе его будет пересечена. К 8-му дню на всем протяжении стебля имеется анастомотическая артериальная сеть, развивающаяся из сосудов ножек стебля.
- Перенос стебля (миграция) начинают с отсечения ножки и перемещения ее на руку, а затем еще через 2 нед - с руки на дефект лица. Перенесенный на дефект стебель должен быть укреплен, для чего руку в наиболее удобном положении фиксируют к голове гипсовой повязкой.

„Острый" стебель предложен В. П. Филатовым в 1923 г. для переноса пластического материала непосредственно при закрытии раны. Образование „острого" стебля и его миграция происходят одновременно. Питание этого стебля обеспечивается через одну ножку, так как вторая переносится на раневой дефект. В отличие от обычного соотношения длины и ширины кожной ленты при формировании „острого" стебля отношение длины и ширины равно 1: 1,5 или 1:2, а не 1:3. Через 16-18 дней отсекают питающую ножку и производят окончательное формирование поврежденного участка лица. Приживление „острого" стебля к раневой поверхности протекает по типу кожного лоскута на длинной ножке.



Свободная пересадка тканей

Свободная пересадка кожи

Наиболее подходящими донорскими местами для пересадки кожи на лицо являются следующие участки человеческого тела

— заушная область,

внутренняя поверхность плеча и бедер. Эти участки лишены волосяного покрова и по цвету более близкие к коже челюстно-лицевой области.

Различают кожные лоскуты следующих видов

- расщепленные (тонкие, средние, толстые)
- полнослойные лоскуты во всю толщу кожи (без подкожной жировой клетчатки и с тонким ее слоем).

Показания к свободной пересадке кожи:

- для замещения дефектов и устранения рубцовых деформаций слизистых оболочек полости рта и носа после операционной и неогнестрельной травмы, ожогов, воспалительных процессов;

- для углубления преддверия полости рта при полной или частичной атрофии альвеолярного отростка челюсти; — с целью образования ложа для глазного протеза;
- для устранения послеожоговых рубцовых деформаций лица и контрактур;
- при травме мягких тканей, сопровождающихся дефектом кожных покровов; — после удаления келоидных рубцов
- для закрытия гранулирующих ран и полостей, образующихся после удаления обширных капиллярных гемангиом, пигментных невусов, злокачественных опухолей и т.д.;
- на этапах лечения термических поражений или гнойных ран.

Противопоказаниями к операции являются

- наличие инфекции,
- очагов воспаления,
- интоксикации,
- раневого истощения,
- отсутствие опыта у хирурга в применении свободной пересадки кожи всей толщиной.

Тонкие расщепленные кожные лоскуты (лоскуты по Тиршу) состоят: из эпидермиса и сосочкового слоя дермы. Находят широкое применение для замещения дефектов слизистых оболочек полости рта и носа, глазницы.

Средние и толстые расщепленные кожные лоскуты применяются для замещения дефектов слизистых оболочек полости рта и носа, кожного покрова век, при скальпированных ранах, а также для временного закрытия обширных инфицированных ран у тяжелобольных или при наличии гранулирующих ран.

Пересадка кожи во всю толщину наиболее полноценно замещает отсутствующий кожный покров. Начинают с формирования ложа. Подлежащие замещению кожные покровы должны быть иссечены, мягкие ткани вокруг образовавшегося изъяна максимально освобождены, расправлены и перемещены в правильное положение до полного восстановления естественных очертаний данного отдела лица и шеи.

Условия для успешного проведения свободной пересадки кожи:

- асептичность места проведения пластики и донорского участка;
- тщательная подготовка ложа (полный гемостаз, иссечение рубцов на всю глубину, не должно быть неровностей и т.д.)
- правильное формирование кожного саженца
- правильное размещение кожного саженца на воспринимающем,
- обеспечение покоя и плотного соприкосновения кожного трансплантата с раневой поверхностью воспринимающего ложа в течение всего периода приживления саженца за счет наложения повязки.

