

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

“31” серпня 2022 р.
протокол № 1

завідувач кафедрою

професор  В.О.Маланчук

Навчальний предмет «Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія»

**Вибіркова дисципліна «Оперативні доступи в щелепно-лицевій хірургії,
регенерація м'яких тканин, естетика обличчя»**

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ЗІ СТУДЕНТАМИ IV КУРСУ
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ**

Тема №8: Лікування вікових змін шкіри обличчя, шії, декольте.

Кількість годин – 3 години.

Укладач: проф. Астапенко О.О.

Київ, 2022

I. Актуальність теми: з розвитком суспільства і загального благоустрою людини все більше розпочалося бажання виглядати гарно та молодо. Частка людей старших 60 років становить 24%, що є рекордним значенням в історії цивілізації. З вимогами до молодшого вигляду обличчя розпочався розвиток естетичної хірургії. На даному етапі розвитку цивілізації – найдосконаліший метод боротьби зі старістю.

II. Навчальні цілі заняття:

- Ознайомитися з основними омолоджуючими операціями
- Сформуванати уявлення про можливості естетичної хірургії
- Зрозуміти основні показання та протипоказання до естетичних операцій
- Розвинути фахове вміння оцінки обличчя пацієнта з естетичної точки зору
- Вивчити основні техніки проведення операцій

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі):

- Здобути турботливе ставлення до пацієнта та повагу до його особистості
- Виховати відчуття естетики в щелепно-лицевій ділянці
- Розуміння основних проявів старіння
- Набуття термінологічних знань, які зможуть краще пояснювати пацієнтам їхні вікові зміни
- Фахові компетентності

1. Студент повинен:

- назвати анатомо-фізіологічні особливості будови щелепових кісток та зубів.
- назвати іннервацію та кровопостачання твердих і м'яких тканин обличчя.

2. Студент повинен:

- зібрати анамнез та провести огляд хворого,
- скласти план обстеження пацієнта;
- скласти план додаткових методів дослідження.

3. Студент повинен

- визначати показання до основних типів омолоджувальних операцій,
- визначати загальні та місцеві протипоказання до основних типів омолоджувальних операцій

2. Загальні компетентності:

- здатність до клінічного мислення;
- знання та розуміння предметної області та професійної діяльності;
- здатність швидко приймати обґрунтовані рішення при наданні невідкладної допомоги;
- здатність застосовувати і оцінити якість проведення операції з омолодження обличчя

3. Методи навчання

- розповідь, пояснення, навчальна дискусія;
- ілюстрування, демонстрація, індивідуальне спостереження;
- індивідуальне опитування;
- вирішення типових ситуаційних задач;
- вирішення нетипових ситуаційних задач;
- професійний практичний тренінг;
- груповий метод по вирішенню завдання (робота в малих групах);

4. Методи контролю:

Експрес опитування, бесіда, частково прицільне опитування. Індивідуальне опитування.
Індивідуальні письмові завдання.
Тестування.

Рішення типових та нетипових задач. Індивідуальний контроль навичок та їх результатів.

5.Контрольні питання:

1. Основні показання до естетичних операцій
2. Гістологічна будова шкіри обличчя
3. Відносні та абсолютні протипоказання до естетичних операцій
4. Вікові зміни щелепно-лицевої ділянки
5. Основні види повідникового знеболення для шкіри щелепно-лицевої ділянки
6. Типи загального знеболення, основні препарати

IV.Зміст теми заняття:

Блефаропластика

Номенклатура

1. Дерматохалазія – термін, що позначає надлишок шкіри, причиною зазвичай є слабка кісткова основа, старіння, генетика і екзогенні впливи.
2. Блефарохалазія – запальний стан, що позначає надлишкову шкіру повік, причиною є ангіоедема, набряк периорбітальної клітковини.
3. Блефароптоз – опущення верхньої повіки. Виникає зазвичай вторинно через пошкодження апоневрозу м'яза підіймача верхньої повіки.
4. Псевдоптоз - опущення верхньої повіки, що не спричинене дисфункцією м'язів. Це просто надлишкова шкіра повіки, що надає їй вигляду блефароптозу.
5. Пропалс жирового прошарку повік – виникає через прослаблення септуму ока, але не розриві, розрив це грижа.
6. Гіпертрофічний orbicularis oculi – гіпертрофія тарзальної частини колового м'яза ока.

Операція починається з розмітки операційного поля



Маркування починається медіально від верхньої слізозової точки і закінчується медіально в одній зі зморшок. Верхній контур розрізу легше позначити зажавши пінцетом надлишок тканин, до того моменту, коли він почнуть вивертатися.



