**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский институт**

Кафедра «Стоматология»

История болезни

по хирургической стоматологии

Тема: «Реконструктивная хирургия ЧЛО.Послеоперационная деформация нижней зоны лица».

студентка Косаева Н.А.

Проверил. ас. кафедры Стоматов Д.В.

Пенза 2013

**Содержание**

Паспортная часть

Анамнез заболевания

Объективные данные

Дополнительные методы обследования

Диагноз

План лечения

Дневник

Техника проведения пластики стебельчатым лоскутом

Литература

**Паспортная часть**

Место жительства: г. Пенза, пр. Строителей д.21, кВ.43

Профессия: водитель спецтранспорта (пожарная машина)

Дата поступления: 26.01.2013г.

Жалобы при поступлении

Пациент жалуется на затруднённое носовое дыхание, затруднённый приём пищи, нарушение речи.

**Анамнез заболевания**

/10/2011 пациент во время охоты получил огнестрельное ранение в область лица. Первая первичная хирургическая обработка была проведена в больнице по месту жительства, больной находился в коматозном состоянии; была проведена трахеостомия, операции проводились под эндотрахеальным наркозом. В марте 2012 г. госпитализирован в областную больницу для формирования микростомы. На время проведения операций была наложена гастростома. Там же проведена реконструкция тела нижней челюсти титановой штангой; также была наложена трахеостома для проведения операций. Проводилось устранение микростомы по Евдокимову. В апреле 2012 г. проведена пластика тела нижней челюсти участком малоберцовой кости на микрососудистом анастомозе. В мае 2012г. пациент был госпитализирован с диагнозом остеомиелит трансплантата со свищевым ходом. Свищевой ход был иссечён, проведена ревизия ложа трансплантата, удалены винты и минипластины, наложен дистракционный аппарат. В октябре 2012г. - повторная госпитализация с тем же диагнозом. Проведена секвестрэктомия в области трансплантата и верхней челюсти справа. 26 января 2013 г. госпитализирован с целью коррекции наружного носа и восстановления функции носового дыхания. 01.02.06 под местным обезболиванием с премедикацией проведена операция: формирование круглого стебельчатого лоскута на двух ножках на переднебоковой поверхности живота. Послеоперационный период - без осложнений. Швы удалены полностью на четырнадцатые сутки. Проведён курс антибактериальной, противовоспалительной, ГБО-терапии.

**Объективные данные**

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Телосложение нормостеническое.

Кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые. Тургор кожи нормальный. Развитие подкожно-жирового слоя умеренное. На переднебоковой поверхности живота - стебельчатый лоскут, размером 9х16 см, обычной окраски, тёплый; послеоперационная рана заживает первичным натяжением. На передней поверхности шеи определяются вертикальные рубцы после трахеостомии, безболезненные, обычного цвета, не возвышаются над поверхностью кожи, подвижные, эластической консистенции.

Костная и мышечная системы без патологии. Состояние суставов - в пределах нормы.

Лимфатические узлы без патологии.

Органы дыхания: обе половины грудной клетки участвуют в дыхании равномерно, при пальпации безболезненны. При перкуссии - ясный лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет.

Органы кровообращения: границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 70 в мин. Пульс 70 уд. в мин. АД 120/80 мм.рт.ст.

Органы брюшной полости - без патологии.

Мочевыделительная система - в норме.

Нервно-психическая сфера: больной правильно ориентирован в пространстве и времени. Контактен, восприятие не нарушено. Головных болей, обмороков на данный момент нет. Черепно-мозговые нервы без патологии.

Status localis

Конфигурация лица изменена за счёт снижения высоты нижнего отдела. Хрящевой отдел носа уплощён. Подбородочный отдел закруглён и скошен кзади. В области верхней и нижней губы, носа, в поднижнечелюстной области слева имеются полеоперационные рубцы. Рубцы слегка гиперемированы, плотноэластические, безболезненные при пальпации. Открывание рта до 2 см. На слизистой оболочке полости рта определяются постоперационные рубцовые изменения. Полная вторичная адентия. Мягкое нёбо подвижно. Глотание практически не нарушено.

**Дополнительные методы обследования**

хирургический челюсть пластика лоскут

Рентгенограмма нижней челюсти в аксиальной проекции. На рентгенограмме виден костный трансплантат, которому придана форма нижней челюсти. Также видна деформация костей носа слева.