Пересадка хряща

В восстановительной хирургии лица, благодаря своим биологическим свойствам, находит широкое применение хрящ. Хрящ не имеет кровеносных сосудов, состоит из прочной и упругой ткани. Хрящ обладает большой жизнеспособностью и высокой сопротивляемостью к инфекции, легко приживается даже в малоблагоприятных условиях.

Хондропластика используется :

- для устранения седловидной деформации спинки носа
- для устранения деформации крыла носа,
- при дефектах и деформациях нижнеорбитального края верхнечелюстной
- при дефектах скуловой костей
- при дефектах нижней челюсти,
- при пластике ушной раковины, подбородка и нижнего века,
- при врожденных и приобретенных деформациях лицевого скелета
- для устранения вторичных и остаточных деформаций лица после хирургического лечения врожденных несращений губы и неба.

Пересадка кости

Выделяют:

- первичную костную пластику
- вторичную костную пластику (остеопластику выполняют через определенный срок после образования дефекта).

В челюстно-лицевой хирургии для пересадки используются плоские кости, т.е. кости образованные двумя пластинками компактного вещества, между которыми находится тонкий слой губчатого вещества. Пересаживать костные трансплантаты следует только на здоровую кость, скрепляя концы различными металлическими крепежителями.

Первичная одномоментная костная аллопластика показана при:

- оскольчатом переломе нижней челюсти с дефектом костной ткани;
- переломе, проходящем в области кисты;
- неправильно сросшемся переломе нижней челюсти;
- удалении обширного секвестра при посттравматическом остеомиелите.

Вторичная костная пластика показана при:

- несросшихся переломах (ложных суставах);
- дефектах нижней челюсти протяженностью не более 5см в случае отсутствия выраженных рубцовых изменений в мягких тканях воспринимающего костного ложа.

Комбинированными называют такие трансплантаты, которые состоят из разнородных тканей и пересаживаемых единым блоком.

Тема: «Гнатическая хирургия».

Цель: знать методы устранения деформаций челюстей.

Вопросы:

1. Этиология деформаций челюстей
2. Показания к хирургическому лечению
3. Операции при верхнечелюстной макрогнатии или прогнатии
4. Операция при верхнечелюстной микрогнатии или ретрогнатии
5. Операции при нижнечелюстной макрогнатии или прогнатии
6. Операция при нижнечелюстной микрогнатии или ретрогнатии

Этиология деформаций челюстей:

Эндогенные факторы: наследственность, эндокринные нарушения, инфекционные заболевания, нарушения обмена веществ, неправильное положение плода вследствие физиологических или анатомических нарушений половых органов матери.

Экзогенные факторы: воспаление в зонах роста челюстей, травма, в том числе родовая, лучевое поражение, механическое давление, вредные привычки – сосание пальца, пустышек, нижней губы или подкладывание кулака под щеку во время сна, выдвигание нижней челюсти вперед в период прорезывания зубов мудрости, во время игры на скрипке, дисфункция жевательного аппарата, нарушение акта глотания, носового дыхания.

В основе патогенетических механизмов развития деформаций челюстей лежат угнетение или частичное исключение зон роста челюсти, убыль костного вещества, нарушение функции жевания или открывания рта.

Классификация деформаций лицевого черепа.

Различают следующие основные виды нарушений, которые могут наблюдаться в различных сочетаниях:

- верхняя макро- или прогнатия (гиперплазия — чрезмерное развитие верхней челюсти);
- нижняя макро- или прогнатия (гиперплазия — чрезмерное развитие нижней челюсти);
- увеличение обеих челюстей;
- верхняя микро- или ретрогнатия (гипоплазия — недоразвитие верхней челюсти);
- нижняя микро- или ретрогнатия (гипоплазия — недоразвитие нижней челюсти);
- уменьшение обеих челюстей;
- открытый и глубокий прикусы.

