

Топографоанатомічне обґрунтування використання ангиосомного скроневого клаптя для пластики дефектів на голові та шиї

Д.С. Аветіков, С.О. Ставицький, С.І. Данильченко
ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава, (Україна)

Вступ. Проблема заміщення дефектів м'яких тканин на голові і шиї клаптями і аутотрансплантатами, узятими з оточуючих дефект регіонів, на сьогодні займає одну з лідируючих позицій сучасної пластичної та реконструктивної хірургії голови і шиї [2, 7].

Одна з серйозних проблем, яка виникає при підйомі і мобілізації ангиосомного скроневого клаптя – можливість травматизації лобово-скроневого гілок лицевого нерва, важке препарування поверхневої і глибокої скроневої фасції [1, 4, 6].

На сьогодні немає єдиної думки з методики підйому і мобілізації ангиосомних скроневої клаптів враховуючи дані топографоанатомічних досліджень [2, 5].

Робота є фрагментом теми «Розробка і удосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації і профілактики вроджених і набутих захворювань, дефектів і деформацій щелепно-лицевої ділянки», яка виконується на кафедрі дитячої хірургічної стоматології і пропедевтики хірургічної стоматології з реконструктивною хірургією голови і шиї, номер державної реєстрації 0105V004081.

Метою дослідження було цілеспрямоване топографоанатомічне обґрунтування підйому і мобілізації ангиосомних скроневої клаптів, удосконалення методики препарування поверхневої і глибокої скроневої фасції, мінімізація можливості травматизації лобово-скроневої гілок лицевого нерва.

Матеріал, об'єкт і методи дослідження. Пошарове препарування скроневої ділянки було виконано за допомогою операційного мікроскопу на 19

трупах з обох боків. 24 пацієнтам була виконана пластика ангіосомним скронеvim клаптем за модифікованою нами методикою.

Результати дослідження і їх обговорення. При проведенні диссекції можливо точно визначення всіх структур скроневої ділянки. Відмінність полягає в тому, що глибока скронева фасція розділяється на поверхневий і глибокий шари впродовж всієї скроневої ділянки. Дана особливість була відмічена в 98,4 % випадків. Ця маніпуляція не обмежується тільки місцем скупчення проміжної жирової тканини. У 97% випадків обидва шари легко відділялися один від одного шляхом розшаровування набагато далі за ці межі, хоча в деяких ділянках вони і стають дуже тонкими. У 3 % випадків скупчення проміжної жирової тканини було відсутнє.

Проміжна жирова тканина - важливий і корисний, але не абсолютний орієнтир в клінічній практиці. Повне розділення фасції може бути досягнуте навіть при її відсутності.

Лобово-скронева гілка лицевого нерва проходить через скронеvu область і ділянку чола, що підвищує ризик її пошкодження під час препарування тканин при хірургічному втручанні. Забезпечення збереження лобово-скроневої гілки лицевого нерва з використанням міжфасціального ангіосомного скроневого клаптя при заміщенні дефектів м'яких тканин на голові і шийі.

До тканин скроневої ділянки, які придатні для трансплантації, відносять шкіру, підшкірну жирову клітковину, поверхневу скронеvu фасцію, поверхневу скронеvu жирову тканину, глибоку скронеvu фасцію і скронеvий м'яз.

Наше дослідження підтвердило думку багатьох авторів, що поверхнева скронева фасція є продовженням поверхневої м'язо-апоневротичної системи голови і апоневротичного шолома черепа. Вона вільно прилягає до підшкірної жирової клітковини і тісно пов'язана з лобово-скроневою гілкою лицевого нерва і поверхневими скронеvими судинами.

У 89,5 % випадків глибока скронева фасція визначалася окремим шаром, розташованим над верхньою частиною м'яза, який далі підрозділяється на поверхневий і глибокий шари. Перший йде на зовнішню сторону виличної дуги

і переходить в привушно-жувальну фасцію, а другий розповсюджується у напрямку глибинної частини виличної дуги і продовжується у вигляді задньої жувальної фасції. Скупчення жирової тканини заповнює простір між двома шарами глибокої скроневої фасції над виличною дугою.

Лобово-скронева гілка лицевого нерва, що йде приблизно по лінії, яка сполучає точку, розташовану на 4-5 мм нижче основи козелка, з точкою, що знаходиться на 1,4-1,6 см вище за латеральний кінець брови, виходила практично на поверхню при перетині виличної дуги.

Відсутність явного скупчення проміжної жирової тканини було виявлено в 11 % випадків. При цьому зберігалася можливість диссекції двох шарів глибокої скроневої фасції під час втручання.

У 89 % випадків між двома шарами глибокої скроневої фасції над виличною дугою лежить проміжна скронева жирова тканина. Проте наше дослідження виявило, що глибока скронева фасція розділяється на два шари впродовж всієї скроневої ділянки. Існування цих шарів не обмежується тільки місцем скупчення проміжної жирової тканини. Їх диссекція була проведена по всій протяжності скроневої ділянки. Існує ще одне місце скупчення жирової тканини, розташоване під глибоким скроневим шаром яке переходить в жирове тіло щоки.

Площина розташування лобово-скроневих гілок лицевого нерва була постійна. Вони йшли уздовж нижньої поверхні поверхневої скроневої фасції, усередині поверхневої жирової тканини і вільного безсудинного ареолярного шару. У нашому дослідженні лобово-скронева гілка лицевого нерва, мала три відгалуження: переднє (для кругового м'яза ока і м'яза, що зморщує брову), середнє (для потилично-лобового м'яза) - над виличною дугою на 1 см попереду поверхневої скроневої артерії, а також заднє (для переднього і верхнього вушних м'язів і м'язів козелка). Нами з'ясовано, що під час оперативного втручання краще відшаровувати нижче поверхневої скроневої фасції, що дозволяє зберегти лобово-скроневі гілки лицевого нерва.

