

УДК: 616-089.844

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНГІОСОМНИХ КЛАПТІВ З СКРОНЕВОЇ І ТІМ'ЯНОЇ ДІЛЯНОК ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТІВ І ДЕФОРМАЦІЙ НА ГОЛОВІ І ШИЇ

Д.С. Аветіков, Д.В. Каплун, С.І. Данильченко

Ключові слова: ангиосом, поверхнева скронева артерія, скронево-тім'яний клапоть, ретроаурикулярний клапоть.

Вступ

Проблема заміщення дефектів і деформацій на голові і шиї впродовж багатьох років залишається актуальною [1, 2, 6]. На сьогодні вона обумовлена наявністю величезної категорії хворих, хірургічне лікування яких є медико-соціальною проблемою [1, 3, 8].

Клапті з різних анатомічних областей голови відомі давно і широко застосовуються в реконструктивній хірургії голови і шиї [2, 5, 9]. Проте недостатньо вивчені їх топографоанатомічні характеристики: хід домінантних гілок в клаптях, їх діаметр, кути відходження від основного судинного стовбура і т.д. [4, 6, 7].

Метою даного дослідження була деталізація хірургічної анатомії поверхневої скроневої артерії стосовно підйому і мобілізації скронево-тім'яних ангиосомних клаптів і розробка нових методик їх підйому і мобілізації використовуючи технології комп'ютерного моделювання.

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

Матеріал і методи дослідження

Топографоанатомічні дослідження проводилися на 39 формалізованих і 24 свіжих трупах. Застосовувалися методики пошарового анатомічного

препарування, наливки судин самотверднучими пластмасами з свинцевим суриком, виготовлення корозійних анатомічних препаратів, наливки судин фарбниками для вивчення зони кровопостачання.

Об'єктом дослідження були 29 хворих яким проведені пластичні реконструктивно-відновлювальні операції ангіосомними клаптями з скроневої і тім'яної ділянок. Проаналізовано 56 історій хвороб пацієнтів, у яких спостерігалися ускладнення після подібних операцій. Для дослідження показників гемодинаміки пересаджених клаптів застосовувалася імпедансна реоплатизмографія і доплерографія.

Обговорення результатів досліджень

При підйомі і мобілізації скронево-тім'яних клаптів необхідно пам'ятати, що скронево-тім'яна фасція відокремлена від глибокої фасції, що покриває скроневий м'яз, прошарком рихлої сполучної тканини, яка найбільш виражена наперед над вушною раковиною, а до периферії стоншується. Живлення цього регіону забезпечується поверхневим скронеvim судинним пучком, який виходить з верхньої частини привушної слинної залози на 1,5 см наперед від козелка вушної ракови. У 72,5% випадків вени розташовуються назад і глибше за артерію.

Унаслідок проведених нами топографоанатомічних досліджень встановлено, що індивідуальні особливості зовнішньої будови поверхневої скроневої артерії пов'язані з формою голови. У нашому дослідженні частіше зустрічався магістральний тип (54,7 % випадків), рідше розсипний (45,3 % випадків). Нами встановлено взаємозв'язок між типом розгалуження поверхневої скроневої артерії і формою голови. Частіше магістральний тип зустрічався у доліхоцефалів (67,5 %), а розсипний – у брахіцефалів (81,2 %).

Діаметр артерії коливається від 1,7 до 2,1 мм, довжина судинної ніжки від 4,1 до 4,9 см.

У нашій клініці ми використовуємо ангіосомний фасціальний скронево-тім'яний клапоть. До його переваг відносять порівняно великі розміри (до 17x14

см), невелику рівномірну товщину і хороше кровопостачання при відносно великому діаметрі живлячих судин.

Ми рекомендуємо узяття клаптя за допомогою Т-подібного доступу в межах волосистої частини голови перед вушною раковиною. У підшкірній жировій клітковині легко ідентифікується судинно-нервовий пучок. Після цього шкіру з клітковиною відшаровують, розтинаючи тканини під волосяними фолікулами.