Показания к гнатической хирургии:

- Неудовлетворенность больного (а часто – и окружающих его людей) внешним видом лица. Особенно настойчиво высказывают эту жалобу девушки и юноши: они просят устранить «обезображенность» своего лица.
- Нарушение той или иной функции зубо-челюстно-лицевого аппарата (жевание, речь, способность петь, играть на духовом музыкальном инструменте, широко улыбаться, смеяться).
- Нарушение прикуса затрудняет процесс разжевывания пищи, вынуждает глотать ее торопливо, не обработав слюной.
- Дискомфорт (в области желудка) после еды, что объясняется принятием грубой, непережеванной пищи.
- Эстетический недостаток может явиться причиной развития вторичной невротической реакции.
- Некоторые (особенно страдающие микрогенией) больные жалуются на очень громкий храп (во время сна на спине).
- Изменения зубо-челюстной системы (поражение зубов кариесом, гипоплазия эмали, патологическая стираемость, аномальное положение зубов, изменение тканей пародонта и нарушение функции жевательного аппарата).

После комплексного обследования пациента определяют методы хирургического вмешательства (остеотомия или межкортикальное расщепление), фиксации костных фрагментов, иммобилизации челюсти в послеоперационном периоде и другие технические детали операции, а также ортодонтические, ортопедические лечебные мероприятия. Необходимо составлять индивидуальный план лечения больного.

Хирургическое лечение целесообразно осуществлять у людей не моложе 17—18 лет, так как к этому периоду жизни формирование костей лицевого скелета и мягких тканей в основном уже заканчивается.

При верхней прогнатии или макрогнатии используется метод сегментарной остеотомии фронтального отдела верхней челюсти.

Методика:

- Под эндотрахеальным наркозом проводят разрез Г-образной формы слизистой оболочки и надкостницы с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне 5/5 до верхнего свода преддверия полости рта.
- Отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты с обеих сторон до уровня 3/3 зубов и свободные их концы берут держалки.
- Удаляют 4/4 и через лунки зубов проводят остеотомию и остеотомию на планируемую величину, начиная от гребня альвеолярного отростка вертикально вверх до уровня, располагающегося на 5мм выше проекции вершечек корней.

- На данном уровне формируют мягкотканый туннель до края грушевидного отверстия(уровень дна носового хода).
- С двух сторон выполняют остеотомию и остеозктомия, соединяя вершину вертикального распила с дном нижнего носового хода
- Отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты и со стороны твердого неба по направлению к средней линии в проекции удаленных 4/4.
- В сформированный туннель вводят лопатки и проводят остеотомию и остеозктомия в обл.небных пластиной верхних челюстей и небной кости.
- Костный фрагмент фиксируют проволочными швами или мини-пластинками по краям грушевидного отверстия.
- Слизисто-надкостничные лоскуты укладывают на место и фиксируют.

При нижней микро- или ретрогнатией применяют операции в обл угла и ветки нижней челюсти.

Преимущества плоскостных остеотомий:

- создаются значительные площади соприкасающихся (раневых) поверхностей костных фрагментов,
- сохраняется соотношение височно-нижнечелюстного сустава, сокращаются сроки лечения,
- наблюдается хороший результат,
- возможность применения при различной патологии: недоразвитие или чрезмерное развитии нижней челюсти, открытый или глубокий прикус, а также сочетание форм нарушения прикуса.

Методика плоскостной остеотомии внутриротовым доступом (по Обвегезеру).

