

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Л. И. ТЕСЕВИЧ, С. Ф. ХОМИЧ

**ПЛАНИРОВАНИЕ  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ  
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.  
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2009

УДК 616.716.8–089.844–071(075.8)  
ББК 56.6 я 73  
Т 36

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве  
учебно-методического пособия 25.03.2009 г., протокол № 7

Рецензенты: зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета, доц. А. В. Глинник; зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, проф. А. С. Артюшкевич; доц. каф. стоматологии детского возраста Белорусского государственного медицинского университета А. К. Корсак

**Тесевич, Л. И.**

Т 36 Планирование восстановительных операций в челюстно-лицевой области. Показания и противопоказания : учеб.-метод. пособие / Л. И. Тесевич, С. Ф. Хомич. – Минск : БГМУ, 2009. – 20 с.

ISBN 978–985–528–021–8.

Издание содержит план изучения темы и блок информации о целях, задачах и разделах пластической хирургии челюстно-лицевой области; показаниях, противопоказаниях, планировании, биологических и оперативно-технических принципах при проведении пластических операций.

Предназначено для студентов 5-го курса стоматологического и лечебного факультетов.

УДК 616.716.8–089.844–071(075.8)

ББК 56.6 я 73

ISBN 978–985–528–021–8

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2009

## Мотивационная характеристика темы

**Общее время занятия:** 315 минут.

Успешное использование методов пластических восстановительных и реконструктивных операций на челюстно-лицевой области напрямую зависит от знаний будущего врача о целях, задачах, основных биологических, оперативно-технических принципах современной пластической хирургии и умения планировать этапное восстановительное хирургическое лечение с учетом анализа имеющихся у пациента дефектов или деформаций. При изучении темы занятия студентам необходимо иметь представление об основных этапах истории развития пластической и восстановительной хирургии, а также следует уделять особое внимание методам клинического, дополнительного, рентгенологического и специального обследования, диагностики и анализа врожденных и приобретенных дефектов и деформаций лица и шеи.

**Цель занятия:** ознакомить студентов с основными целями и задачами пластической восстановительной и реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области, научить анализировать дефекты и деформации лица и шеи и составлять план этапного восстановительного хирургического лечения на основании принципов пластической хирургии.

**Задачи занятия:**

1. Ознакомиться с основными целями, задачами и разделами пластической восстановительной и реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области.

2. Изучить основные биологические и оперативно-технические принципы пластических операций.

3. Владеть навыками правильного анализа дефекта или деформации лица и шеи, сопоставляя полученную клиническую симптоматику с данными дополнительных и специальных методов обследования.

4. Научиться определять показания и выявлять противопоказания к оперативному лечению пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области и шеи.

5. Обучиться основам составления плана этапного восстановительного хирургического лечения с учетом основных принципов планирования в пластической хирургии и анализа дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для полного освоения темы необходимо повторить материал:

– из морфологии — топографо-анатомическое и гистологическое строение тканей челюстно-лицевой области и шеи;

- челюстно-лицевой хирургии — обследование больного с челюстно-лицевой патологией;
- физиологии — особенности репаративно-регенеративных механизмов заживления ран.

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Особенности гистологического строения кожных покровов лица и слизистой оболочки полости рта.
2. Основные анатомические структуры кровоснабжения и иннервации челюстно-лицевой области и шеи.
3. Методы объективного обследования для диагностики дефектов и деформаций лица и шеи.
4. Основные дополнительные методы обследования для диагностики дефектов и деформаций лица и шеи.
5. Основные специальные методы обследования для диагностики дефектов и деформаций лица и шеи.
6. Физиологические особенности, влияющие на репаративно-регенеративный потенциал тканей челюстно-лицевой области и шеи.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Основные цели пластической хирургии челюстно-лицевой области.
2. Основные задачи пластической хирургии челюстно-лицевой области.
3. Основные исторические этапы развития пластической восстановительной и реконструктивной хирургии.
4. Основные разделы пластической хирургии челюстно-лицевой области в зависимости от цели.
5. Примеры врожденных и приобретенных дефектов и деформаций лица и шеи.
6. Показания к проведению восстановительных и реконструктивных операций на челюстно-лицевой области.
7. Местные противопоказания к проведению пластических операций в челюстно-лицевой области.
8. Общие противопоказания к проведению пластических операций на челюстно-лицевой области.
9. Группы больных с возможными типами психоневрологического статуса реакции на проведение пластических операций.
10. Основные биологические принципы пластической хирургии челюстно-лицевой области и шеи.
11. Основные принципы планирования пластических операций на челюстно-лицевой области и шее.
12. Дополнительные методы обследования, которые могут использоваться при планировании пластических операций на области лица и шеи.

