

## **Случай пластики огнестрельного ранения челюстно-лицевой области сложными кожно-мышечно-костными лоскутами**

*Петренко В.А., Голубков Н.А.*

Лечение пострадавших с тяжелой травмой челюстно-лицевой области с образованием дефектов мягких и костных тканей представляет сложную задачу. Обширные дефекты мягких тканей головы и шеи, сопровождающиеся функциональными и анатомическими нарушениями, вызывают тяжелые психические и физические страдания, связанные с нарушениями речи, присма пищи, трудностью общения с окружающими.

Известны способы костной пластики челюстей с использованием в качестве донорской ткани ребра, гребня подвздошной кости, большеберцовой и малоберцовой костей. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в свободной пересадке аутокости, отмечается значительное количество осложнений, таких как: отторжение, некроз, переломы и рассасывание аутоотрансплантата (Неробеев А.И., 1988). Применение новых методов костной пластики с сохранением кровообращения костных трансплантатов, использованием лоскутов на питающей ножке позволило улучшить результаты лечения дефектов костных и мягких тканей челюстно-лицевой области, повысить жизнеспособность и устойчивость к инфекции пересаженных трансплантатов (Плотников Н.А., 1979). Учитывая, что в настоящее время опыт таких оперативных вмешательств незначителен, считаем, что наше наблюдение представляет определенный интерес для челюстно-лицевых хирургов.

Больной Ц., 29 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии 30.03.94. С жалобами на наличие деформации лица, нарушении прикуса, невозможность пережевывания пищи, наличие сквозного дефекта и раны в левой подчелюстной области, вытекания из нее содержимого полости рта наружу. В октябре 1992 года больной получил проникающее пулевое ранение в область тела нижней челюсти слева, после которого была проведена свободная аутопластика гребнем подвздошной кости и фиксация мини-пластиной. Возникло отторжение и некроз аутоотрансплантата. Обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии ЦГБ №23 30 марта 1994 года, госпитализирован. 31.03.94. произведена операция – некрэктомия, удаление фиксирующей конструкции. Во время операции было ушито сообщение раны с полостью рта со стороны

слизистой оболочки. После операции остался тотальный дефект тела нижней челюсти длиной 12 см от ветви нижней челюсти до подбородочного отдела на уровне 32 зуба. После исчезновения воспалительных явлений и заживления раны 08.06.94. произведен следующий этап оперативного вмешательства: иссечение рубцовых изменений, разведение фрагментов нижней челюсти, остеосинтез индивидуально изготовленной титановой пластины с фиксацией винтами, установлен прикус. Одномоментно произведено замещение дефекта мягких тканей подчелюстной области и дна полости рта кожно-мышечным лоскутом переднебоковой поверхности шеи на питающей ножке. Послеоперационный период протекал без осложнений, был выписан в удовлетворительном состоянии по месту жительства. 01.11.94. был госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие свищевого хода в подбородочной области по линии послеоперационного рубца. 02.11.94. произведена операция: некрэктомия, иссечение свищевого хода. Во время операции обнаружен участок резорбции костной ткани в подбородочной области в месте прикрепления одного из четырех фиксирующих титановую пластину винтов. Фиксирующий винт и грануляции удалены. Рана зажила первичным натяжением без признаков воспаления.

После проведенной общеукрепляющей и иммунотерапии был выполнен следующий этап оперативного вмешательства. 24.11.94. произведена операция: костная аутопластика нижней челюсти гребнем лопатки на мышечном лоскуте широчайшей мышцы спины. Забор трансплантата произведен после разреза мягких тканей в проекции акромиально-лопаточной линии длиной 20 см. Выкроен и мобилизован лоскут широчайшей мышцы спины размером 12 / 5 см в едином блоке с гребнем лопаточной кости. Гребень лопатки размером 12 / 2 / 1,5 см отсечен у основания на всем протяжении с помощью циркулярной пилы. Через сформированный туннель, в мышцах боковой поверхности шеи, трансплантат подведен к сформированному ложу в подчелюстной области и фиксирован к краям фрагментов нижней челюсти и титановой пластине двумя костными швами. Фиксация стабильная. Гемостаз. Раны в подчелюстной и лопаточной областях ушиты послойно. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

19.12.95. произведено оперативное вмешательство для удаления фиксирующей конструкции, удалены костные швы и титановая

пластина из двух разрезов мягких тканей подподбородочной и подчелюстной областей. Отмечено полное сращение трансплантата с фрагментами нижней челюсти, без признаков деструкции. Через 8 месяцев пациент вновь поступил в клинику. Произведена операция: коррекция послеоперационных рубцовых изменений и отсечение питающей мышечной ножки. К моменту данного оперативного вмешательства у пациента отмечено восстановление движений нижней челюсти в полном объеме, актов жевания и речи.

Произведенная аутопластика дефекта нижней челюсти сложным кожно-мышечно-костным лоскутом на питающей ножке позволила в данном случае не только сохранить целостность нижней челюсти, но и восстановить такие важные функции, как жевание и речь, перенести достаточное количество донорской кости для пластики обширного дефекта нижней челюсти. Неудачные оперативные вмешательства свободной аутопластики, проведенные больному ранее, позволили считать, что в данной ситуации примененный вариант операции явился единственным методом возможной помощи больному.

#### Литература

1. Неробеев А.Н. Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализированными лоскутами. — М.: Медицина, 1988. — 272 с.
2. Плотников Н.А. Костная пластика нижней челюсти. — М.: Медицина, 1979. — 270 с.