1. Под эндотрахеальным наркозом производится разрез слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке с переходом на наружную поверхность тела нижней челюсти до уровня нижней свода преддверия полости рта.
2. Рассечение надкостницы по переднему краю ветви нижней челюсти.
3. Распатором скелетируют наружную поверхность ветви нижней челюсти до заднего края, который также скелетируют изогнутым распатором. В рану вводят специальный крючок, который, будучи фиксирован за задний край ветви, позволяет отвести в сторону мягкие ткани щеки, что обеспечивает хороший обзор операционного поля.
4. С внутренней стороны ветви нижней челюсти выше проекции сосудисто-нервного пучка нижней челюсти надкостнично отслаивают мягкие ткани в виде туннеля до заднего края ветви нижней челюсти. В образовавшийся туннель вводят другой специальный крючок, который также фиксируют за задний край ветви нижней челюсти выше первого.
5. При помощи бора пропиливают внутреннюю компактную пластинку ветви нижней челюсти выше места вхождения сосудисто-нервного пучка.
6. Линию остеотомии продолжают по переднему краю ветви нижней челюсти, переходя на наружную поверхность ветви.
7. Тонким остеотомом расщепляют ветвь нижней челюсти по плоскости. Аналогичную операцию производят с двух сторон.
8. Центральный фрагмент смещают в положение нормального прикуса, положение фиксируют резиновой тягой.
9. Костные фрагменты фиксируют пластинками или проволочными швами. В рану вводят трубчатые дренажи.

Гениопластика или ментопластика – хирургическая коррекция формы подбородка, которую проводят с целью устранения эстетических недостатков и изменения формы лица.

и пропорции человеческого лица.

Показания к процедуре:

- несимметричность расположения подбородка (недоразвитый или скошенный на одну сторону);

- врожденные или приобретенные дефекты нижней трети лица;
- массивный отдел средней части нижней челюсти;
- непропорциональность подбородочной кости по отношению к остальным частям лица;
- желание пациента изменить свою внешность.

Техника выполнения операции

В зависимости от целей проведения хирургического вмешательства различают следующие техники ментопластики:

- увеличивающую;
- уменьшающую;

Выбор техники проведения процедуры зависит от пожеланий пациента, особенностей его организма и проблемы, которую нужно решить. Доступ к подбородочной кости врач получает путем разреза слизистой оболочки нижней губы или кожи под подбородком.

Увеличивающая гениопластика – метод хирургической коррекции недоразвитого, скошенного или травмированного подбородка, который выполняется двумя способами: имплантационным (коррекция с помощью протеза) или костным.

Для коррекции путем эндопротезирования применяют гладкие или перфорированные (с отверстиями для усиленной фиксации) силиконовые протезы или импланты, которые изготовлены из реберного или ушного хряща пациента (аутотрансплантация). Большинство хирургов отдает предпочтение методам коррекции с помощью силиконовых имплантов, потому что операция по вживлению хряща сопряжена с риском его последующего рассасывания или отторжения.

Костный метод увеличивающей гениопластики состоит в том, что хирург распиливает нижнюю челюсть, смещает подбородочный бугор вперед и фиксирует его титановыми или коллагеновыми пластинами с помощью шурупов (для титана) или шовного материала. Для заполнения пространства, которое появляется в результате смещения костного фрагмента, проводят липофилинг (пересадка собственных жировых клеток пациента из одной зоны тела в другую). В конце процедуры хирург накладывает несколько косметических швов. Операцию проводят под общим наркозом. Длительность: 1,5-2 часа.

Операция по уменьшению подбородка представляет собой хирургический метод удаления части подбородочного бугра со смещением фрагмента лицевой кости назад. Смещенная кость фиксируется серкляжными швами, после чего врач сшивает операционный разрез рассасывающимися или нерассасывающимися нитями. Операция проходит под общим наркозом и длится 2 часа.

При верхней микрогнатии или ретрогнатии положен принцип перемещения остеотомированного фрагмента верхнечелюстного комплекса кпереди в правильное по прикусу положение.