На периферичних ділянках клаптя препарування фасції стає більш складним завданням, унаслідок її щільного з'єднання фіброзними перемичками з шкірою.

Враховуючи проведені топографо-анатомічні дослідження необхідно пам'ятати, що скронево-тім'яний клапоть може бути використаний як складний клапоть з виділенням фрагментів фасції на гілках поверхневої скроневої артерії.

Можлива мобілізація двохшарового аутоотрансплантату з двох складених разом ділянок фасції, одна з поверхонь якого може бути заздалегідь закрита розщепленим шкірним трансплантатом.

До післяопераційних ускладнень слід віднести можливість подальшого розвитку облісіння у цій ділянці та небезпеку пошкодження поверхнево розташованих гілок лицевого нерва. У 4 пацієнтів було відмічене розширення післяопераційного рубця у зв'язку з натягненням на лінії швів.

Одним з перспективних у використанні при пластиці дефектів на голові і шиї є передаурикулярний шкірно-хрящовий клапоть. Тканини, що входять в його склад, дозволяють сформувати крило носа і купол кінчика носа. Клапоть виділяють на поверхневих скроневих судинах. Закриття донорського дефекту може потребувати переміщення завитка для зменшення косметичного дефекту. Для закриття об'ємних дефектів його можна використовувати в комбінації з іншими клаптями, наприклад, з потилично-тім'яним або скронево-тім'яним.

У нашій клініці виконувалися реконструктивно-відновлювальні операції з використанням ретроаурикулярного ангіосомного клаптя, який може бути пересаджений на задній гілці поверхневої скроневої артерії. Він розташований

за вушною раковиною, і частина його шкіри має волосяний покрив. Таким чином, його пересадка дозволяє формувати межу волосяного покриву. Необхідно диференціювати цей клапоть від заушного, який мобілізується на базі гілок задньої вушної артерії. Його беруть на рівні нижньої і середньої третини вушної раковини. Ретроаурикулярний клапоть на базі поверхневої скроневої артерії мобілізують на рівні верхньої третини вушної раковини, яку артерія і кровозабезпечує. Її при цьому визначають наперед від вушної раковини і виділяють в дистальному напрямку, зберігаючи гілки, що йдуть до клаптя. Однойменні вени можуть йти разом або назад від поверхневої скроневої артерії. В цьому випадку вони і артерія йдуть разом усередині поверхневої фасції над глибокою фасцією. Коли вени розташовані осторонь і назад від артерії, вони можуть проходити в підшкірній жировій клітковині над вушною раковиною. В цьому випадку дана зона повинна бути обов'язково включена в клапоть.

Наступним етапом мобілізації клаптя, є виділення його донизу, під поверхневою фасцією. Якщо венозний відтік від клаптя недостатній, то для забезпечення достатнього венозного дренажу може бути використана задня вушна вена. При виборі донорської зони необхідно враховувати розташування межі і напрямок зростання волосся.

Висновки

Клапті з скроневої і тім'яної ділянок є перспективними для заміщення дефектів і деформацій на голові і шиї. Проте для правильного їх підйому і мобілізації необхідно враховувати топографоанатомічні дані про поверхневу скроневу артерію, які варіюють і залежать від форми голови.

Враховуючи дані проведених топографоанатомічних досліджень і комп'ютерного моделювання гілок поверхневої скроневої артерії, в клініці оптимізовані методики підйому і мобілізації ангіосомних передаурикулярних, постаурикулярних і фасціальних скронево-тім'яних клаптів. Результат цих операцій задовільний.

В перспективі планується провести цілеспрямовані топографоанатомічні дослідження інших гілок зовнішньої сонної артерії та провести їх комп'ютерне моделювання за допомогою пакету PCAD. На базі отриманих результатів обґрунтувати та оптимізувати методики підйому та мобілізації ангіосомних клаптів у ділянках кровопостачання цих артерій.

