

УДК: 616-089.844

Д.С. Лавришук
ВДНЗ України «Крайнька медична стоматологічна академія», м. Поділля

ТОПОГРАФОАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПІДЙОМУ ТА МОБІЛІЗАЦІЇ КЛАПТІВ ТА АУТОТРАНСПЛАНТАТІВ У ПІДБОРІДНІЙ ДІЛЯНЦІ

Заміщення дефектів і деформація тканин підборідної для досягнення оптимального функціонального і косметичного результату доцільно проводити шляхом підйому, відшарування і мобілізації поряд розташованих тканин. При підйомі і мобілізації клаптів і аутоотрансплантатів, розташованих в цій ділянці, необхідно враховувати топографію структур м'яких тканин цього регіону і їх залежність від форми голови, віку і статі. Завдяки своїй гістотопографічній будові шари підборідної ділянки можна розглядати як оболонки, що ковзають фасціального типу. Це потрібно враховувати при підйомі, відшаруванні і мобілізації шкірних і шкіряно-жирових клаптів і аутоотрансплантатів в цьому регіоні.

Ключові слова: підборідна ділянка, ангіосомний клапоть, аутоотрансплантат.

Робота є фрагментом загально кафедральної теми: «Морфологія судинно-нервових взаємовідношень органів голови та шиї людини в нормі та під дією зовнішніх чинників у віковому аспекті», що виконується на кафедрі оперативної хірургії та топографічної анатомії, номер держреєстрації 0107U001657.

Заміщення дефектів та деформацій тканин щелепно-лицевої ділянки для досягнення оптимального не лише функціонального, а і косметичного результатів доцільно проводити шляхом підйому та мобілізації поряд розташованих тканин [2, 4, 9]. Але у літературі зустрічаються лише одиничні публікації, присвячені обґрунтуванню методів пластики, при яких підшкірно-жирова клітковина, поверхнева фасція у щелепно-лицевій ділянці відшаровуються на обмеженій ділянці, або повністю зберігаються інтактними [1, 3, 6]. При цьому другим етапом проводиться максимальний зсув всього опорного сполучнотканинного комплексу при збереженні його структурних зв'язків з дермою і власною фасцією регіону [5, 8].

Перспективною ділянкою для виконання пластики місцевими тканинами з одночасним підйомом, відшаруванням та мобілізацією шкірних та шкіряно-жирових клаптів є підборідна ділянка [7].

Метою роботи було вивчення регіонарних особливостей будови м'яких тканин виличної та скроневої ділянок для оптимізації методик підйому та мобілізації шкіряно-жирових клаптів та аутоотрансплантатів.

Матеріал та методи дослідження. Топографоанатомічні дослідження були проведені на 47 свіжих та 18 бальзамованих трупах людей. Гістотопографічні зрізи і тотальні плівкові препарати готувалися для дослідження наступними методами: забарвлення за Ван - Гізоном; забарвлення за Хартон на еластин; імпрегнація нітратом срібла, поляризаційна мікроскопія.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальна товщина блоку тканин коливається від 5400 до 6000 мкм і залежить від форми голови (табл. 1).

Таблиця 1

Загальна товщина препаратів підборідної ділянки в залежності від форми голови

Форма голови	Доліхоцефалічна	Мезоцефалічна	Брахіцефалічна
Загальна товщина, мкм	5350 ± 150	5600 ± 200	5750 ± 250

Залежність загальної товщини препаратів від статі та віку людини наведена у таблиці 2.

Таблиця 2

Загальна товщина препаратів підборідної ділянки в залежності від віку та статі

Вік, р.	15-21		22-26		27-40		41-50		51-65	
	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.
Загальна товщина, мкм	5550± 150	5500± 100	5600± 200	5550± 150	5700± 280	5650± 250	5750± 250	5650± 250	5600± 200	5550± 150

Товщина епідермісу у підборідній ділянці складала від 30 до 50 мкм. Залежність цього параметру від форми голови показано в таблиці 3.

Таблиця 3

Товщина епідермісу підборідної ділянки в залежності від форми голови

Форма голови	Доліхоцефалічна	Мезоцефалічна	Брахіцефалічна
Товщина епідермісу, мкм	35 ± 5	40 ± 40	45 ± 5

Залежність цього показника від статі та віку людини показано в таблиці 4.