- Наркоз
- Разрез слизистой оболочки и надкостницы выше на 0,5 см верхнего свода преддверия полости рта от 7/7.
- Распатором скелетируют передние поверхности верхней челюсти до уровня нижнеглазничного отверстия, края грушевидного отверстия, нижние отделы скуловых костей и бугры верхних челюстей-до крыловидных отростков основной кости.
- Скелетируют дно носа,лат.стенки носа и перегородку на уровне ниж.носовых ходов.
- Бором производят остеотомию, начиная от грушевидного отверстия,под углом 45-60 кверху до уровня нижнеглазничного отверстия.
- Линию остеотомии продолжают горизонтально, огибая нижнеглазничное отверстие ,до скуловерхнечелюстного шва и захватывают нижние отделы скуловой кости,направляясь к ее нижнему краю.
- В обл скуловерхнечелюстного шва формируют костное окно,через которую проводят остеотомию бугра верх.челюсти до крыловидных отростков основной кости. От вершины треугольника рассекают мед.стенку пазухи до дна носа

- Затем линию остеотомии продолжают горизонтально на уровне дна носа до крыловидных отростков.
- В последнюю очередь пересекают хрящевую и костную части перегородки носа.
- Отделяют остеотомированный нижний отдел верхнечелюстного комплекса от основания черепа и перемещают вниз и вперед.
- Фрагмент фиксируют в запланированном месте.

Тема: «Применение имплантатов ЧЛХ».

Цель: знать классификацию имплантатов и их применение

Вопросы для изучения:

1. Виды имплантатов.
2. Внутрикостные имплантаты. Показания.Противопоказания.
3. Внутрикостные имплантаты. Техника проведения операции
4. Трансдентальная имплантация.
5. Осложнения во время и после имплантации

Наиболее простой и удобной можно считать классификацию, основанную на взаимоотношении имплантата с мягкими и твердыми тканями организма, в соответствии с которой различают пять типов:

- **Эндодонто-эндооссальная имплантация** (рис. 1а), или эндодонтная, трансдентальная или трансрадикулярная имплантация. Имплантат представляет собой штифт с разными элементами для фиксации его, после того как он проходит в костную ткань через канал зуба. Применяется для укрепления отдельных зубов. Часто сочетается с резекцией верхушки корня, удалением гранулёмы. Конструкция изготавливается индивидуально для каждого зуба. Впервые была применена Strock в 1943 году.
- **Эндооссальная имплантация** (рис. 1б), внутрикостная – это введение имплантата прямо через слизисто-надкостный лоскут в костную ткань. Имплантат может иметь форму спирали, цилиндра, пластинки и применяется на обеих челюстях. На сегодня это наиболее широко применяемый вид имплантации с наилучшими отдаленными результатами. Методика базируется на фундаментальных исследованиях Linkow, применившего в 1967 году пластинчатую конструкцию имплантата.
- **Субпериостальная имплантация** (рис. 1в) – поднадкостничная; на первом этапе снимают оттиск с кости и изготавливают индивидуальный имплантат, который на втором этапе ставят под слизисто-надкостничным лоскутом. Этот тип имплантации применяется при выраженной атрофии альвеолярного отростка. Планирование и изготовление рациональной конструкции имплантата сложны, что расширяет показания к использованию несъемного протеза. Однако при всей тщательности работы имеется немалый процент неудачных имплантаций. Впервые описана Goldberg и Gershkoff в 1949 году.
- **Инсерт-имплантация** или внутрислизистая (интрамукозная) – это введение металлического имплантата кнопочной формы (обычно 6-8) в слизистую оболочку на альвеолярных отростках для фиксации полного съёмного протеза. Такая имплантация показана при атрофии альвеолярного отростка, повышенном рвотном рефлексе и дефектах твёрдого нёба. Наименее рискованный тип имплантации. Первым ее произвёл Nordren в 1940 году.
- **Субмукозная имплантация** или подслизистая – это введение магнитов в переходную складку для достижения клапанной зоны и ретенции съёмных протезов. Наиболее простой и наименее рискованный тип имплантации, разработан Поповым в 1973 году.

Показания и противопоказания к имплантации

Первоочередной задачей при вторичной адентии является определение необходимости и возможности использования внутрикостных имплантатов при выборе ортопедического метода стоматологического лечения пациентов.