Відсепаровують шкірний клапоть ножицями. Гемостаз досягається електрокоагулятором. Гіпертрофований м'яз може бути усіченим, це оголить орбітальну перегородку (септум), якщо потрібно видалити жир під нею (фото).



Поперечний розріз перегородки звільнить жирову клітковину, яка видаляється ножицями та коагулюється. Зашивається рана лише після двостороннього виконання операції для симетричності результату. Шовний матеріал 6-0.

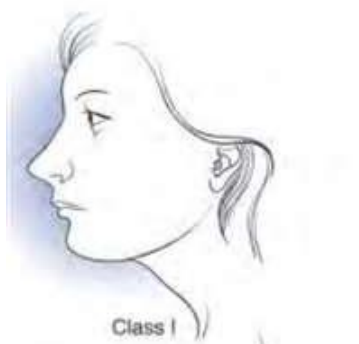
Демонстраційне відео: <https://webeye.ophth.uiowa.edu/eyeforum/video/plastics/1/upper-blepharoplasty.htm>

три

1.

2.

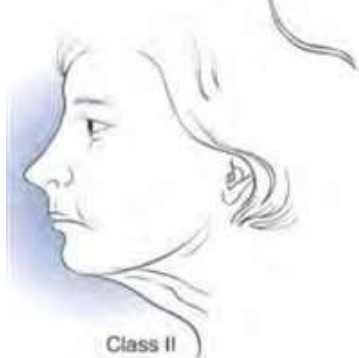
3.



Class I



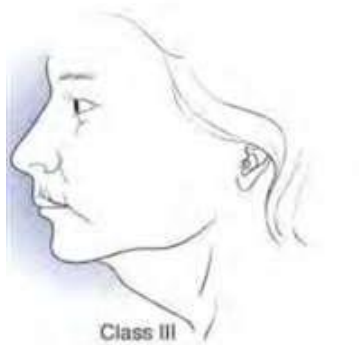
Class IV



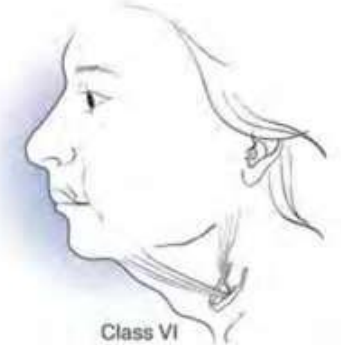
Class II



Class V



Class III



Class VI

Ритидектомія

Історично виділяють напрямки ритидектомії:
Видалення зайвої шкіри
Підшкірні процедури (відсепарування та натягування)
Маніпуляції з поверхневими м'язовоапоневротичними комплексами (SMAS – superficial musculoaponeurotic system manipulation). В 1974 Skoog описав методику, яка базується на даних анатомічних досліджень - переміщення шкіри і плятизми разом для омолодження шкіри.

Оцінка пацієнта – ідеальними кандидатами є люди віком 45-55 років, з добрим здоров'ям, нормальною вагою, глибоким шийнопідборідним кутом.
класів профілів лица за Дедо:
1. Нормальний - виразний шийно-підорідний кут, хороший м'язовий тонус, відсутність підборідного жиру.
2. Слабка шийна шкіра -

прихований кут через зменшення шірного нятягу і дряблості шкіри.

3. Акумуляція підшкірного жиру - вимагає підгірної ліпектомії
4. Провісання плятизми - вимагає кліпування, плікації та імбрікації м'яза.
5. Ретрогнатія - вимагається ортогнатична операція
6. Низька під'язикова кістка - низькі можливості операції

Поперхнева ритидектомія

Анестезія-седація - в'в фентаніл, мідазолам, пропофол, кетамін.

Місцева анестезія - 2% лідокаїн з адреналіном 1:100.000

Техніка гідропрепарування

Використання міксу 20 мл лідокаїну 2% та 180 мл фізрозчину.

Ін'єкція відбувається в 4х типових місцях - скроня, передвушна ділянка, соскоподібна ділянка, підборідна ділянка. (використовується спеціальний трокар)



Типовий розріз довкола вуха проводиться вниз до кореня завитки, вперед до ніжки завитки, повторюючи краї трагуса і виступати вперед над вирізкою трагуса (як на фото).

Такий розріз зберігає трагу від розриву та зумовлює естетичний шрам.

Розріз іде вниз до місця з'єднання з мочкою вуха, піднімається вгору по вушній раковині досягаючи рівня позаушної складки чи верхньої ніжки протизавитки.

