

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ РИНОПЛАСТИКИ АНГІОСОМНИМИ КЛАПТЯМИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Робота є фрагментом комплексної НДР ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» «Оптимізація консервативного та хірургічного лікування хворих, що мають дефекти та деформації тканин щелепно-лицевої ділянки», номер держ.реєстрації 0107U001657.

Вступ. Усунення тотальних і субтотальних дефектів зовнішнього носа є актуальним і складним завданням для сучасної щелепно-лицевої та пластичної хірургії [1, 3]. Шкірно-фасціальні клапті з шкіри лоба, щік, скроневої і підчочномкової ділянок, що формуються на широкій живлячій ніжці, відносяться до добре вивчених видів клаптів, вживаних для ринопластики [2, 4, 7].

Проте, до теперішнього часу не існує уніфікованого підходу до ділянки лоба, як до донорської зони ангіосомних клаптів [2, 5]. Недостатніми також являються морфологічні характеристики ангіоархітектоніки основних живлячих кровеносних судин цього регіону [6, 7].

Топографоанатомічні дослідження переслідували мету дати морфологічну характеристику ангіоархітектоніки основних живлячих судин шкіри лоба, їх просторовий взаємозв'язок, а також відпрацювати оптимальну методику мобілізації і підйому клаптів з включенням вісьових живлячих судин.

Об'єкт і методи дослідження. Морфологічні дослідження були проведені на 26 нефіксованих трупах дорослих людей різної статі і віку. Використовувалися методи пошарової анатомічного препарування, ін'єкції кровеносних судин тушшою із желатиною з наступним препаруванням та підйомом ангіосомних клаптів, контрастна ангиографія, наливка артеріального русла пластмасою, що полімеризується, з наступною фізичною, хімічною і біологічною корозією.

У клінічному розділі дослідження об'єктами спостереження були 18 пацієнтів з тотальними і субтотальними дефектами зовнішнього носа, яким були виконана ринопластика ангіосомними клаптями з ділянки лоба.

Післяопераційний моніторинг здійснювався з використанням реоплатизмографії і тепловізорних проб.

Результати досліджень і їх обговорення. Найбільш об'єктивну характеристику просторової будови судин регіону, що вивчається, ми отримали на анатомічних корозійних препаратах.

В ході морфологічних досліджень встановлено, що кінцеві гілки поверхневої скроневої артерії: лобова гілка, надблокова і надчочномкова артерії надійно живлять шкіру ділянки лоба, як за рахунок вісьових стоволів, так і за наявності великої мережі артеріо-артеріальних анастомозів, що дозволяє мобілізувати

шкірно-фасціальні клапті з ділянки лоба з надійним їх кровопостачанням і використовувати для пластики дефектів зовнішнього носа.

Для усунення тотальних дефектів хрящової частини носа, в комбінації з дефектами шкіри, нами був використаний скальпований клапоть з шкіри ділянки лоба з урахуванням збереження основних живлячих судин.

Орієнтиром для вибору місця проведення розрізу послужила поверхнева скронева артерія, яка визначалася пальпаторно при пульсації. Для заміщення дефектів хрящового відділу носа (крила, кінчик, перегорodka) потрібний відносно невеликий клапоть з ділянки лоба, медіальна межа якого повинна проходити, як правило, на 1-1.5 см всередину від середньозіничної лінії. Верхні відділи внутрішнього вистилання носа формують з частини спинки носа, що залишилася, перевертаючи її на 180 градусів, зберігаючи при цьому вісьову живлячу ніжку. Нижні відділи внутрішнього вистилання носа створюють за загальноприйнятою методикою, підвертаючи краї ангіосомного клаптя.

Показання до такої операції залежать від стану навколишніх тканин і причини, що викликала утворення дефекту. У тих випадках, коли дефекти носа виникають після видалення з приводу злоякісних новоутворень, реконструктивну операцію відкладають на 1-1,5 року, щоб мати можливість спостерігати за раневою поверхнею і своєчасно виявити спонтанне продовження зростання пухлини.

Хворим, яким була проведена дистанційна променева терапія, недоцільно використовувати місцеві тканини, що оточують грушовидний отвір, для внутрішнього вистилання носа. Краще ці клапті сформувати в ділянці лоба. Шкірний клапоть, призначений для створення зовнішньої частини носа, викроюють в бічних відділах ділянки лоба в межах вказаних вище орієнтирів. Медіальний край клаптя є в цьому випадку одночасно зовнішньою межею іншого шкірного клаптя, який викроюють у вигляді літери «П» на гілках надчочномкових судин і перевертають вниз на 180 градусів для створення внутрішнього вистилання носа. При зміщенні цього шкірного клаптя на дефект, нижній край його повинен розташовуватися в проекції середини нижнього носового ходу. Обидва шкірні клапті після їх переміщення мають незалежний вісьовий кровообіг, тому добре зростаються один з одним навіть при розвитку постпроменевих дегенеративних процесів.