Показаниями к дентальной имплантации служат клинические варианты вторичной адентии:

- - отсутствие одного из зубов во фронтальном отделе;

- - ограниченные включенные дефекты зубного ряда;
- - полное отсутствие зубов, особенно при снижении высоты альвеолярных отростков;
- - непереносимость съемных протезов вследствие повышенной чувствительности к акрилатам или при выраженном рвотном рефлексе;
- - отсутствие функциональной окклюзии и (как следствие) возникновение болевого синдрома дисфункции.

В процессе сбора анамнеза, выявления жалоб пациента и осмотра полости рта определяются абсолютные и относительные противопоказания к дентальной имплантации.

Абсолютными противопоказаниями служат:

- - заболевания крови и кроветворных органов;
- - заболевания ЦНС (врожденные и приобретенные);
- - злокачественные новообразования органов и систем у пациента;
- - иммунопатологические состояния;
- - системные заболевания соединительной ткани (ревматические, ревматоидные процессы, дерматозы, склеродермия и т.д.);
- - туберкулез и его последствия;
- - заболевания слизистой оболочки полости рта (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красная волчанка, пузырчатка, синдром Шегрена, синдром Бехчета и пр.);
- - сахарный диабет I типа.

Относительными противопоказаниями являются:

- - неудовлетворительная гигиена и несанированность полости рта;
- - заболевания пародонта;
- - аномалии прикуса;
- - артрозо-артрит височно-нижнечелюстных суставов;
- - выраженная атрофия или дефект костной ткани альвеолярного отростка;
- - вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, наркомания);
- - бруксизм;
- - беременность.
- - химиотерапия и лучевое лечение.

Тема: «Эстетическая хирургия»

Цели: знать цели и задачи эстетической хирургии.

Вопросы для изучения: Возрастные изменения тканей лица.

1. Анатомия носа
2. Анатомия уха
3. Отопластика. Этапы операции
4. Ринопластика. Этапы операции
5. Ведение больного в послеоперационном периоде.

Эстетическая (косметическая) хирургия -раздел пластической хирургии.

Целью эстетической хирургии челюстно-лицевой области является устранение обращающих на себя внимание изменений и дефектов (врожденных или приобретенных).

Показания для проведения операций могут быть абсолютными и относительными. Косметическая операция должна выполняться практически здоровым людям. В челюстно-лицевой области данные операции необходимо проводить у пациентов, достигших 17-18 лет. Исключение –лица с деформациями ушных раковин.

Возрастные изменения лица и шеи характеризуются появлением определенных клинических признаков: морщин (борозды кожи) и складок (отвисание растянутой кожи). Это является показанием для проведения оперативного вмешательства. все морщины следует делить на: динамические и статические.

Круговая операция или полный лифтинг проводится при наличии морщин и складок в области наружных углов глаз, щек, околоушной и заушной областей, отвисании тканей подподбородочной области, избытках кожи верхней и средней трети шеи.

- Оперативное вмешательство проводится под общим обезболиванием, лишь в некоторых случаях — под инфильтрационной анестезией с премедикацией.
- Разрез кожи начинают в височной области и опускают его до верхнего края ушной раковины, а затем плавно огибая ушную раковину продолжают по заушной складке до сосцевидного отростка с поворотом на шею.
- Отслаивают кожно-жировой лоскут. Избытки кожи иссекают.
- Кожно-жировой лоскут удерживают в заданном положении фиксирующими одиночными швами.
- Послеоперационную рану зашивают непрерывными или одиночными швами из нерассасывающихся нитей.
- Накладывают циркулярную бинтовую давящую повязку на 3-4 дня. Швы снимают не ранее чем на 7-8 сутки.

Устранение морщин и складок кожи лба чаще выполняют под инфильтрационной анестезией с премедикацией.

Показания:

1. глубокие горизонтальные морщины и складки кожи лба
2. коррекция опустившихся бровей.

- Отслаивают кожно-жировой лоскут до надбровных дуг, натягивают кверху
- накладывают наводящие швы.
- Избытки кожи иссекают.
- На послеоперационную рану накладывают непрерывный (обвивной) шов.