Розріз рухається вниз і назад 4-5см для скальпування позадусоскоподібної ділянки.

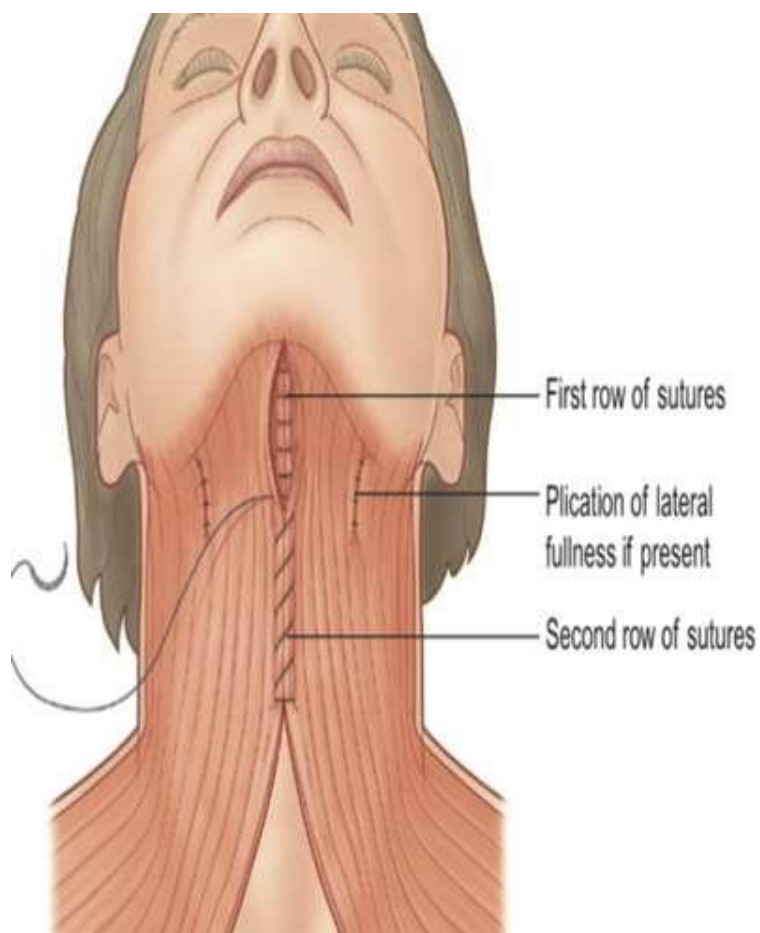
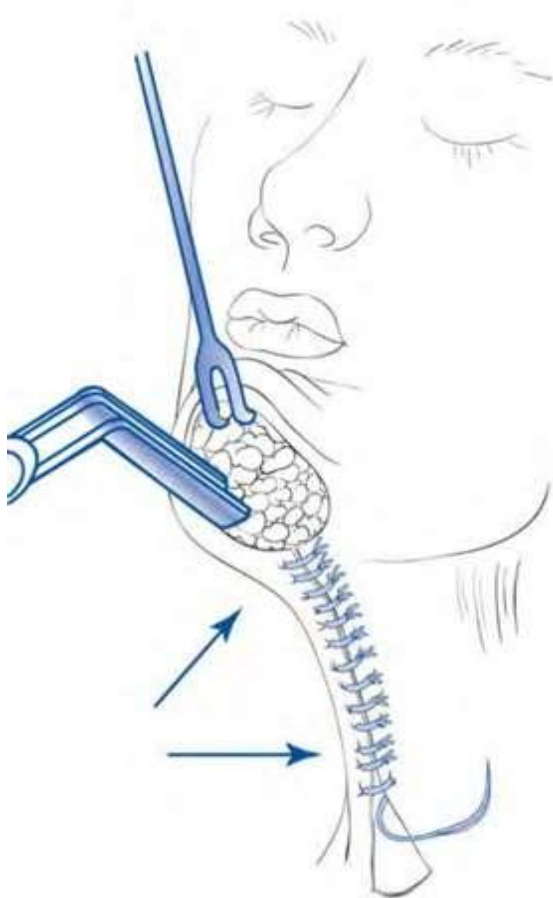


Розрізи шийної ділянки починаються з поперечного розрізу підборідної шкіри 2 см завдовжки.



За допомогою ендоскопічного інструментарію видаляється надлишковий жир (надмірне видалення призведе до деформації типу зміїної шиї) Далі,плікація платизми - платизма згортається в складку і зашивання 2-0 повільнорезорбтивною ниткою.

