

СТОМАТОЛОГІЯ

© Д.С. Аветіков

УДК 616-089.844

Д.С. Аветіков

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПІДЙОМУ ТА МОБІЛІЗАЦІЇ

ШКІРНО-ЖИРОВИХ КЛАПТІВ В ОЧНОЯМКОВІЙ ДІЛЯНЦІ

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 держреєстрації 0107U001657.

Вступ. За останнє десятиріччя намітилася тенденція до зменшення об'єму резекції шкіри та підшкірно-жирової клітковини, зменшення довжини розрізів при пластиці, особливо нижніх повік, та збереженню, по можливості, жирової клітковини [1]. Але у літературних даних ми не знаходимо чіткого морфологічного базису, щодо обґрунтування тих або інших методик сучасної блефаропластики [2, 4].

Вибір методу корекції м'яких тканин очнояркової ділянки на сучасному етапі зумовлений знанням структурної та хірургічної анатомії цієї ділянки, враховуючі вікові зміни [3, 6]. Базуючись на цих знаннях пластичний хірург приймає рішення, щодо оптимальної методики оперативного втручання у різних клінічних ситуаціях [5, 7].

Метою дослідження було гістотопографоанатомічне обґрунтування підйому та мобілізації шкірних та шкірно-жирових клаптів очнояркової ділянки при проведенні косметичної блефаропластики.

Об'єкт і методи дослідження. Топографоанатомічні дослідження були проведені на 38 свіжих та 12 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. Об'єктом дослідження було 68 хворих з інволюційним птозом шкіри очнояркової ділянки.

Результати досліджень та їх обговорення. Рельєф очної ямки визначається формою і величиною входу в очну ямку, положенням в ній очного яблука, особливостями будови брови і повік. Очі можуть бути більш опуклими або такими, що запали залежно від глибини і ступеня «відкритості» очної ямки, стану ретро-бульбарної клітковини, очних м'язів і розмірів очного яблука.

Форма і положення брів залежать від будови надбрівних дуг і країв очних ямок, а також від дії м'язів: лобового черевця потилично-лобового м'яза, що піднімає брову, м'язу, що зморщує брову і м'язу гордівників, які зрушують брови при похмуренні і декілька опускають їх. Підняття брів при скороченні лобового черевця потилично-лобового м'яза обумовлене тим, що волокна цього м'яза прикріплюються вище за лінію брів. Нижче прикріплення м'яза приводить до опущення брови, яка як би зісковзує вниз при скороченні. На даний час стандартів форми і положення брови не існує, але більшість пацієнтів вважають за краще мати високо розташовані брови. Як правило, опущені брови нагадують пряму лінію, при цьому пряма відстань між бровою і очною щілиною скорочується, що надає обличчю сумний або похмурий вигляд, який зазвичай не подобається пацієнтам. Брови займають низьке положення або в наявності птоз брів за наступних умов:

- невеликий розмір очного яблука або його зсув назад;
- вузький вхід в порожнину очної ямки;
- виражені клінічні прояви ознак старечої атрофії тканин верхньої третини обличчя;
- парез або параліч гілки лицевого нерва.

Найчастіше надбрівні дуги добре розвинені у чоловіків, молодих людей і дітей, але можуть зустрічатися у будь-якої людини. У цих випадках низьке положення брови слід розцінювати як помилковий птоз.

Важливим елементом рельєфу очної ямки є очна щілина, яку видно при відкритих повіках. Найчастіше вона має мигдалеподібну форму (46% випадків), рідше зустрічаються овальна (25% випадків) і веретеноподібна форми (19% випадків). Мигдалеподібна форма частіше зустрічалася у доліхоцефалів (63% випадків), а овальна – у брахицефалов (57% випадків). Навіть сама незначна вроджена або набута деформація повік може змінити форму і розміри очної щілини. Так, наприклад, надмірне видалення тканин в ділянці нижніх повік під час косметичної блефаропластики нерідко приводить до укорочення їх

вертикального розміру і посилення вигину ребрових країв, що робить очну щілину круглою.