13. Основные оперативно-технические принципы восстановительных и реконструктивных операций на челюстно-лицевой области и шее.

14. Основные группы пластических оперативных вмешательств в челюстно-лицевую область в зависимости от особенностей оперативно-технических приемов.

15. Определение понятия «лоскут».

16. Определение понятия «трансплантат».

## Учебный материал

Слово «пластика» в переводе с греческого означает искусство лепки, ваяния, скульптура.

Пластическая хирургия челюстно-лицевой области, как раздел общей пластической хирургии, преследует **цели** устранения врожденных и приобретенных дефектов и деформаций лица и шеи, перестройки созданных природой органов и систем челюстно-лицевой области, улучшения внешнего облика лица. В соответствии с этими целями можно сформулировать следующие основные задачи пластической хирургии челюстно-лицевой области:

1. Восстановление форм и функций органов и их частей в челюстно-лицевой области, полости рта и на шее.

2. Соблюдение структуры утраченных органов или тканей в соответствии с их первоначальным строением.

3. Изготовление черепно-челюстно-лицевых протезов, которые укрепляют оставшиеся отломки костей лицевого скелета и могут выполнять опорную функцию для мягких тканей.

4. Изучение биологии тканей, процессов их приживления в виде лоскутов на ножке, свободных трансплантатов кожи, кости, хряща, жира и фасции.

5. Исследование структуры и биологической пластичности живых тканей до пересадки и после приживления на новой почве, особенностей их питания, кровоснабжения и иннервации.

Знание клинической диагностики, методов обследования пациентов и способов хирургического лечения позволяет врачу правильно оценить патологию, выбрать оптимальную тактику ведения пациента, снизить количество возможных осложнений. Операции на лице, шее и в полости рта в значительном большинстве ювелирны и требуют не только определенных навыков от хирургов, но и специального оборудования, операционных отделений, инструментария, шовного материала. Технические приемы при операциях на челюстно-лицевой области многообразны и строго

специфичны. Ход пластических операций приходится каждый раз синтезировать из известных приемов по заранее составленному плану.

В соответствии с основными целями и задачами пластической хирургии условно можно выделить ее 3 основных раздела:

1. **Восстановительная** хирургия челюстно-лицевой области, которая занимается устранением деформаций, воссозданием частично или полностью утраченных органов или тканей лица и шеи с восстановлением их анатомо-функциональной целостности.

2. **Реконструктивная** хирургия, которая занимается «перестройкой» органов и функциональных систем челюстно-лицевой области, созданных природой.

3. **Эстетическая** хирургия, которая содействует улучшению внешнего вида и пропорций лица.

Строго классифицировать все пластические операции по этим разделам не всегда возможно, т. к. операции зачастую несут в себе элементы и восстановительной, и реконструктивной, и эстетической хирургии, но, все же выделяя преобладающую конечную цель проводимого хирургического лечения, можно опираться на эти термины или их сочетания.

В процессе своего становления, исторического развития и совершенствования пластическая хирургия челюстно-лицевой области и шеи находилась в авангарде общей пластической хирургии.

На Тибете, в древней Индии и Китае мы находим источники различных методик пластических операций. Многие из них обобщил, дополнил и переработал выдающийся отечественный хирург, профессор Киевского университета Ю. К. Шимановский, который в 1865 г. представил свой анализ операций местными тканями в виде монографии «Планирование пластических операций на поверхности человеческого тела». В историческом аспекте важно то, что восстановительные операции не только были выполнены впервые на лице, но и продолжали совершенствоваться при устранении дефектов и деформаций челюстно-лицевой области. Этим и можно объяснить то, что история восстановительной хирургии тесно связана с ринопластикой, которая, по словам Ю. К. Шимановского, «является начальной историей всей пластической хирургии». Самое раннее описание ринопластики, впервые предложенное в Индии, имеется в известном сочинении «Наука о жизни» Сустрата, жившего за 1000 лет до нашей эры. В Европе середина XV в. является важным этапом в развитии восстановительной хирургии лица. Этот период связан с именем сицилийского военного врача Бранка и его сына Антониуса, которые в 1442 г. впервые осуществили пластику носа и губы кожно-жировым лоскутом, заимствованным из области плеча. К важным достижениям XX в. относится предложение В. П. Филатова формирования стебельчатого лоскута, создавшее, по словам Н. Н. Петрова, новую эпоху в восстановительной