Утворення клаптів



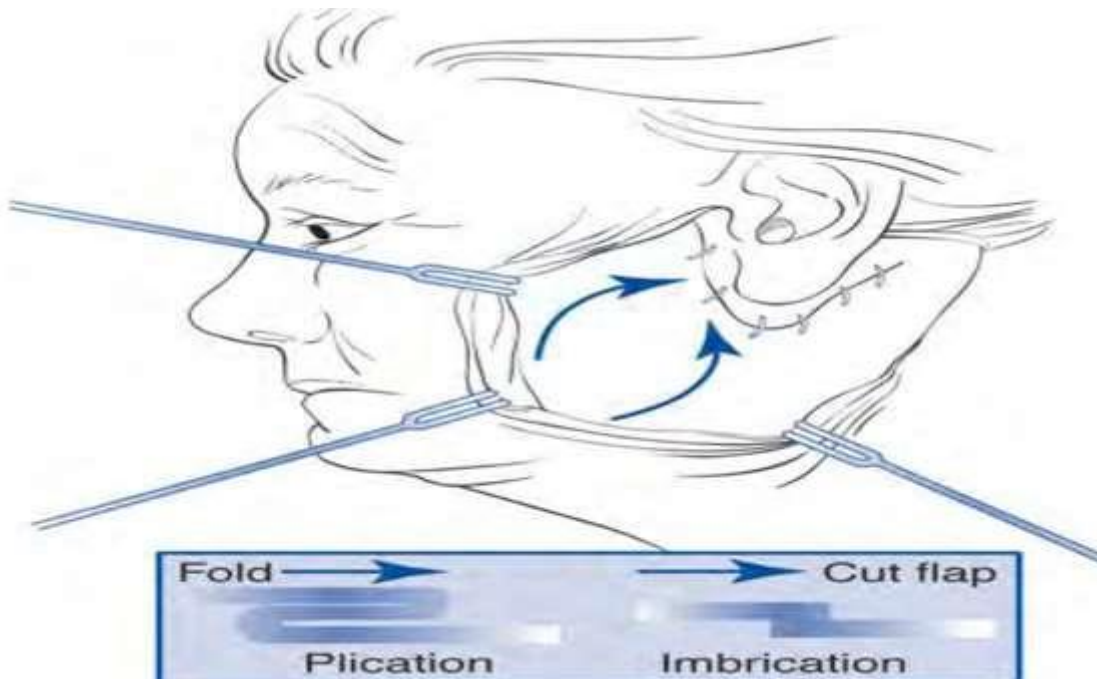
Довжина відсепарованих клаптів залежить від віку пацієнта та клінічної ситуації, у молодших пацієнтів це 4-5 см, у старших може доходити до 1 см до кутів рота. В скроневій ділянці розріз проводиться до глибокої скроневої фасції, що збереже цю ділянку від ішемічної шкоди і наступної можливої алопеції.

Використовуються затуплені ножиці для відсепарування клаптів та скальпель.



Використання затуплених ножиць для сепарації.

SMAS Процедури мають три техніки.
1. Плікація - техніка де SMAS згортається під себе до бажаної репозиції.
2. Імбрикація - техніка при якій SMAS надрізається або частина видаляється таким чином, що дистальний кінець накладатиметься на проксимальний.
3. комбінація двох попередніх.



Починається процедура з підтягування шкіри в скроневій ділянці. Зона розгладжування - латеральна частина брів, кута ока до скроні, тому підтягування не потрібне наприклад при 1 класі. Потім відділення тканин впереді вуха в підшкірному шарі. Тут повинен бути збережений тканинний міст(судинно-нервовий) для презервації лобової гілки лицевого нерва.



Далі проводяться диссекція на шії.

Надлишки SMAS вирізаються або плікуються, надлишки шкіри видаляються і проводиться натягування клаптів назад і догори до отримання естетичного вигляду обличчя.

Починається фіксація тканин в заушній ділянці. Далі тканини шії тягнуться максимально вгору до вуха і фіксуються кетгутом 5-0, вухо фіксується на місці глибокими швами вікрилом 5-0.

Скроневий розріз фіксується скобами.