При обследование выявлено:

Результаты на RW, ВИЧ, HbsAg - отрицательные.

Общий анализ крови от 20.01.13:

Эритроциты: 4,68 х 1012/л

Гемоглобин: 145,8 г/л

Гематокрит: 40%

Лейкоциты: 12,3 х 109/л

Палочкоядерные: 3%

Сегментоядерные: 72%

Лимфоциты: 15%

Моноциты: 10%

СОЭ: 30 мм/ч

Коагулограмма крови от 20.11.01: повышение уровня фибриногена.

Биохимическое исследование крови от 20.11.01: увеличение уровня глюкозы до 116 мг /дл;

Общий билирубин-2,1 мг/дл.

Группа крови I, резус положительный

Общий анализ мочи от 20.11.01:

Лейкоциты: 2 - 4 в поле зрения

Эритроциты: 0 -2 в поле зрения

Слизь: много

Бактерии: немного

РН 5

**Диагноз**

Послеоперационная деформация нижней зоны лица. Рубцовая деформация верхней и нижней губы. Деформация хрящевого отдела носа.

**План лечения**

клинико - лабораторное обследование;

операция по переносу нижней ножки филатовского стебля на предплечье левой руки;

операция по иссечению рубцов и пластике местными тканями средней зоны лица с формированием appertura periformis;

операция по переносу верхней ножки филатовского стебля в область крыла носа справа;

пластика хрящевого отдела носа с помощью филатовского стебля;

формирование преддверия полости рта;

протезирование.

**Дневник**

.02.13 Общее состояние удовлетворительное. Жалобы те же.

Планируется операция под местным обезболиванием по переносу филатовского стебля на предплечье левой руки. Проведена консультация анестезиолога, противопоказаний к предстоящей операции не выявлено. Операция планируется 01.03.13.

Назначена премедикация: 28.02 в 22:00 - реланиум; 01.03 в 7:00 - реланиум с атропином и седуксеном; за 30 мин. до операции - метацин.

.03.13 Общее состояние удовлетворительное. Жалобы те же.

Операция: Перенос нижней ножки филатовского стебля на предплечье левой руки.

Под инфильтрационной анестезией sol.Lidokaini 2% отсечена нижняя ножка стебельчатого лоскута от живота, края раны на животе мобилизованы, рана ушита. Оставлен дренаж.

На внутренней поверхности предплечья левой руки раневой поверхностью лоскута сделан отпечаток. Отпечаток обведён зелёнкой, намечена линия разреза (по верхней половине отпечатка). По этой линии рассечена кожа, подкожная клетчатка вплоть до фасции. Откинут кожно-жировой лоскут. К образовавшейся раневой поверхности послойно подшит стебельчатый лоскут. Оставлен дренаж. Рука фиксирована петлёй из бинта к талии.

.03.13 Общее состояние удовлетворительное. Жалобы те же. Раны на животе и на предплечье чистые. По дренажу - незначительное отделяемое (сукровичное). Состояние швов удовлетворительное, швы состоятельны. Мягкие ткани в области разрезов слегка отёчны, при пальпации болезненны.

Назначено: Анальгин, Тавегил, Кетонал

**Техника проведения пластики стебельчатым лоскутом**

В 1916 г. академик В.П.Филатов для устранения дефекта тканей лица предложил оригинальный метод пластической хирургии - перенос кожного лоскута, свернутого в трубку, вместе с подкожной жировой клетчаткой (круглый стебельчатый лоскут).

Филатовский стебель широко применяют при ринопластике, пластике век, губ, подбородка, щек, при замещении дефектов твердого и мягкого неба, восстановлении ушных раковин, для формирования языка и т.д., в основном при обширных дефектах и деформациях.

При использовании филатовского стебля важно правильно планировать отдельные моменты операции. Поставив четкий анатомический диагноз, следует учитывать данные анамнеза, общее состояние больного (необходимо общеклиническое обследование), конкретный план оперативной методики, различные вспомогательные мероприятия (изготовление зубных протезов) и т.д. Перед оперативным вмешательством следует предусмотреть необходимый размер стебля, дальнейшие этапы переноса стебля, сроки вынужденного положения больного, условия фиксации стебля, выбор воспринимающего ложа при пересадках, выбор донорского участка, расположение рубца.

Формируя филатовский стебель, нужно учитывать качество кожи в тех или иных участках поверхности тела, величину запаса тканей в них.