хирургии. 9 сентября 1916 г. В. П. Филатов впервые использовал стебельчатый лоскут для устранения дефекта в области нижнего века после удаления опухоли. С появлением метода Филатова стало возможным заимствовать большие количества пластического материала из различных областей тела. Этому в значительной степени способствовали работы выдающихся отечественных хирургов Б. В. Парина, А. А. Лимберга, Э. А. Рауэра, И. И. Михельсона, Н. Н. Блохина, А. А. Кьяндского, М. П. Шефтеля, Ф. М. Хитрова. Большое развитие получила в восстановительной и реконструктивной хирургии пересадка мягких тканей и опорных структур. Особенно широко стала применяться пересадка кожи после изобретения в США в 1930 г. Педжеттом дерматома. В изучение вопросов этого раздела хирургии много труда вложили такие выдающиеся хирурги и ученые, как Ю. Ю. Джанелидзе, М. В. Мухин, В. И. Петров, В. К. Красовитов, М. В. Колокольцев. Больших успехов в пересадке дерможировых трансплантатов добились В. Ф. Черныш и М. Г. Мамонов (1975 г.). В 1982 г. группа ученых во главе с Н. А. Плотниковым разработала методы костной пластики нижней челюсти с применением лиофилизированного ортотопического аллогенного трансплантата. С 80–90-х гг. XX в. широко использовался плоский эпителизированный кожный лоскут для устранения сквозных дефектов челюстно-лицевой области и шеи. Данный метод был предложен О. П. Чудаковым, который экспериментально и клинически его обосновал и внедрил в практику. Использование в медицине операционного микроскопа сделало возможным пересадку свободно взятых крупных лоскутов кожи с подкожной клетчаткой и мышечной тканью одномоментной операцией. В 2005 г. во Франции впервые проведена частичная пересадка лица женщины после укусов собаки. Операцию успешно осуществил Бернард Девوشель с бригадой хирургов. В современный период большой вклад в развитие восстановительной и реконструктивной хирургии вносят такие выдающиеся ученые, как Хьюго Обвегезер (Швейцария), Рудольф Фрис (Австрия), Конрад Вангерин (Германия), Пауль Стойлинга (Нидерланды), Бернард Девوشель (Франция), Джон Вильямс (Великобритания), Герман Сайлер (Швейцария).

В настоящее время пластическая хирургия челюстно-лицевой области и шеи является делом самых высококвалифицированных хирургов, т. к. требует знаний о современных научных достижениях в области медицины, отточенной, порой филигранной, оперативной мануальной техники проведения операций, эстетического восприятия черт лица для оценки результатов работы, т. е. пластическая хирургия челюстно-лицевой области — это одновременно и наука, и ремесло, и искусство.

Используя последние достижения науки и техники, передовые методики и приемы, современная пластическая хирургия позволяет проводить широкий спектр оперативных вмешательств по устранению разнообраз-

ных анатомо-функциональных и чисто эстетических врожденных и приобретенных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области и шеи, которые, по сути, и являются **основными показаниями** к хирургическому лечению.

Вместе с тем, дефекты и деформации челюстно-лицевой области и шеи представляют собой одну из сложных патологий, требующих кропотливой, трудоемкой, высокотехнической и методологической работы челюстно-лицевого хирурга.

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

**Приобретенные** могут иметь различную локализацию, быть разных размеров и глубины: от небольших изъянов поверхностного слоя кожи или слизистой оболочки до тотального отсутствия костей лица и прилежащих к ним мягких тканей и органов.