Усладнення: 1.Гематома



2.Ураження лицевого нерву



3. Некроз шкіри - найтипівіше місце це передвушна ділянка



Ринопластика

Показання до ринопластики

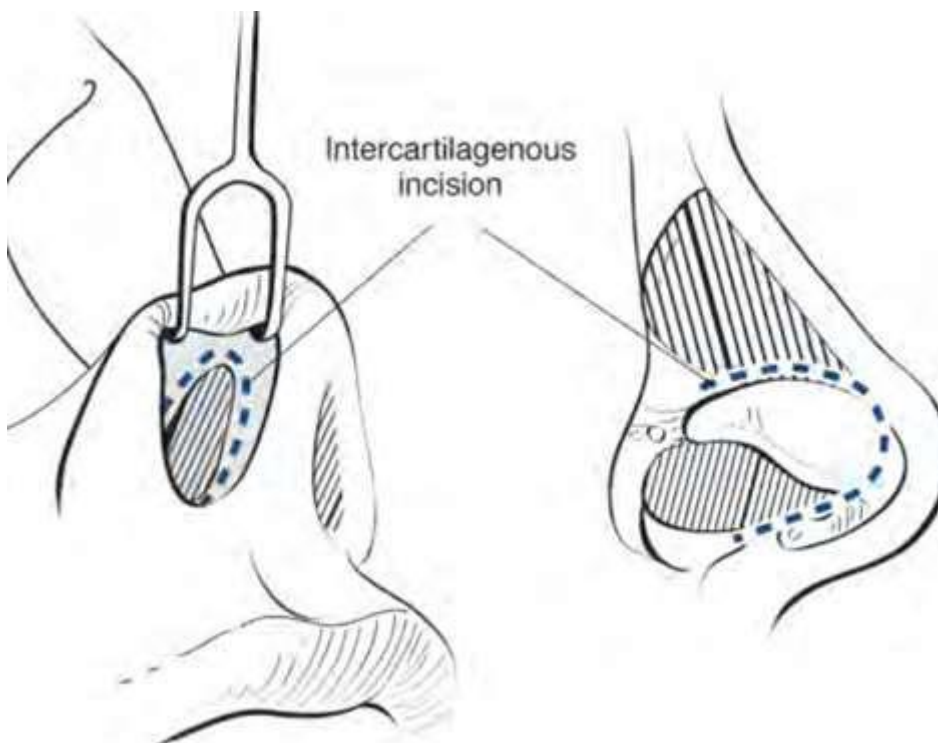
- Великий, довгий або широкий ніс.
- Сідлоподібна форма носа.
- «Горбинка» на носі.
- Кінчик носа потовщений, відвисає або занурюється.
- Асиметричні або широкі крила носа.
- Великі або розкльошені в сторони ніздрі.
- Вроджені або набуті (внаслідок травм) деформації носа.

Загальні протипоказання: онкологічні, серцево-судинні, гострі інфекційні захворювання, хронічна гіпертонія, захворювання щитовидної залози, цукровий діабет, порушення згортання крові.

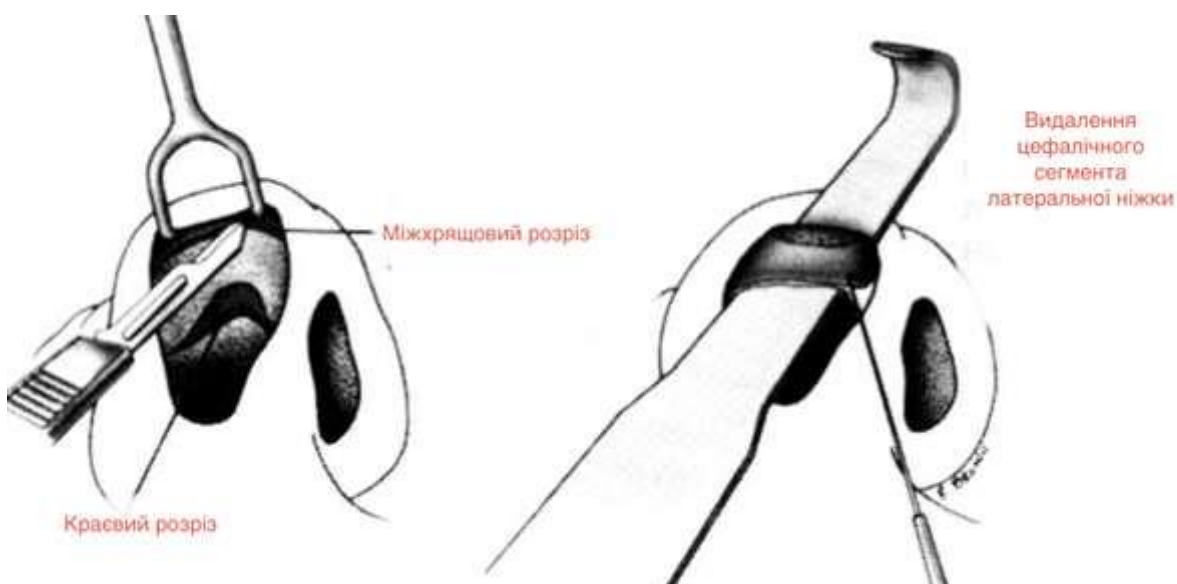
Хірургічні доступи

1. Доступ без оголення

Черезхрящовий найпростіший та найкращий. Такий доступ можливий у пацієнтів з незначним потовщенням кінчика носа.