Наиболее оптимальные места формирования стебля - внутренняя поверхность плеча, переднебоковая поверхность грудной клетки и живота. Здесь имеется большой запас подвижной кожи с хорошо выраженной жировой клетчаткой. В этих случаях рубцовые изменения донорского участка не вызывают значительных функциональных и эстетических нарушений.

Выкраивать стебель надо так, чтобы он располагался примерно под углом 40-45° к горизонтали (в косом направлении). Ориентиром может служить линия, соединяющая подмышечную впадину с лобком. Натяжение стебля не должно быть чрезмерным или, наоборот, недостаточным. Это предупреждает возникновение последующих осложнений.

Операцию формирования стебля проводят, как правило, с премедикацией, под местным обезболиванием. Линии разрезов намечают бриллиантовым зеленым или метиленовым синим. Рассекают вначале только кожу, затем в зависимости от запасов подкожной клетчатки либо ближе к будущему стеблю, либо ближе к краю кожи, остающейся на донорском участке. Для обеспечения нормального кровообращения натяжение кожи стебля должно быть нормальным, физиологическим. Если в стебле содержится много клетчатки и кожа чрезмерно напряжена, при увеличивающемся отеке могут наступить трофические расстройства (в результате «удушения» стебля) с последующим некрозом. При включении в стебель недостаточного количества подкожной жировой клетчатки возможно «сморщивание» кровеносных сосудов, особенно венозных. Кроме того, в середине стебля в свободных полостях могут образовываться гематомы, склонные к нагноению.

В классическом варианте филатовский стебель формируют при помощи двух параллельных разрезов кожи с подкожной жировой клетчаткой, внутренние края которых подворачивают и сшивают между собой в трубку, а наружные после широкой мобилизации (отслойки) кожи сшивают на материнской почве между собой. Получается «чемоданная ручка». Простыми и достаточно эффективными являются методы пластики с неполным использованием длины кожно-жировой ленты (стебля) - по Франекбергу, Шефтелю, Къянд-скому, Лимбергу, Жаку, Балону и др. Различают три вида филатовского стебля:

) обычный стебель на двух питающих ножках (в виде чемоданной ручки) ;

) ускоренно-мигрирующий стебель, когда одну из ножек сразу переносят на предплечье или другое место для переноса стебля к дефекту;

) «острый» стебель - одну из ножек сразу распластывают и подшивают к раневой поверхности в области дефекта.

Длина филатовского стебля может быть от нескольких до 35-40 см. Различают макростебли, средние стебли и микростебли (0,5-1 см). Последние используют для фиксации эндопротезов.

При обычном формировании стебля соотношение длины и ширины кожно-жировой ленты не должно превышать 3:1, при ускоренно-мигрирующих методах - 2:1, 1,5:1. По форме круглые филатовские стебли бывают двухлопастные, т.е. на двух ножках, прерывистые, трехлопастные - Т-образные , четырехлопастные (фигурные).

При формировании филатовского стебля может возникать чрезмерное натяжение донорского участка. Иногда при формировании стебля в виде «чемоданной ручки» линии швов стебля и материнской почвы совпадают, что может стать причиной трофических нарушений в стебле и донорском участке, приводящих к различным осложнениям: расхождению швов, нагноению, частичному или полному некрозу. Причинами таких осложнений могут быть ошибки планирования операции, неправильные пропорции тканей, технические погрешности, грубо наложенные, резко сдавливающие ткани швы, а также интоксикация, состояние после лучевой или химиотерапии. Иногда возникает рожистое воспаление, связанное с внедрением стрептококковой флоры и снижением бактерицидной активности кожи.

Для совершенствования филатовского стебля в настоящее время предложены разные методики его формирования с многочисленными модификациями. Некоторые из них предусматривают устранение чрезмерного натяжения донорского участка, другие - устранение большого натяжения основания питающих ножек стебля, совпадения линии швов стебля и материнской почвы и др.

В послеоперационном периоде в филатовском стебле возможны нарушения крово- и лимфообращения, притока кислорода, изменение обмена веществ, в том числе ферментов. Это ведет к накоплению в тканях стебля недоокисленных продуктов обмена. Лечение направлено на устранение этих осложнений.

Пластику филатовским стеблем осуществляют в несколько этапов. Перед переносом ножки стебля проводят тренировку его сосудистой системы, используя различные методы воздействия: механические, физиотерапевтические, медикаментозные и др. В результате улучшается трофика тканей ло скута, ускоряются процессы адаптации тканей стебля, что ведет к сокращению сроков лечения.