Таблиця 4

Товщина епідермісу підборідної ділянки в залежності від віку та статі

Вік, р.	15-21		22-26		27-40		41-50		51-65	
	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.
Товщина епідермісу, мкм	35±5	35±5	40±10	38±8	44±6	42±8	46±4	43±7	40±10	38±8

Межа епідермісу і дерми формує нерівну лінію. Пучки волокон дерми розташовані компактно. Саме від них у підшкірну жирову клітковину відходять відрогі, які ділять її на долі. Товщина дерми є величиною, що варіює від 1700 до 2300 мкм і залежить від форми голови (табл. 5).

Таблиця 5

Товщина дерми підборідної ділянки в залежності від форми голови

Форма голови	Доліхоцефалічна	Мезоцефалічна	Брахіцефалічна
Товщина дерми, мкм	1900 ± 200	2050 ± 250	1950 ± 250

Залежність цього показника від статі та віку людини показано в таблиці 6.

Таблиця 6

Товщина дерми підборідної ділянки в залежності від віку та статі

Вік, р.	15-21		22-26		27-40		41-50		51-65	
	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.
Товщина дерми, мкм	1850±150	1800±100	1950±200	1900±200	2000±250	1950±250	2050±250	2000±250	1900±200	1850±150

Від дерми до підшкірної жирової клітковини вдаються тяжі, товщиною 250-300 мкм, що формують осередки для жирової клітковини, доходять до мімічних м'язів і утворюють для них сполучнотканинні футляри. Таким чином, дерма, підшкірна жирова клітковина і її строма, сполучнотканинний футляр мімічних м'язів формують єдиний м'який остов. Товщина підшкірної жирової клітковини варіює від 2200 до 2600 мкм. Залежність товщини від форми голови показано в таблиці 7.

Таблиця 7

Товщина підшкірно жирової клітковини підборідної ділянки в залежності від форми голови

Форма голови	Доліхоцефалічна	Мезоцефалічна	Брахіцефалічна
Товщина підшкірно жирової клітковини, мкм	2350 ± 150	2400 ± 200	2420 ± 180

Залежність цього показника від статі та віку людини показано в таблиці 8.

Таблиця 8

Товщина підшкірно жирової клітковини підборідної ділянки в залежності від віку та статі

Вік, р.	15-21		22-26		27-40		41-50		51-65	
	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.	Ч.	Ж.
Товщина підшкірно жирової клітковини, мкм	2300±100	2290±90	2360±160	2320±120	2400±180	2350±250	2420±180	2370±170	2350±150	2310±110

Розміри жирових часточок варіюють: від 650-800 мкм, періодично зустрічаються більш великі – від 1600 до 1900 мкм. Розташовуються жирові дольки як правило в два шари. Відрогі вплітаються в глибокі шари мімічних м'язів, пучки яких розташовані в комірках між відрогами. Розгалужена сітка еластичних волокон з дерми проникає в підшкірну жирову клітковину по ходу сполучнотканинних тяжів і формує у ній розвинену сітку. Під м'язовим пластом формується фасція, яка переходить в окістя. Товщина її коливається від 500 до 700 мкм. Чинниками ковзання і зсуву шкіри в даній ділянці є:

- розгалужена сітка еластичних волокон у дермі та стромі підшкірно-жирової клітковини;
- сполучнотканинні тяжі, що йдуть від дерми в жирову клітковину.

Висновки

1. При підйомі та мобілізації клаптів та аутогрансплантатів, що розташовані у скроневій та виличній ділянці треба враховувати топографію структур м'яких тканин цього регіону та їх залежність від форми голови, віку та статі.
2. Завдяки своїй гістотопографічній будові шари підборідної ділянки можна розглядати, як оболонки, що ковзають за фаціальним типом. Це треба враховувати при підйомі та мобілізації шкірних та шкірно-жирових клаптів у цій ділянці.

Література

1. Абушкіна В.Г. Закрытие гнойных ран у детей методом мягкотканного растяжения : автореф дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / В.Г. Абушкіна. – Уфа, 2002. – 24 с.
2. Березовський В.А., Колотилов Н.Н. Биофизические характеристики тканей человека / В.А. Березовський, Н.Н. Колотилов. – Киев: Наукова думка, 1990. – 192 с.
3. Воробьева Н.Ф. Соединительная ткань, как «орган плазмосорбции» / Н.Ф. Воробьева, О.В. Иванова, В.А. Лазарева, Ю.Л. Якимова // Актуальные проблемы современной морфологии : Материалы III съезда анатомов, гистологов и эмбриологов Российской Федерации. – Тюмень, 1994. – С. 44-45.