2. Доступи з оголенням - якщо краї носа широко вигнуті, ніздрі розширені, трикутна форма носа незадовільна. Це ефективна техніка для звуження ніздрів

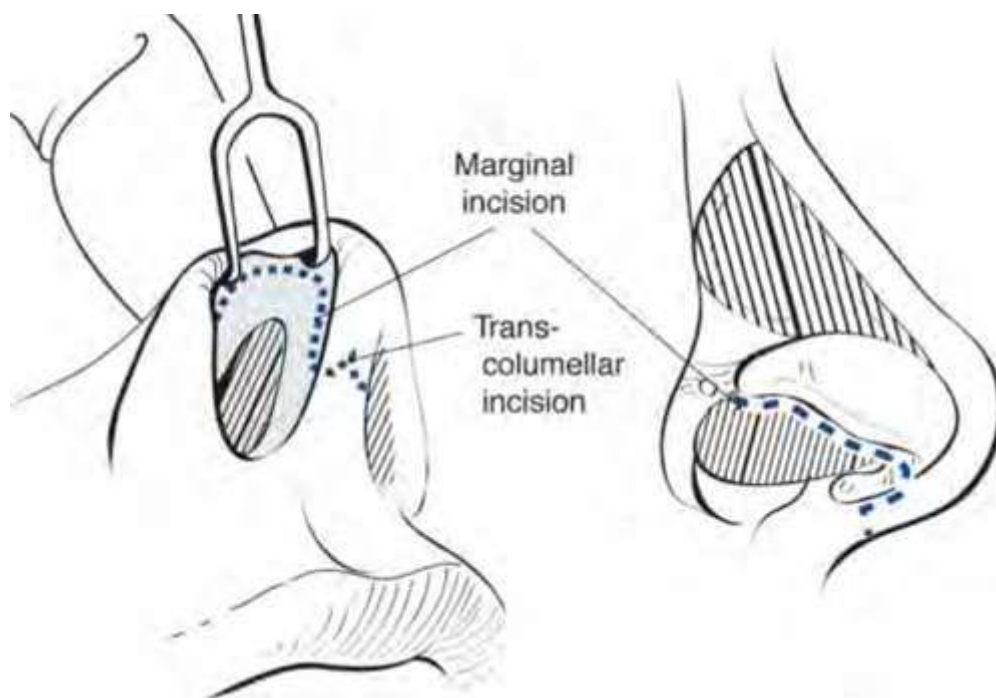


3. Зовнішній доступ до ринопластики потребує двустороннього краєвого розрізу щадного розрізом через колумелу в її середній частині.