По **этиологическому фактору** их можно разделить на следующие основные группы:

1) дефекты и деформации после перенесенных инфекций (неспецифических и специфических гнойно-воспалительных процессов мягких тканей и костей лицевого скелета) и некрозы тканей из-за выраженных расстройств кровообращения;

2) посттравматические (результат воздействия физического фактора — механическая травма (огнестрельная и неогнестрельная, в том числе производственная (промышленная и сельскохозяйственная) и непроизводственная (бытовая, уличная, спортивная, транспортная, операционная)); термическая травма (ожоги и обморожения); электротравма; баротравма; лучевая травма (в том числе и остеорадионекроз челюстей); химическая травма (кислотами, щелочами и другими агрессивными веществами));

3) послеопухолевые (из-за удаления доброкачественных и злокачественных опухолей и опухолеподобных образований);

4) татуировка кожи;

5) возрастные деформации кожи лица вследствие физиологического старения тканей.

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) аномальное прикрепление уздечек губ и языка;

4) колобомы лица или несращение его частей — 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 аномалия, лопоухость;
- 7) несращение частей носа (скрытое, неполное, полное) и его деформации (горб, сколиоз, деформации хрящей и др.);
- 8) микро- и макрогнатия и -гения челюстей (одно- и двусторонняя).

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

**Противопоказаниями** к проведению пластического хирургического вмешательства в челюстно-лицевой области являются:

**I группа — местные:**

- 1) незначительная степень дефекта или деформации при отсутствии существенных функциональных расстройств, когда эстетический фактор не имеет особого значения (у старческого контингента);
- 2) пиодермия, дерматиты, экзема, стоматиты;
- 3) острые гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области или обострение хронических;
- 4) регионарные лимфадениты;
- 5) риниты, ларингиты, тонзиллиты и другие воспалительные заболевания органов по соседству с областью операционного поля в острой фазе.

**II группа — общие:**

- 1) острые хронические инфекционные заболевания или их обострение, СПИД;
- 2) расстройства желудочно-кишечного тракта;
- 3) субфебрилитет;
- 4) общее недомогание;
- 5) хронические заболевания паренхиматозных органов (сердца, печени, почек, легких, головного мозга, эндокринных органов) в стадии декомпенсации;
- 6) менструации у женщин, беременность;
- 7) заболевания крови (лейкоз, коагулопатия);
- 8) психические нарушения.

Нужно отметить, что дефект или деформация челюстно-лицевой области или результаты пластического хирургического лечения может быть причиной психических нарушений или фактором, усугубляющим их течение, и вызывать развитие психогений, неврозов, неврастений, астено-похондрических синдромов. Поэтому необходимо помнить о **5 группах** больных с возможными типами **психоневрологического статуса** (нормальным, пониженным, чрезмерным, непостоянным, извращенным чувст-

вом эстетического восприятия), которые по-разному реагируют на пластические операции и требуют индивидуального подхода к пациенту при решении вопроса о целесообразности проведения оперативного вмешательства.

### **Основные биологические принципы пластической хирургии челюстно-лицевой области и шеи.**

1. Биологическая совместимость жизнеспособных тканей, основанная на их способности приживаться и регенерировать; наличие условий для профилактики отторжения при использовании ало- или ксеногенного пластического материала (в том числе с применением фармакологических средств); отсутствие негативного влияния или индифферентность используемых имплантационных пластических материалов.

2. Адекватность пересаживаемых тканей воссоздаваемому органу или участку челюстно-лицевой области и шеи по консистенции, форме, объему и функции (принцип органотипичности).

3. Достаточная эстетичность пересаживаемых тканей (отсутствие роста волос, соответствующий цвет кожного покрова и т. д.).

4. Симметричность восстанавливаемого органа.

5. Стойкость достигнутых анатомических, функциональных и эстетических результатов пластики.

6. Сохранение и восстановление физиологического прикуса.

7. Сохранение возможности физиологического жевания, дыхания, речи и свободного движения головы.

8. Отсутствие задержки в формировании скелета челюстно-лицевой области после пластических операций, дополнительных грубых рубцов (келоидных, гипертрофических и др.).

9. Отсутствие роста волос и образования эпидермальных кист при пересадке тканей в глубину или воссоздании слизистых оболочек.

На основе биологических принципов для каждого пациента с дефектом или деформацией челюстно-лицевой области и шеи проводится планирование пластических операций.