Для тренировки сосудистой системы филатовского стебля применяют:

• механические способы, в основе которых лежит временное прекращение кровотока через одну из питающих ножек с помощью резиновых катетеров, жгутов, мягких кишечных жомов, специально сконструированных зажимов и аппаратов;

• хирургические методы, основанные на полном или частичном прекращении кровотока посредством оперативных вмешательств (подсечение, частичное или полное отсечение стебля, обшивание или прокол его и т.д.);

• биологические методы, в основе которых различные способы воздействия на кровеносную систему стебля без его механического повреждения и нарушения целости: гипотермия, тепловые процедуры, УВЧ-терапия, ультрафиолетовое облучение, солюкс, ионофорез, гипербарическая оксигенация (ГБО), применение фармакологических препаратов и т.д.

«Созревание» стебля, его готовность к последующим этапам пластики определяют различными лабораторными и функциональными методами исследований. Наиболее простым и часто применяемым является метод длительного механического пережатия ножки филатовского стебля с последующей клинической оценкой его состояния (основные показатели - цвет и температура). Например, теплый стебель, не отличающийся по цвету от окружающей кожи, обладает нормальной трофикой. Теплый, но бледный стебель бывает при расширении артерий и некотором сужении вен. Бледная и холодная кожи стебля свидетельствует о сужении артерий, вен и капилляров. Холодная и синюшная кожа означает сужение артерий и расширение вен и капилляров. При отсутствии этих симптомов после 1,5-2 ч пережатия возможно проведение последующих этапов пластики.

Сроки «созревания» филатовского стебля зависят от его величины, соотношения длины и ширины, метода миграции и составляют в среднем 3-4 нед.

Пересадку ножек филатовского стебля осуществляют «гусеничным шагом» (шагающий метод), ускоренным шагающим методом с предварительным приживлением к предплечью (В.В.Парин) или через кисть, вшивая его в область «анатомической табакерки», т.е. между большим и указательным пальцами. При этих методах этап формирования стебля сочетается с одномоментным подшиванием его к дефекту.

Отсечение ножки филатовского стебля следует производить с избытком подкожной жировой клетчатки (методика «заточенного карандаша») либо деэпидермизировать окаймляющую полоску кожи концевого отдела (0,5 см). Указанные приемы способствуют лучшей адаптации ножки лоскута и воспринимающего ложа. Наиболее эффективным методом формирования воспринимающего ложа следует считать использование языкообразных полуовальных опрокидывающихся лоскутов, которые целесообразно подшивать к той стороне стебля, где расположен средний шов.

Этап распластывания стебля включает не только распластывание стебля (нельзя понимать это в буквальном смысле), но и формирование различных органов (нос, ушная раковина) и анатомических областей.

Ф.М.Хитров предложил оригинальную методику ринопластики сдвоенной лентой из круглого филатовского стебля с почти полным удалением подкожной жировой клетчатки.

Этапы этой методики:

• формируют круглый стебель в области нижних отделов наружной поверхности грудной клетки с переходом на переднюю поверхность живота из кожной ленты размером 10x24 см;

• через 3-4 нед. после первого этапа мигрируют стебель. Миграцию дистального конца стебля осуществляют в область первого межпястного промежутка кисти или в область нижнего метафиза предплечья по такому же способу, т.е. под отслаиваемый языкообразный лоскут;

• спустя 3 нед. после выполнения второго этапа при условии гладкого приживления и проведенной тренировки стебля под отслоенный языкообразный лоскут в области корня носа подшивают конец филатовского стебля, с площадки которого удаляют участок кожи, равный по форме и величине отслоенному лоскуту у корня носа;