Добрий післяопераційний результат може бути забезпечений тільки при збереженні індивідуальної форми очної щілини. Її розміри можуть варіювати залежно від ступеня відкритості входу в очницю і виступання очного яблука. Як правило, в середньому довжина очної щілини по горизонталі рівна: у доліхоцефалів: 26-28 мм, у брахіцефалів – 29-32 мм, у мезоцефалів – 28-30 мм. Залежність висоти очної щілини від форми голови була наступною: доліхоцефали – 9-12 мм, брахіцефали – 10-14 мм, мезоцефали – 10-13 мм. Найбільші варіації були виявлені у брахіцефалів. У латерального краю очна щілина формує гострий кут 57-62°, у медіального вона закруглена.

Зовнішній і внутрішній кути ока розташовувалися, як правило, на одній горизонтальній лінії або зовнішній кут може розташовуватися в середньому на 2 мм. вище, що частіше зустрічалося у доліхоцефалів (63% випадків).

Чинниками ковзання і зсуву шкіри у очноямковій ділянці є:

- сполучнотканинні структури апоневротического шолома;
- підшкірна жирова клітковина з рихлою сполучнотканинної строюмою під круговим м'язом ока;
- поверхнева фасція пластичної будови, пластинки поверхневої фасції;
- субфасціальний шар рихлої волокнистої сполучної тканини.

При проведенні косметичної та реконструктивної блефаропластики найбільше значення мають п'ять щілиноподібних просторів в передніх відділах очної ямки, між орбітою і очним яблуком, через яких жирове тіло очної ямки може контактувати з тарзоорбітальною фасцією. Дані анатомічні утворення грають

основну роль в патогенезі формування жирових гриж повік.

Необхідно враховувати, що зсув шкіри, кругового м'яза ока і тарзоорбітальної фасції відносно один одного в процесі старіння може бути різним і залежить від довжини сполучнотканинних перемичок, що сполучають сусідні шари, отже надлишки тканин на різних рівнях теж будуть різними. Тому при виконанні верхньої та нижньої блефаропластики необхідно враховувати ступінь зсуву кожного шару.

Треба враховувати те, що естетична блефаропластика залишає свій «слід» на повіках у вигляді посилення фіброзу в їх тонких тканинах, який ми завжди спостерігаємо при повторних операціях на повіках.

Виконання нижньої блефаропластики з відшаруванням шкірно-м'язового клаптя сприяє формуванню рубця по внутрішній поверхні претарзальної частини кругового м'яза ока і прогинання м'яза наперед. При використанні складного шкірно-м'язового клаптя виникає рубець, що формується на нижній повіці між шкірою і круговим м'язом ока. Він і викликає прогинання кругового м'яза ока назад, по зовнішній поверхні цього м'яза, сприяючи притисненню повіки до очного яблука.

Висновок. Всі структурні одиниці сполучної тканини очноямкової ділянки мають індивідуальну мінливість і залежать від форми голови, віку та статі. При підйомі та мобілізації шкірно-жирових клаптів очноямкової ділянки треба враховувати індивідуальні анатомічні особливості будови повік та морфологічні зміни в тканинах.

Перспективи подальших досліджень. В подальших дослідженнях планується дати топографоанатомічне обґрунтування методикам підйому та мобілізації шкірно-жирових клаптів привушно-жувальної ділянки при виконанні рідідектомії із SMAS-пластикою.

Список літератури

1. Адамян А.А. Клиноморфологические аспекты бескровной подтяжки кожи лица нитями «Aptos» / А.А. Адамян, М.А. Суламанидзе, Э.Р. Хуснутдинова // *Анналы пластической, эстетической и реконструктивной хирургии.* – 2002. - № 2. – С. 19-24.
2. Каган И.И. Соединительнотканые структуры органов в аспекте микрохирургии / И.И. Каган // *Морфология.* – С. Петербург. – 2002. – Т. 12, № 2-3. – С. 45-49.
3. Казикова О.Г. Возрастные изменения тканей шейно-лицевой области / О.Г. Казикова, А.А. Адамян // *Анналы пластической, эстетической и реконструктивной хирургии.* – 2000. - № 1. – С. 49-56.
4. Мяделец О.Д. Функциональная морфология и общая патология кожи / О.Д. Мяделец, В.П. Адашкевич. – Витебск, 1997. – С. 139-144.
5. Утенова Г.С. Хирургическая и функциональная анатомия круговой мышцы глаза : автореф дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.03.01 – «Нормальная анатомия» / Г.С. Утенова. – Уфа, 2004. – 22 с.
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. McCord C.D. Upper lid blefaroplasty and eyebrow surgery / C.D. McCord // *Oculoplastic surgery the essentials.* – 2001. - № 10. – P. 124-138.