**Планирование** пластических восстановительных операций на челюстно-лицевой области и шее осуществляется на основании **анализа** дефекта или деформации. При этом необходимо учитывать их характер, происхождение, локализацию, размеры и глубину, обусловленную ими степень выраженности функциональных нарушений, состояние прилежащих тканей, наличие роста волос, особенности структуры кожных покровов, слизистых оболочек и опорных тканей челюстно-лицевой области. Важным также является оценка возрастных параметров пациента, наличия у него возможных сопутствующих общесоматических заболеваний, которые могут оказать существенное негативное влияние на результаты восстановительного хирургического лечения. Исходное состояние дефекта

или деформации должно быть полноценно отражено в медицинской документации как на основании субъективных и объективных методов клинического обследования пациента, так и необходимых в каждом конкретном случае дополнительных и специальных методов (R-логических, фотографических, антропометрических, функциональных и др.).

Рентгенологические методы исследования позволяют оценить структуру костной ткани в предполагаемой зоне оперативного вмешательства, соотношение линейных и объемных (при рентгенокомпьютерной реконструкции органа) размеров различных отделов костей лицевого скелета, отличных от нормы. Фотографии позволяют объективно визуально оценить исходный вид дефекта или деформации лица и шеи, а также являются необходимым элементом аргументации при возникновении конфликтных ситуаций, если пациенты неудовлетворены результатами лечения.

Измерение антропометрических параметров различных отделов и областей лица и шеи (в том числе и на диагностических гипсовых моделях и слепках) позволяет объективно выявлять отклонения в их размерах и нарушения симметричности.

Качество планирования пластических операций повышается при графическом моделировании оперативного вмешательства на стандартных исходных фотограммах пациента, а также с применением современных средств компьютерной графики и видеотехники (в том числе и с использованием объемного голографического изображения).

Промежуточные и окончательные результаты этапного восстановительного хирургического лечения также необходимо документировать с применением вышеуказанных методов, позволяющих оптимально и достоверно оценивать достигнутые положительные результаты пластики и решать вопрос о необходимости проведения последующих этапов.

**Основные принципы планирования пластических операций на челюстно-лицевой области и шее.**

1. Минимально возможное количество этапов операций.
2. Выбор оптимального метода восстановительного хирургического лечения: более сложные целесообразно использовать при недостаточной эффективности менее сложных (от простого к сложному; от центра к периферии).
3. Минимальная травматичность каждого этапа операции.
4. Адекватно минимальный срок между отдельными этапами операций.
5. Придание голове или оперированной области лица в послеоперационном периоде наиболее удобного положения (желательно приближать к физиологическому).

6. Обеспечение возможности в послеоперационном периоде приема пищи (близкого к физиологическому), соответствующей диетическому составу, калорийности и консистенции.

7. Выбор способа анестезиологического пособия, адекватного объему и особенностям области проведения пластического оперативного вмешательства.

8. Достижение наиболее эффективного функционального и эстетического результата на каждом этапе пластического хирургического восстановительного лечения.

9. Соблюдение условия, при котором каждый последующий этап пластического хирургического восстановительного лечения является логическим продолжением предыдущего.

10. Выбор оптимальных сроков проведения этапов хирургического восстановительного лечения с учетом времени года и места.

11. Предусмотрение необходимости корригирующих операций, улучшающих достигнутые функционально-эстетические результаты восстановительного хирургического лечения.

**Основные оперативно-технические принципы** восстановительных и реконструктивных операций на челюстно-лицевой области, соблюдение которых имеет существенное значение для достижения хороших функционально-эстетических результатов пластики.

1. Строгое соблюдение правил асептики и антисептики на всех этапах хирургического вмешательства.

2. Адекватное обезболивание тканей в зоне оперативного вмешательства.

3. Тщательный гемостаз в ходе операции с адекватным восполнением массивных кровопотерь в организме пациента.

4. Бережное отношение к сшиваемым, перемещаемым, пересаживаемым тканям, а также тканям воспринимающего ложа.

5. Равномерное и послойное сближение тканей.

6. Соприкосновение краев перемещаемых тканей без значительного натяжения (идеально в состоянии реинформации, т. е. физиологического натяжения) во избежание нарушения в них крово- и лимфообращения.