При необхідності видалення зовнішнього носа при поширеній формі базаліоми пластичну операцію можна проводити одночасно з онкологічною, якщо хірург упевнений в необхідності радикального видалення новоутворення.

Морфологічні характеристики ангіоархітекtonіки живлячих судин шкіри лоба отримані в результаті топографоанатомічних досліджень дозволили відпрацювати оптимальну методику викроювання шкірно-фасціального клаптя з ділянки лоба з надійним кровопостачанням.

У запропонованих раніше модифікаціях викроювання клаптів з ділянки лоба не враховувалися особливості ангіоархітекtonіки цього регіону.

Висновок. Переваги пластики носа ангіосомними клаптями з ділянки лоба полягають в швидкому

усуненні дефекту з хорошим косметичним і функціональним ефектом, за допомогою клаптів з вісьовим кровообігом вдається сформувати ніс у хворих з різко порушеними умовами мікроциркуляції в зоні дефекту, яким реконструктивно-відновлювальні операції раніше вважалися недоцільними.

В подальших дослідженнях планується надати клініко-морфологічне обґрунтування використанню ангіосомних клаптів голови для проведення реконструктивної отопластики.

Список літератури

1. Андреищев А. Р. Сочетанные зубо-челюстно-лицевые деформации и их диагностика : Руководство для врачей / Андреищев А. Р. – М. : ГОЭТАР – Медиа, 2008. – 224 с.
2. Бернадский Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Бернадский Ю. И. – М. : Медицина, 1999. – 444 с.
3. Вавилов В. Н. Частота и причины осложненных у больных при ликвидации обширных изъянов на голове и шее лоскутами с осевым кровоснабжением / В. Н. Вавилов, Ч. Ю. Баскаев, Н. В. Калакуцкий // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2005. – № 3. – С. 46–47.
4. Возможности профилактики тромботических осложнений при микрохирургической аутоотрансплантации тканевых комплексов / А. С. Зеянин, А. В. Вабищевич, А. Л. Николаев [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2002. – № 4. – С. 53–54.
5. Вербо Е. В. Реконструкция лица ревааскуляризованными аутоотрансплантатами / Е. В. Вербо, А. И. Неробеев. – М.: Медицина, 2006. – 206 с.
6. Пластическая реконструктивная хирургия лица / [под ред. А. Д. Пейпла]. – М. : Бином. Лаборатория знаний, 2007. – 391 с.
7. Hou K. Therapeutic embolization of cavernous sinus dural arteriovenous fistulas via transvenous approach / K. Hou, Q. Luo, Q. Chen, H. Wang, Y. Luo, C. Wang // Chin Med J. (Engl). – 2003. – V. 116, № 5. – P. 661–664.

УДК 616-089.944-545

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ РИНОПЛАСТИКИ АНГІОСОМНИМИ КЛАПТЯМИ **Аветіков Д.С., Соколов В.М.**

Резюме. Ринопластика ангіосомними клаптями з шкіри лоба із включенням поверхневої скроневої, надблокової та надочної артерій, методика якої представлена авторами, дозволяє за один етап операції усунути складні дефекти зовнішнього носа. При цьому за допомогою клаптів з осьовим кровообігом вдається сформувати ніс навіть у тому випадку, якщо в хворого різко порушені умови мікроциркуляції, у тому числі на фоні онкологічних захворювань. Функціональний та косметичний результат цих операцій задовільний.

Ключові слова: ділянка лоба, ринопластика, ангіосомний клапоть, мікроциркуляція.

УДК 616-089.944-545

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ РИНОПЛАСТИКИ АНГИОСОМНЫМИ ЛОСКУТАМИ **Аветиков Д.С., Соколов В.Н.**

Резюме. Ринопластика ангіосомними лоскутами из кожи лба с включением поверхностной височной, надблоковой и надглазной артерий, методика которой представлена авторами, позволяет за один этап операции устранить сложные дефекты наружного носа. При этом с помощью лоскутов с осевым кровообращением удается сформировать нос даже в том случае, если у больного резко нарушены условия микроциркуляции, в том числе на фоне онкологических заболеваний. Функциональный и косметический результат этих операций удовлетворительный.

Ключевые слова: область лба, ринопластика, ангіосомный лоскут, мікроциркуляція.

UDC 616-089.944-545

Features Of Realization Of Reconstruction Rinoplasty Of Angiosome Flap **Avetikov D.S., Sokolov V. N.**

Summary. Rinmann by angiosome flaps from the skin of forehead with including superficial temporal, supratrochlear arteries, the methods of which are presented by authors, allows for one stage operations to remove the difficult defects of outward nose. Thus by means of shreds with axial circulation of blood it is succeeded to form a nose even in case that for a patient the terms of mikrocirculation are sharply broken, including on a background oncologic diseases. The functional and cosmetic result of these operations is satisfactory.

Key words: area of forehead, rinoplasty, angiosome shred, mikrocirculation.

Стаття надійшла 8.05.2012 р.

Рецензент – проф. Ткаченко П.І.