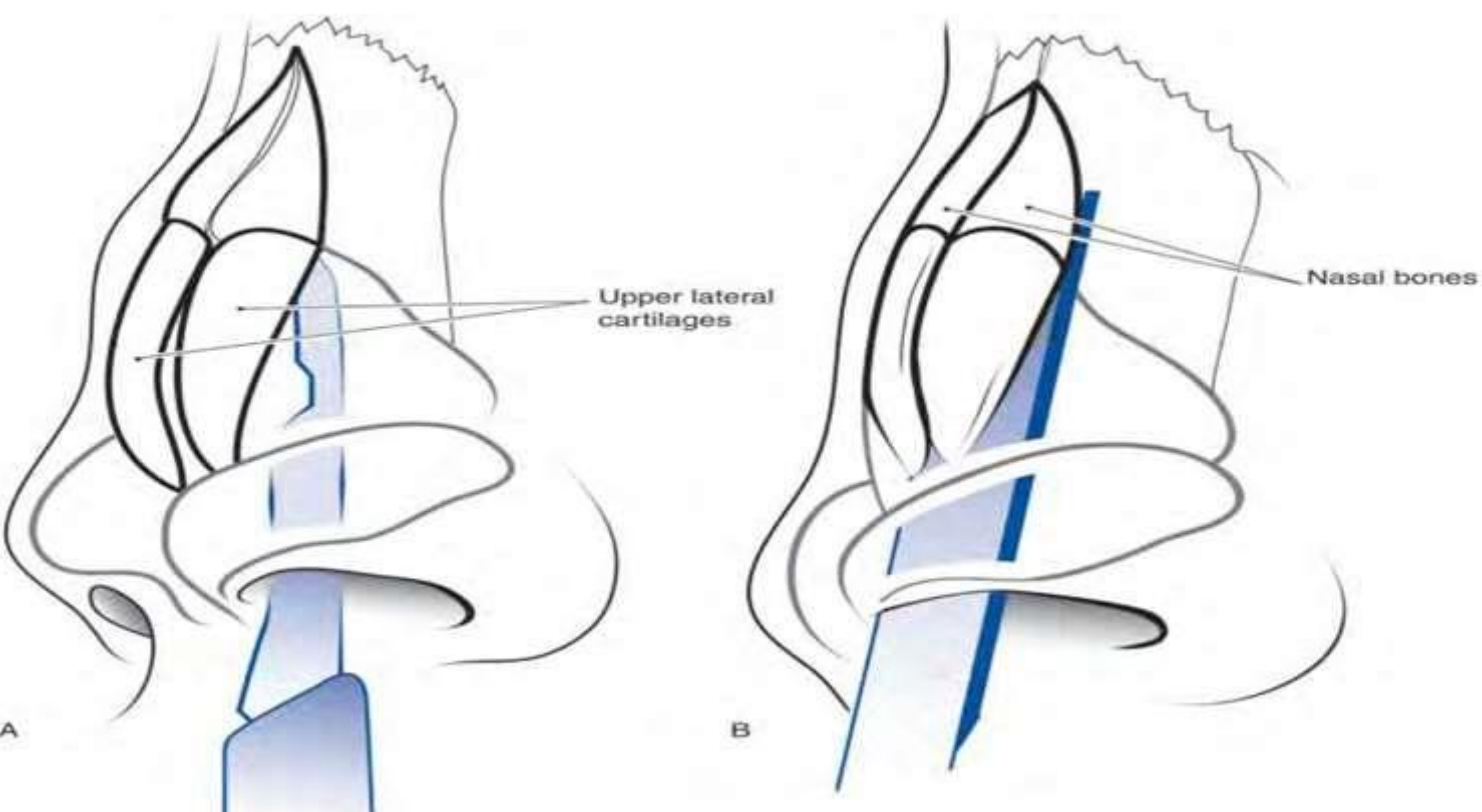
Найкращий доступ який може забезпечити прекрасний огляд носового скелету.

Недоліками є більш широка область препаровки з можливістю формування рубців, сильний і тривалий набряк, довша протяжність операції.

Показання - асиметрія кінчика носа, його значне потовщення, сильне чи недостатнє виступання, анатомічно складна форма, великі перфорації.



Редукція спинки носа



А використання скальпедя для доступу та видалення м'якої частини горбика
 В використання остеотома Rubin для видалення кісткової основи.



Дермабразія і хімічний пілінг Дермабразія - це механічний метод 'холодної сталі', полягає у видаленні епідерміса до сосочкового шару дерми. Наступне утворення нового колагену, нового шару дерми з сосочкового який не так піддатний до дії сонячного світла прекрасно задовільняє естетику.

Показання

Найчастішим показанням є лікування рубців після акне, зморшок, передзлості сонячній кератозів, ринофіми, травматичних і хірургічних рубців, татуювань.



Ринофіма до та після

Процедура шліфування

Після охолодження шкіри спреєм, процедура починається з областей які можна обробити за 10с або прощеною 6см². Тиск на інструмент повинен надаватися тільки по ходу ручки, перпендикулярно осі обертання, поступальні і циркулярні рухи спричинять виїмки в шкірі.

Видалення шкірного пігменту означає проходження до базального шару. При просуванні в сосочковий шар просвітлюються і розриваються маленькі капілярні петлі. Для зупинки кровотечі краще використовувати рушники з бавовни а не марлю, так як марля замотується в інструмент. Легше всього починати дермабразію біля носа і просуватися далі.

Хімічний пілінг - нанесення хімічного засобу який видаляє поверхневі пошкодження і покращує структуру шкіри шляхом руйнування епідерміса і дерми.

Легкий поверхневий пілінг - стимуляція росту епідерміса шляхом видалення рогового шару. Для подальшого руйнування і винекнення запалення і сосочковому шарі використовують пілінг середньої глибини.

