

# СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕХАНІЗМИ ПРИЖИВЛЕННЯ АНГІОСОМНИХ КЛАПТІВ ПІСЛЯ ЇХ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

Аветіков Д.С., Стебловський Д.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з  
пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї

Проблема центральної і периферичної реваскуляризації на сьогодні дуже актуальна, тому що зумовлює оптимальний перебіг післяопераційного періоду і терміни госпіталізації пацієнтів.

На відміну від периферичної, центральна реваскуляризація забезпечується шляхом накладення мікросудинних анастомозів в ході пересадки комплексів тканин. Вона може бути також названа осьовою, оскільки передбачає відновлення основної судинної осі в аутотрансплантаті з осьовим типом живлення.

Неосьова периферична реваскуляризація клаптів в післяопераційному періоді - це біологічно закономірне утворення судинних зв'язків між пересадженими тканинами і сприймаючим ложем.

Метою роботи було уточнення механізмів неосьової периферичної реваскуляризації клаптів і розробка методів її прискорення.

Об'єктом дослідження були 42 пацієнти, якими проведені пластичні реконструктивні операції з використанням ангіосомних аутотрансплантатів і клаптів із застосуванням методики прискорення периферичної неосьової реваскуляризації. Застосовувалися методики дослідження кровообігу в пересаджених клаптях і аутотрансплантатах: доплерографія та імпедансна реоплатізографія.

Згідно з отриманими даними, при пересаджуванні повношарових шкірних трансплантатів їх периферична реваскуляризація починається через 3 доби і закінчується через 5-7 днів.

При пересадці складних клаптів із збереженим кровообігом цей процес йде активно з двох сторін. Наші дослідження підтвердили думку більшості авторів, які вважають, що у формуванні судинних зв'язків між клаптем і ложем основну роль грають первинна реваскуляризація (відновлення кровообігу в раніше існуючих судинах клаптя) і вторинна реваскуляризація (вростання в клапоть знову утворених судин).

Механізми неосьової периферичної реваскуляризації пов'язані із загоєнням рани. Встановлено, що цей процес має спрямований характер: судини вростають з тканин із добрим кровопостачанням у сторону ділянок з поганим кровозабезпеченням.

При недостатній зупинці кровотечі і неефективному дренажу рани утворення гематоми під клаптем може значно уповільнити процеси відновлення судинних зв'язків, не говорячи вже про небезпеку розвитку гнійних і інших ускладнень.

Ступінь кровопостачання тканин сприймаючого ложа впливає на швидкість периферичної реваскуляризації клаптів. При значних рубцюватих змінах тканин сприймаючого ложа швидкість утворення судинних зв'язків з тканинами клаптя істотно сповільнюється.

Одним з методів прискорення периферичної реваскуляризації клаптів, який застосовується в нашій клініці - періодичне пережимання судинної ніжки. Цей прийом може бути використаний для «тренування» клаптя, яке полягає в періодичній компресії судинної ніжки м'яким затиском або невеликим джгутом.

Прискорена програма «тренування» клаптя полягає в тому, що вже через 30 годин після закінчення операції ніжку клаптя перетинають м'яким затиском на 15 хвилин з подальшим 45-хвилинним інтервалом реперфузії. Таким чином, вже на 7-у добу після операції при відповідних ознаках достатнього кровообігу в пересаджених тканинах ніжка клаптя може бути відсічена.

Також ми застосовуємо метод поступового пережимання ніжки клаптя. Суть методу полягає в тому, що при формуванні ніжки клаптя у її основи субдермально проводять нитку. Кінці останній зав'язують і виводять в зручному місці. Через 2-3 тижні цей шов може бути злегка затягнутий, що приведе до компресії живлячих судин.

Однією з нових методик прискорення периферичної неосьової реваскуляризації є збільшення площі зіткнення тканин клаптя із сприймаючим ложем. Метод заснований на тому, що при рубцюватих змінах тканин сприймаючого ложа основну роль, в периферичній реваскуляризації клаптя грає утворення судинних зв'язків з краями рани. Тому для створення умов максимального використання цього джерела реваскуляризації на краях шкірно-фасціального клаптя додатково викроюють фасціально-жирову ділянку.

Цю ділянку при вшиванні клаптя в дефект поміщають в розщеплений край рани, що значно розширює площу зіткнення клаптя з навколишніми тканинами. З урахуванням важливої ролі фасціального судинного сплетення це дозволяє значно прискорити процеси периферичної реваскуляризації клаптя і зменшити термін відсікання його ніжки до 8 діб.

Таким чином, прискорення неосьової периферичної реваскуляризації клаптів в післяопераційному періоді призводить до посилення біологічно закономірних утворень судинних зв'язків між пересадженими тканинами і сприймаючим ложем.

Методики періодичного пережимання судинної ніжки та поступового її пережимання дозволяють відсікати судинну ніжку вже на 7 добі після операції.