4. Каган И.И. Соединительнотканые структуры органов в аспекте микрохирургии / И.И. Каган // Морфология. – С. Петербург. – 2002. – Т. 12, № 2-3. – С. 60.
5. Мулдашев Э.Р. Регенеративная хирургия на основе трансплантационных технологий аллоплант / Э.Р. Мулдашев // Морфология. – С. Петербург. – 2006. - № 3. – С. 107-109.
6. Ali-Salaam P. Persing Anatomy of the Caucasian alar groove / P. Ali-Salaam, M. Kashgarian J. Davila // Plast. Reconstr. Surg. -2002. - №1. - P. 261-266.
7. Faguer K. Early surgical treatment of Cyrano-nose haemangiomas with Rethi incision / K. Faguer, M. Barrellier // Plast. Surg. - 2002. Vol. 55, № 6. - P. 498-503.

Удобралли

**ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКОЕ
ОБОСНОВАНИЕ ПОДЪЕМА И МОБИЛИЗАЦИИ
ЛОСКУТОВ И АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ В
ПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ**

Аветиков Д.С.

Замещение дефектов и деформация тканей подбородочной области для достижения оптимального функционального и косметического результата целесообразно проводить путем подъема, отслойки и мобилизации рядом расположенных тканей. При подъеме и мобилизации лоскутов и аутоотрансплантатов, расположенных в подбородочной области, необходимо учитывать топографию структур мягких тканей этого региона и их зависимость от формы головы, возраста и пола. Благодаря своему гистотопографическому строению слои подбородочной области можно рассматривать как скользящие оболочки фасциального типа, что нужно учитывать при подъеме, отслойке и мобилизации кожных и кожно-жировых лоскутов и аутоотрансплантатов в этом регионе.

Ключевые слова: подбородочная область, ангиосомный лоскут, ангиосом.

Стаття надійшла 12.08.2010 р.

**TOPOGRAPHOANATOMICAL GROUND OF
GETTING UP AND MOBILIZATION OF SHREDS
AND AUTOTRANSPLANTATIONS IN CHIN
AREA**

Avetikov D.S.

Substituting for defects and deformation of fabrics of chin area for achievement of optimum functional and cosmetic result it is expedient to conduct by getting up, removing a layer by a layer and mobilization in a number of the located fabrics. At getting up and mobilization of shreds and autotransplantations, located in the chin area, it is necessary to take into account the topography of structures of soft fabrics of this region and their dependence on the form of head, age and floor. Due to the гистотопографическому structure the layers of chin area can be examined as sliding shells of fascial type, that needs to be taken into account at getting up, removing a layer by a layer and mobilization of skin and dermic-fatty shreds and autotransplantations in this region.

Key words: chin area, angiosomical shred, angiosom.

УДК 817.51/58- 001.45

Д.М. Бабій

Харківський національний медичний університет, Обласне бюро судово-медичної експертизи, м. Харків

СУДОВО-МЕДИЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ВІДСТАНІ ПОСТРІЛУ ІЗ ГАЗОБАЛОННОЇ ЗБРОЇ

На фізичних моделях досліджено особливості формування глибини ранового каналу залежно від форми кулі, режиму експлуатації газобалонної зброї та типу перешкод на траєкторії польоту кулі. Отримані стандартизовані показники проникності тканинних предметів-носіїв для кулі конічної форми, що випущена із пневматичного газобалонного пістолета. Виявлені кількісні закономірності щодо формування глибини ранового каналу залежно від типу тканин одягу, що дозволяє підвищити точність судово-медичного висновку стосовно визначення відстані пострілу.

Ключові слова: пневматична газобалонна зброя, форма кулі, рановий канал, відстань пострілу.

Публікація є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри судової медицини та основ права імені Заслуженого професора М.С. Бокаріуса Харківського національного медичного університету «Визначення ступеня достовірності висновків експерта про причину смерті» (держреєстрація № 0106U001635, 2006-2009 р).

Розбудова правового суспільства в Україні визначає подальший розвиток технологій судово-медичної експертизи, як складових науково-медичної та практичної діяльності, спрямованих на вирішення медико - біологічні питання при розслідуванні та судовому розгляді кримінальних або цивільних справ [5]. Сучасний розвиток технологій фахової діяльності лікаря судово-медичного експерта характеризується спрямованістю на отримання високо достовірних висновків, для чого можуть залучатися традиційні та