Речовини, що використовуються для пілінгу

Речовина	Концентрація	Механізм дії
Трихлороцтова к.	10-25%	Осадження білка
Р-н JESSNER	Офіційна	Кератоліз
Гліколева кислота	40-70%	Осадження білка, епідермоліз

Саліцилова кислота	5-15%	Кератоліз
--------------------	-------	-----------

Тестові завдання

- Вкажіть новий метод пластики який використовується при ретидектомії?
 - smas- пластика
 - Ринопластика
 - операція переміщення шкіри, видалення надлишків
 - Операція Шорхера
- Пацієнт Г.В. 45 років звернувся зі скаргами на втомлений вигляд очей, шкіра над верхньою повікою потовщена у вигляді валика, функція м'яза підіймача повіки не порушена, вкажіть патологічний стан
 - Псевдоптоз
 - Пропалс жирового прошарку повік
 - Блефароптоз
 - Блефарохлазія
- Вкажіть значення терміну ринофіма
 - запальне захворювання шкіри носа, що характеризується фіброзним розростанням усіх елементів шкіри - сполучної тканини, кровоносних судин, сальних залоз
 - зниження пружності м'яких тканин обличчя
 - хронічне запалення сальних залоз
 - рубцеві деформації тканин носа
- Вкажіть причину прорізування швів на носовій ділянці?
 - велика кількість сальних залоз
 - розвинений підшкірно-жировий прошарок
 - використання синтетичних шовних матеріалів
 - наявність мімічної мускулатури
- При виконанні smas- пластики був пошкоджений нервовий пучок, у хворого розвинулася асиметрія обличчя, має вигляд оскалених зубів, який нерв ушкоджено?
 - крайова гілка лицевого нерва
 - передній вушний нерв
 - скронева гілка лицевого нерва
 - підчонаюмковий нерв
- При огляді пацієнта спостерігається згладженість підборіддя, верхня губа набагато коротше, при посмішці вона візуально «натягується», підборідкова складка яскраво виражена, створюється відчуття напруженості, нижня щелепа відхилена дозад, яка операція показана для пацієнта?
 - ортогнатична операція на нижній щелепі
 - дермабразія
 - контурна пластика обличчя силіконовими імплантатами
 - не потребує оперативного втручання
- У пацієнта Ф. Віком 50 років помірно розвинена підшкірна жирова клітковина, відвисла шкіра на шиї, шийно-підборідний кут добре виражений, гострих інфекційних захворювань не виявлено, укажіть клас по Дедо?
 - перший клас
 - другий клас
 - п'ятий клас
 - третій клас

8. Після проведення операції з переміщення поверхневого м'язово-апоневротичного клаптя у пацієнта розвинулися постопераційні ускладнення. укажіть найтиповіші?

- А) травма лицевого нерву, гематома, некроз
- Б) незадоволеність отриманим результатом
- В) інфекування пацієнта
- Г) флегмона оперованих ділянок

9. Жінка, 43 роки звернулася за консультацією до пластичного хірурга з метою проведення операції по позбавленню зморшок, вкажіть протипоказання до операції?

- А) хронічна серцева недостатність у фазі загострення
- Б) куріння
- В) дистальний прикус
- Г) холелітіаз

10. При проведенні дермабразії хірург проводить деепітеалізацію, вкажіть сенс даної процедури?

- А) видалення неестетичного епідермісу і подальше відновлення нового з росткових шарів дерми
- Б) видалення епідермісу задля утворення гладеньких рубців
- В) підготовка ложа для трансплантації донорської шкіри
- Г) Поголення дермальних капілярів для утворення грануляційної тканини

Оцінювання студентів на практичному занятті

Оцінювання за наступними критеріями:

1. Оцінювання результату вирішення тестових завдань.
2. Оцінювання вирішення ситуаційної задачі.
3. Оцінювання демонстрації практичної навички або вміння.
4. Оцінювання роботи з фантомом.
5. Оцінювання усної відповіді студента.
6. Оцінювання активності студента.

Критерії оцінки «відмінно»

оцінювання роботи з пацієнтами	оцінювання вирішення клінічної ситуаційної задачі	оцінювання вирішення тестових завдань	оцінювання демонстрації практичної навички чи вміння	оцінювання усної відповіді
Студент глибоко і досконало володіє методикою обстеження пацієнтів з вікових змін шкіри обличчя	Точно сформульований та обґрунтований клінічний діагноз	Відсоток правильних відповідей становить 91-100%	Студент виконє практичні навички різного ступеню складності	Студент твердо засвоїв матеріал, послідовно грамотно його викладає

Список літератури для вивчення теми

1. В.О. Маланчук Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія том 2, С. 485-499
2. Peterson`s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, section 8
3. Facial plastic and reconstructive surgery, edited by Ira D. Papel ст 155-385, 391 - 507
4. Атлас пластической хирургии лица и шеи под редакцией профессора Ф.М. Хитрова
5. Бернадский Ю.Й. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.