У окремих випадках відгалуження лобово-скроневої гілки лицевого нерва, що йде усередині скупчення проміжної жирової тканини в дистальному напрямі, уклинюється в потилично-лобовий м'яз. Розріз, виконаний в межах скупчення проміжної жирової тканини або біля глибокого шару глибокої скроневої фасції, забезпечує великий ступінь збереження лобово-скроневої гілки в порівнянні з розрізом безпосередньо під поверхневою скроневою фасцією і поверхневою жировою тканиною або під поверхневим шаром глибокої скроневої фасції.

У нашій клініці ми розшаровуємо міжфасціальні прошарки уздовж нижньої поверхні скупчення жирової тканини, а не по поверхневому шару глибокої скроневої фасції. Потім піднімаємо проміжну жирову тканину разом з поверхневим шаром глибокої скроневої фасції, не чіпаючи її глибокий шар, щоб уникнути пошкодження лобово-скроневої гілки, яка, може йти усередині скупчення проміжної жирової тканини. При перетині виличної дуги для забезпечення зв'язку між скроневою ділянкою і середньою зоною обличчя, розріз можна виконувати в підокісній площині, хоча ця маніпуляція повинна проводитися дуже обережно.

Висновки

1. Глибока скронева фасція складається з поверхневого і глибокого шарів на всьому протязі скроневої ділянки, що не обмежується тільки місцем скупчення проміжної жирової тканини.

2. Проміжна жирова тканина - важливий і корисний, але не абсолютний орієнтир в клінічній практиці, а міжфасціальне розділення може бути виконано навіть за відсутності жирової тканини.

У подальших дослідженнях ми плануємо провести цілеспрямоване топографоанатомічне дослідження лобно-тім'яно-потиличної ділянки і дати морфологічне обґрунтування використання ангіосомних скронево-тім'яних клаптів для пластики дефектів м'яких тканин на голові і шиї.

Список літератури

1. Скрипников Н.С., Соколов В.Н., Шепитько В.И. Особенности топографии сосудов сложных аутотрансплантатов для замещения дефектов тканей головы и шеи. // В сб.: Функциональная морфология сердечно-сосудистой и нервной системы в норме, патологии, эксперименте. – Ростов-на-Дону. - 1991. – С. 12-26.
2. Ammirati M., Spallone A., Ma J., Cheatham M., Becker D. An Anatomical Study of the Temporal Branch of the Facial Nerve // *Plast. reconstr. Surg.* - 2000.-Vol. 14, № 1. - P. 35-41.
3. Baker T.J., Gordon H.L., Stuzin J.M. Surgical Rejuvenation of the Face // *Plast. reconstr. Surg.* - 2002.-Vol. 16, № 1. - P. 41-44.
4. Bhupendra P., Simon T. Forehead anatomy. *Medicine Medical Textbooks - Otolaryngology and Facial Plastic Surgery - Free Physician Reference* // *Plast. reconstr. Surg.* - 2001.-Vol. 20, № 1. - P. 25-29.
5. Psillakis J.M., Rumley T.O., Camargos A. Subperiosteal Approach as an Improved Concept for Correction of the Aging Face Baker Stuzin J.M. *Surgical Rejuvenation of the Face* // *Plast. reconstr. Surg.* - 2001.-Vol. 8, № 3. - P. 45-49.
6. Stuzin J.M., Wagstrom L., Kawamoto H.K., Wolfe S.A. Anatomy of the frontal branch of the facial nerve: The Significance of the Temporal Fat Pad // *Plast. reconstr. Surg.* - 1998.-Vol. 5, № 1. - P. 31-36.
7. Yasargil M.G., Reichman M.V., Kubik S. Preservation of the frontotemporal branch of the facial nerve using the interfacial temporalis flap for pterional craniotomy. *J Neurosurg* // *Plast. reconstr. Surg.* - 1987.-Vol. 4, № 2. - P. 12-19.

УДК: 616-089.844

ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНГИОСОМНОГО ВИСОЧНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ НА ГОЛОВЕ И ШЕЕ

Д.С. Аветиков, С.А. Ставицкий, С.И. Данильченко

Резюме. Одна из серьезных проблем, которая возникает при подъеме и мобилизации височного лоскута – возможность травматизации лобно-височных ветвей лицевого нерва, тяжелая препаровка поверхностной и глубокой

височных фасций. Глубокая височная фасция состоит из поверхностного и глубокого слоев на всем протяжении височной области, что не ограничивается только местом скопления промежуточной жировой ткани. Промежуточная жировая ткань - важный и полезный, но не абсолютный ориентир в клинической практике, а разделение фасций может быть выполнено даже при отсутствии жировой ткани.

Ключевые слова: височная фасция, ангиосомный височный лоскут.

UDC: 616-089.844

**TOPOGRAFIC ANATOMICAL GROUND OF THE USE OF ANGIOSOME
TEMPORAL FLAP FOR THE PLASTIC ARTS OF DEFECTS ON HEAD
AND NECK**

Avetikov D.S., Stavicky S.A., Danilchenko S.I.

Resume. One of serious problems, which arises up at getting up and mobilization of temporal shred is possibility of травматизации frontal-temporal branches of facial nerve, heavy preparation of superficial and deep temporal fascia. Deep temporal fascia consists of superficial and deep layers along the whole length of temporal region, that is not limited only to the place of accumulation of intermediate fatty fabric. Intermediate fatty fabric is important and useful, but not absolute orientir in clinical practice, and the division of fascia can be executed even in default of fatty fabric.

Keywords: temporal fascia, angiosome temporal flap.