Вертикальные морщины лба сложно устранить хирургическим путем, поэтому для их устранения используют введение геля под основание этой морщины



Наружное ухо состоит из ушной раковины и наружного слухового прохода (meatus acusticus ext). Ушная раковина имеет сложную конфигурацию и представляет собой хрящевую пластинку, покрытую с обеих сторон кожей. Ее основу, за исключением области мочки (lobulus), составляет эластический хрящ, покрытый надхрящницей и кожей.

Наиболее распространенной формой деформаций ушных раковин являются торчащие уши (**лопоухость**).

- инфильтрационная анестезия
- иссекают кожу двумя дугообразными разрезами на задней поверхности ушной раковины
- Рассечение хряща проводят 2 параллельными разрезами, расстояние между которыми должно быть не более 1 см.
- В верхней части края разрезов расходятся соответственно проекции ножек противозавитка и между ними делают дополнительный разрез в виде ласточкиного хвоста.
- Отделяют хрящ от кожи передней поверхности ушной раковины.
- Хрящ скручивают в трубочку или складывают вдвое и сшивают его обвивным швом лавсановой или шелковой нитью.
- Кожу зашивают кетгутом.

- В заушной области оставляют прокладку из нескольких слоев йодоформной марли, которую удаляют на 2-3-и сутки.
- Ушные раковины фиксируют круговой марлевой повязкой, которую меняют каждые 2-3 дня.
- Повязку, швы и марлевые валики снимают на 10-12-е сутки после операции.

Другой разновидностью изменения в положении наружного уха является редкая патология — **вросшие ушные раковины**.

Лечение заключается в том, чтобы освободить вросшую часть ушной раковины и заместить образовавшийся дефект на внутренней поверхности уха и височной области путем местной пластики или свободной пересадки кожи.

Анотия — отсутствие ушной раковины. Восстановление ушной раковины проводят с помощью местнойластических операций, формирования кожного мини-стебля в области дефекта и др.

Косметическую ринопластику следует проводить после завершения формирования лицевого скелета т.е. в возрасте 17-18 лет.

- Оперативные доступы, нужно применять только эндоназальные (внутриносовые).
- Пользуемся эндоназальными крыльными разрезами, которые могут быть передними (проходит сразу за краем ноздри и вдоль неё), средними (по середине боковой ножки большого крыльного хряща), верхними (ближе к верхнему краю большого крыльного хряща или между этим хрящом и нижним краем латерального хряща).
- Перегородочный (промежуточный) разрез проводят между нижним краем перегородочного (четырёхугольного) хряща и верхним краем медиальной ножки большого крыльного хряща.
- После того как сделан разрез, проводят отслойку хрящей и кости (поднадкостнично) от кожи на всем протяжении носа.
- Костную горбинку удаляют при помощи остеотома с последующей обработкой спила рашпилем.
- Уменьшение высоты костной спинки носа выполняют остеотомом. Делается остеотомия. Срединная остеотомия проводится вдоль перегородки носа, а боковая остеотомия (нижняя, верхняя и средняя) отделяет носовой отросток верхнечелюстной кости.
- Высоту хрящевой части спинки носа (четырёхугольного хряща) укорачивают с помощью ножниц или скальпеля.
- Сужением костей спинки восстанавливают трехгранную форму носа и уменьшают его высоту.
- Укорочение носа осуществляют путем резекции дистальных отделов четырёхугольного хряща, коррекции латеральных и больших крыльных хрящей.
- При выступающем кончике носа резецируют участки хряща в области медиальной и латеральной ножек в поперечном направлении.
- При свисающем кончике — выделяют медиальные ножки большого крыльного хряща и подшивают их к дистальным отделам перегородочного хряща, а также резецируют верхний край латеральной ножки этого хряща.
- При раздвоенном кончике резецируют место между медиальными ножками больших крыльных хрящей.