7. Умеренная сила завязывания узлов шовного материала в мягких тканях во избежание нежелательного сдавления тканей лигатурой.

На основе оперативно-технических принципов разрабатываются определенные приемы проведения конкретных пластических оперативных вмешательств, имеющие свои особенности. Все виды пластических оперативных вмешательств в челюстно-лицевую область по **особенностям оперативно-технических приемов** условно можно разделить на **3 группы**.

**I группа — местно-пластические операции**, при которых для устранения относительно небольших по размеру дефектов или деформаций челюстно-лицевой области и шеи используются ткани, прилежащие непосредственно к области дефекта или деформации. *Отличительной особенностью техники проведения местно-пластических операций* является то, что тканевый массив, используемый в качестве пластического материала, обязательно имеет общую границу непосредственного соприкосновения с каким-либо участком (пусть даже и небольшой протяженности) контура устраняемого дефекта или деформации. На основании этого, к вариантам местно-пластических операций можно отнести устранение геометрически малых дефектов по Шимановскому, пластику встречными треугольными лоскутами, использование опрокидывающихся, скользящих лоскутов, некоторые варианты ротационных и др.

**II группа — пластика лоскутами на питающих ножках.** Лоскутами называется сформированный массив мягких тканей (могут включаться опорные хрящевые и костные структуры), сохранивший свою питающую связь с областью или местом заготовки. Пластика лоскутами на питающих ножках применяется при обширных и объемных дефектах и деформациях челюстно-лицевой области и шеи, устранить которые местными тканями невозможно, а свободной пересадкой тканей — нецелесообразно.

Характерной особенностью техники проведения пластики лоскутами на питающей ножке является ее этапность: в зависимости от вида лоскута операции могут быть как одно-, двухэтапными (лоскут сформирован вблизи дефекта или деформации или ускоренным методом перемещен из отдаленных областей), трехэтапными (лоскут образован в отдаленном месте без его миграции к области дефекта или деформации), так и многоэтапными (лоскут образован в отдаленном месте с миграцией его к области дефекта или деформации).

На основании этого, к вариантам пластики лоскутами на питающей ножке можно отнести использование кожных или кожно-мышечных лоскутов на одной-двух питающих ножках, стебля Филатова, артериализированных лоскутов с осевым кровоснабжением, лоскутов на основе методов погружной кожной пластики, островных, дублированных, сдвоенных и многих других.

**III группа — свободная пересадка органов и тканей (трансплантация)** показана при устранении сложных обширных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области и шеи и может сочетаться как с пластикой лоскутами на питающей ножке, так и местно-пластическими операциями.

*Трансплантатом* называется сформированный массив тканей (мягких или опорных), потерявших свою питающую связь с областью или местом заготовки. В настоящее время в челюстно-лицевой области при трансплантации с целью устранения разнообразных дефектов и деформа-

ций могут использоваться практически любые ткани с учетом принципа органотипичности (кожа, фасции, клетчатка, нервы, сосуды, хрящи, кость, слизистая оболочка, волосяные фолликулы и др.). В последние годы значительно расширились возможности использования массивных трансплантатов с включением в их состав различных морфологических структур тканей, особенно на основе бурно развивающейся и прогрессирующей в настоящее время микрососудистой хирургии с применением высокотехнологичных оптических операционных систем и нанотехнологий производства и изготовления органических и неорганических имплантационных материалов, а также использованием достижений генной инженерии в создании биотканей.

**Задания для самостоятельной работы студентов.** Занятие проводится на базе специализированного отделения стационара клиники кафедры челюстно-лицевой хирургии БГМУ. В течение занятия студенты осваивают навыки по диагностике дефектов и деформаций челюстно-лицевой области и шеи, оценке их характера, размеров, состояния прилежащих тканей, планированию этапов восстановительного лечения пациентов с такой патологией. Проводится демонстрация диапозитивов, учебных таблиц, мультимедийных презентаций. Результаты обучения закрепляются при клинической демонстрации пациентов, находящихся в стационаре на этапах хирургического восстановительного лечения, а также при анализе их историй болезней.

### **Самоконтроль усвоения темы**

**1. Назовите основные разделы пластической восстановительной хирургии челюстно-лицевой области и шеи в зависимости от их цели:**

- 1) имплантация;
- 2) реконструктивная;
- 3) оральная;
- 4) эстетическая;
- 5) восстановительная.