• одномоментно формируют все отделы носа. Питающую ножку стебля отсекают от руки на 21-й день после предыдущего этапа и стебель приподнимают кверху. Иссекают рубцы на задней поверхности стебля и по линии приживления его к краям кожи в области корня носа. Стебель распластывают в полосу кожи. Раневая поверхность его приобретает бороздчатый вид. На гребне каждого возвышения между бороздами имеется плотный бессосудистый рубец, под которым находится слой неизмененной подкожной жировой клетчатки. После иссечения этой клетчатки раневая поверхность распластанного стебля покрыта тонким слоем клетчатки с множественными кровоточащими точками и ясно видимыми извитыми сосудами. Эту полосу кожи перегибают поперек на уровне расположения крыльев и кончика носа. По краям кожи дефекта носа и на верхней губе производят разрезы по линиям расположения оснований боковых стенок, крыльев и перегородки носа. Для перегородки носа на верхней губе делают углообразный разрез вершиной угла книзу; очерченный участок кожи приподнимают кверху. Взявшись пальцами обеих рук за концы линии перегиба дублированной площадки, сгибают ее продольно, придавая ей аркообразную форму. При этом на задней поверхности дублированной площадки появляется продольная складка кожи и отчетливо вырисовываются контуры крыльев кончика и перегородки носа. Из кожной складки на задней поверхности площадки формируют перегородку носа. Дублированную площадку кожи спускают к краям разрезов для оснований боковых стенок, крыльев и кожной перегородки носа. Затем края кожи дублированной площадки сшивают с краями разрезов кожи, произведенных для оснований крыльев и боковых стенок носа, после чего формируют кожную перегородку носа.

Эту манипуляцию обязательно начинают с того, что кожную складку, образующуюся на внутренней поверхности дублированной площадки, захватывают хирургическим пинцетом на том уровне, где кожная перегородка переходит в кончик носа (и на глубине 1,5-2 см), после чего подтягивают ее кпереди и кверху. При этом отчетливо видны кончик и крылья носа с тонким и симметричным переходом кончика в перегородку носа. Удерживая пинцетом складку кожи, накладывают матрацные, петлеобразные швы-держалки у самых кончиков пинцета, направляя выкол сквозь наружную кожную поверхность площадки к средней линии на том же уровне. Таким образом накладывают по одному шву с правой и левой стороны от захваченной пинцетом складки кожи. Затем нижний свободно свисающий конец складки вытягивают пинцетом кпереди к краям раневой поверхности намеченного основания для кожной перегородки на верхней губе. Ассистент натягивает формируемый нос за наложенные швы-держалки во время всех последующих манипуляций создания перегородки носа. Если эта складка не вытягивается, то следует сделать поперечный разрез всей толщи складки, начиная снизу и до точек наложенных петлеобразных швов-держалок.

Конец кожной перегородки подшивают к краям намеченного для нее основания на верхней губе в следующем порядке. По средней линии выведенной кпереди складки кожи выполняют разрез до уровня необходимой высоты кожной перегородки. Первый шов накладывают на края кожи перегородки от конца произведенного разреза к краям кожи углообразной раневой поверхности на верхней губе. Избытки длины кожной перегородки поочередно иссекают и накладывают швы у концов этих разрезов с краями кожи на губе у концов углообразного лоскута, выкроенного на верхней губе, и края кожи перегородки сшивают с краями этого углообразного лоскута. Избыток кожной складки на верхней поверхности площадки отсекают. Возникающую в дальнейшем разницу в окраске пересаженного филатовского стебля устраняют диэпидермизацией .

**Литература**

1. Боровский Е. В.., Терапевтическая стоматология. - М.:ООО "Медицинское информационное агентство", 2006.

. Бажанов Н. Н. Стоматология. М. - Медицина, 199

. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. М. - Медицина, 1990

. Максимовский Ю.В. Терапевтическая стоматология. - М.: Медицина, 2003.

.Николаев А.И. Цепов Л.М.Практическая терапевтическая стоматология. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. 6.Современная стоматология. - 2006. - №2. - С. 19-20.

.Терехова Т.Н., Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний: Учеб. пособие для студентов высших учебных заведений по специальности «Стоматология». - Мн., Беларусь, 2004.-256 с.

. А. Г. Шаргородский «Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи». Москва ГЭОТАР-МЕД 2002г.

9. Заусаев В. И., Наумов П. B. Новоселов Р. Д. и др. Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 1981. - 544 с.

. Стоматология. Руководство к практическим занятиям. Боровский Е. В., Копейкин В. Н., Колесов А. А., Шаргородский А. Г.; Под ред. проф. Е. В. Боровского. - М.: Медицина, 1987. - 528 с.

. Хирургическая стоматология./ Под ред. В. А. Дунаевского. - М.: Медицина, 1979. - 472 с.

. Хирургическая стоматология: Учебник (издание второе, переработанное и дополненное)/Под ред. П. Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1996. - 688 с.

. Шаргородский А. Г. Руководство к практическим занятиям. - М/. Медицина, 1976, - 248 с.