УДК 616-089.844

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ПІДЙОМУ ТА МОБІЛІЗАЦІЇ ШКІРНО-ЖИРОВИХ КЛАПТІВ У ОЧНОЯМКОВІЙ ДІЛЯНЦІ

Аветіков Д.С.

Резюме. Вибір методу корекції м'яких тканин очноямкової ділянки на сучасному етапі зумовлений знанням структурної та хірургічної анатомії цієї ділянки, враховуючі вікові зміни. Базуючись на цих знаннях пластичний хірург приймає рішення, щодо оптимальної методики оперативного втручання у різних клінічних ситуаціях.

Базуючись на морфологічних дослідженнях встановлено, що чинниками ковзання і зсуву шкіри у очноямковій ділянці є сполучнотканинні структури апоневротичного шолома, підшкірна жирова клітковина з рихлою сполучнотканинною строюмою під круговим м'язом ока, поверхнева фасція пластичної будови, пластинки поверхневої фасції, субфасціальний шар рихлої волокнистої сполучної тканини. Всі структурні одиниці сполучної тканини очноямкової ділянки мають індивідуальну мінливість і залежать від форми голови, віку та статі.

Ключові слова: очноямкова ділянка, блефаропластика, шкірно-жировий клапот.

УДК 616-089.844

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДЪЕМА И МОБИЛИЗАЦИИ КОЖНО-ЖИРОВИХ ЛОСКУТОВ В ОБЛАСТИ ГЛАЗНИЦЫ

Аветиков Д.С.

Резюме. Выбор метода коррекции мягких тканей глазничной области на современном этапе predetermined знанием структурной и хирургической анатомии этого региона, учитывая возрастные изменения. Базируясь на этих знаниях пластичный хирург принимает решение, относительно оптимальной методики оперативного вмешательства в разных клинических ситуациях.

Базируясь на морфологических исследованиях установлено, что факторами скольжения и сдвига кожи в глазничной области являются: соединительнотканнные структуры апоневротического шлема, подкожная жировая клетчатка с рыхлой сполучнотканинною строюмою под круговой мышцей глаза, поверхностная фасция пластичного строения, пластинки поверхностной фасции, субфасциальный слой рыхлой волокнистой соединительной ткани. Все структурные единицы соединительной ткани этого региона имеют индивидуальную изменчивость и зависят от формы головы, возраста и пола.

Ключевые слова: область глазницы, блефаропластика, кожно-жировой лоскут.

UDC 616-089.844

Clinical-Morphological Ground Of Getting Up And Mobilization Of Skin Fatty Shreds In Area Of Eye Socket

Avetikov D.S.

Summary. The choice of method correction of soft tissues of eye socket area on the modern stage is predefined knowledge of structural and surgical anatomy of this region, taking into account age-dependent changes. Being based on these knowledges a plastic surgeon makes a decision, in relation to the optimum method of operative interference in different clinical situations.

Being based it is set on morphological researches, that the factors of sliding and change of skin in an eye socket area it is been: connective tissue structures of aponeurotical helmet, fatty hypoderm with loose connective tissue under the circular muscle of eye, superficial fascia of plastic structure, plates of superficial fascia, subfascial layer of loose fibred connecting tissue. All of constructives of connecting tissue of this region have individual changeability and depend on the form of head, age and floor.

Key words: area of eye socket, blefaroplastic, dermic-fatty flap.

Стаття надійшла 10.04.2012 р.

Рецензент – проф. Проніна О.М.