*Правильный ответ: 2, 4, 5.*

**2. К какому разделу пластической восстановительной хирургии относится устранение деформаций лица и шеи, воссоздание частично или полностью утраченных органов или тканей челюстно-лицевой области?**

- 1) травматология;
- 2) реконструктивная;
- 3) эстетическая;
- 4) восстановительная;
- 5) онкология.

*Правильный ответ: 4.*

**3. К какому разделу пластической хирургии относится «перестройка» органов и функциональных систем челюстно-лицевой области, созданных природой?**

- 1) восстановительная; 2) реконструктивная; 3) эстетическая;  
4) травматология; 5) камбустиология.

*Правильный ответ: 2.*

**4. Кто из отечественных хирургов XIX в. является автором труда «Планирование пластических операций на поверхности человеческого тела» по пластической хирургии?**

- 1) А. А. Лимберг; 2) В. П. Филатов;  
3) Ю. К. Шимановский; 4) Н. М. Александров;  
5) Ю. И. Бернадский.

*Правильный ответ: 3.*

**5. Кто из отечественных хирургов XX в. впервые предложил использовать стебельчатый лоскут?**

- 1) М. В. Мухин; 2) Л. Р. Балон;  
3) Ф. М. Хитров; 4) В. П. Филатов;  
5) Ю. И. Бернадский.

*Правильный ответ: 4.*

**6. Кто из отечественных хирургов XX в. является автором монографий «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела» и «Планирование местнопластических операций хирургии»?**

- 1) А. А. Лимберг; 2) Ю. К. Шимановский;  
3) М. В. Мухин; 4) В. П. Филатов;  
5) А. Э. Рауэр.

*Правильный ответ: 1.*

**7. Кто из отечественных хирургов предложил пластику встречными треугольными лоскутами?**

- 1) Ю. К. Шимановский; 2) Ю. И. Бернадский;  
3) А. А. Лимберг; 4) Н. М. Александров.

*Правильный ответ: 3.*

**8. Кто из отечественных хирургов предложил использовать плоский эпителизированный кожный лоскут?**

- 1) А. А. Лимберг; 2) Ю. К. Шимановский;  
3) О. П. Чудаков; 4) В. П. Филатов;  
5) Ю. К. Бернадский.

*Правильный ответ: 3.*

**9. Назовите основные показания к проведению пластических восстановительных и реконструктивных операций на челюстно-лицевой области:**

- 1) воспалительные заболевания лица и шеи;
- 2) переломы костей лицевого скелета;
- 3) опухоли челюстно-лицевой области;
- 4) дефекты и деформации лица и шеи.

*Правильный ответ: 4.*

**10. Какие из нижеперечисленных состояний относятся к местным противопоказаниям к проведению пластических операций на челюстно-лицевой области?**

- 1) пиодермия, дерматит;
- 2) травматический неврит подглазничного нерва;
- 3) фурункул верхней губы;
- 4) острый лимфаденит регионарного лимфоузла;
- 5) артроз височно-нижнечелюстного сустава;
- 6) хронический атрофический ринит.

*Правильный ответ: 1, 3, 4.*

**11. Какие из нижеперечисленных состояний являются общими противопоказаниями к проведению пластических операций на челюстно-лицевой области?**

- 1) СПИД;
- 2) гипертоническая болезнь I степени;
- 3) обострение хронического гломерулонефрита;
- 4) хронический гастрит;
- 5) лейкоз;
- 6) беременность;
- 7) открытая форма туберкулеза легких.

*Правильный ответ: 1, 3, 5, 6, 7.*

**12. Что из нижеперечисленного относится к биологическим принципам пластической восстановительной хирургии челюстно-лицевой области?**

- 1) способность поврежденных тканей к регенерации;
- 2) индифферентность используемых аллопластических материалов;
- 3) послойное сшивание тканей;
- 4) адекватное анестезиологическое пособие;
- 5) стойкость достигнутых функциональных результатов;
- 6) щадящая препаровка тканей;
- 7) биологическая совместимость живых тканей.

*Правильный ответ: 1, 2, 5, 7.*



**13. К каким принципам пластической хирургии челюстно-лицевой области и шеи относится определение сроков проведения и способа оперативного вмешательства?**

- 1) биологическим;
- 2) принципам планирования;
- 3) оперативно-техническим;
- 4) диагностическим.

*Правильный ответ: 2.*

**14. На какие основные группы подразделяются современные виды оперативных вмешательств в челюстно-лицевой пластической и восстановительной хирургии в зависимости от особенностей оперативно-технических приемов?**

- 1) пластика встречными треугольными лоскутами;
- 2) пластика лоскутами на питающих ножках;
- 3) ринопластика;
- 4) свободная пересадка кожи;
- 5) свободная пересадка тканей;
- 6) местно-пластические операции;
- 7) костная пластика.

*Правильный ответ: 2, 5, 6.*

**15. Как в пластической хирургии челюстно-лицевой области называются оперативные вмешательства, улучшающие эстетические и функциональные результаты предшествующего восстановительного хирургического лечения?**

- 1) подготовительные;
- 2) замещающие;
- 3) корригирующие;
- 4) реконструктивные;
- 5) эстетические.

*Правильный ответ: 3.*

**16. Назовите показания к проведению местно-пластических операций на челюстно-лицевой области:**

- 1) наличие небольших по размеру дефектов или деформаций мягких тканей лица или шеи;
- 2) наличие больших, объемных дефектов или деформаций лица или шеи;
- 3) субтотальный сквозной дефект ушной раковины;
- 4) врожденная односторонняя неполная расщелина верхней губы.

*Правильный ответ: 1, 4.*

**17. Что является документальным подтверждением наличия дефекта или деформации, аномалии развития при обследовании челюстно-лицевого больного?**

- 1) исходные фотограммы;

- 2) анамнез развития заболевания;
- 3) данные антропометрического исследования;
- 4) исходные результаты лучевой диагностики;
- 5) жалобы пациента.

*Правильный ответ: 1, 3, 4.*

Репозиторий БГМУ

## Литература

### *Основная*

1. *Бернадский, Ю. И.* Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский. М. : Мед. лит., 2003. 456 с.
2. *Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия* / В. Н. Балин [и др.]. СПб. : Специальная литература, 1998. 592 с.
3. *Хирургическая стоматология* : учеб. для стом. фак-ов мединститутов / под ред. Т. Г. Робустовой. М. : Медицина, 2000. С. 626–631.

### *Дополнительная*

1. *Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области* : рук. для врачей / под ред. А. И. Неробеева. М. : Медицина, 1997. 288 с.
2. *Каламкаров, Х. А.* Деформации лицевого черепа / Х. А. Каламкаров, Н. А. Рабухина, В. М. Безруков. М. : Медицина, 1981. 235 с.
3. *Михельсон, Н. М.* Восстановительные операции челюстно-лицевой области / Н. М. Михельсон. М. : Гос. изд-во медицинской литературы, 1962. 336 с.
4. *Последние достижения в пластической хирургии* : пер. с англ. / под ред. И. Т. Джексона. М. : Медицина, 1985. 320 с.
5. *Методы лучевого исследования челюстно-лицевой области* : учеб.-метод. пособие / М. М. Сергеева [и др.]. Минск : БГМУ, 2005. 28 с.
6. *Тимофеев, Н. А.* Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Н. А. Тимофеев. Киев : Червоно-Рута-Турос, 1997. Т. 1, 2.
7. *Фришберг, И. А.* Косметические операции на лице / И. А. Фришберг. М. : Медицина, 1984. 208 с.
8. *Золтан, Я.* Cicatrix optima / Я. Золтан. Akademiai Kiado, Budapest, 1983. 176 с.
9. *Золтан, Я.* Пересадка кожи / Я. Золтан. Akademiai Kiado, Budapest, 1988. 310 с.

## Оглавление

Мотивационная характеристика темы .....	3
Учебный материал.....	5
Самоконтроль усвоения темы .....	14
Литература.....	18

Репозиторий БГМУ

Учебное издание

**Тесевич** Леонид Иванович  
**Хомич** Станислав Фадеевич

**ПЛАНИРОВАНИЕ  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ  
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.  
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Глинник  
Редактор О. В. Лавникович  
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 26.03.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,9. Тираж 99 экз. Заказ 567.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.