Список літератури

1. Ипполитов В.П., Безруков В.М., Брусова А.А. и др. Клиника, диагностика и лечение травматических деформаций скулоорбитальной области. Диагностика, лечение и реабилитация больных с повреждениями челюстно-лицевой области. - Смоленск, 1981. - С. 88-92.
2. Неробеев А.И., Осипов Г.И., Царевский П.Л. Пластическое восстановление ушной раковины с использованием височно-теменного фациального лоскута // Стоматология. - 1990. - № 5. - С. 46-48.
3. Орлов Г.А., Плюснина Л.М. К хирургической анатомии общей сонной артерии и основных ее ветвей // Хирургия. - 1940. - № 2. - 78 с.
4. Brent B., Upton J., Acland R.D. Experience with the temporoparietal fascial free flap // Plast. reconstr. Surg. -2001. - Vol. 76, N 2. - P. 177-188.
5. Chowdaiy R.P. Use of temporoparietal fascia free flap in digital reconstruction // Ann. Plast. Surg. - 1999.-Vol. 23, N 6. - P. 543-546.
6. Kobayashi S., Yoza S., Kakibuchi M. et al. Retroauricular hairline fascial transfer to the face // Plast, reonstr. Surg. – 1995. - Vol. 96, N 1. - P. 42-47.
7. Upton J., Roger C, Durham-Smith G., Swartz W.M. Clinical applications of free temporoparietal flaps in hand reconstruction // J. Hand Surg.- 1998.- Vol. 11. - P. 475-483.
8. Upton J., Ferraro N., Healy C. et al The use of prefabricated fascial flaps for lining of the oral and nasal cavities // Plast. reonstr. Surg.- 1994.- Vol. 94, N 9. - P. 573-579.
9. Yano H., Nishimura C, Kaji S. et al. A clinical and histologic comparison between free temporoparietal and scapular fascial flaps // Plast. reonstr. Surg. - 1995.- Vol. 95, N 3. - P. 452-462.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНГІОСОМНИХ КЛАПТІВ З СКРОНЕВОЇ І ТІМ'ЯНОЇ ДІЛЯНОК ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ ДЕФЕКТІВ І ДЕФОРМАЦІЙ НА ГОЛОВІ І ШИЇ

Аветіков Д.С., Д.В. Каплун, С.І. Данильченко

Ключові слова: ангиосом, поверхнева скронева артерія, скронево-тім'яний клапоть, ретроаурикулярний клапоть.

Проблема заміщення дефектів і деформацій на голові і шиї впродовж багатьох років залишається актуальною. На сьогодні вона обумовлена наявністю величезної категорії хворих, хірургічне лікування яких є медико-соціальною проблемою.

Клапти з скроневої і тім'яної ділянок є перспективними для заміщення дефектів і деформацій на голові і шиї. Проте для правильного їх підйому і мобілізації необхідно враховувати топографоанатомічні дані про поверхневу скроневу артерію, які варіюють і залежать від форми голови.

Враховуючи дані проведених топографоанатомічних досліджень і комп'ютерного моделювання гілок поверхневої скроневої артерії, в клініці оптимізовані методики підйому і мобілізації ангиосомних передаурикулярних, постаурикулярних і фасціальних скронево-тім'яних клаптів. Результат цих операцій задовільний.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНГИОСОМНЫХ ЛОСКУТОВ ИЗ ВИСОЧНОЙ И ТЕМЕННОЙ ОБЛАСТЕЙ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ НА ГОЛОВЕ И ШЕЕ

Аветиков Д.С., Каплун Д.В., Данильченко С.И.

Ключевые слова: ангиосом, поверхностная височная артерия, височно-теменной лоскут, ретроаурикулярный лоскут.

Проблема замещения обширных дефектов на голове и шее на протяжении многих лет остается актуальной. На сегодняшний день она обусловлена наличием огромной категории больных, хирургическое лечение которых является медико-социальной проблемой.

Лоскуты из височной и теменной областей являются перспективными для замещения дефектов и деформаций на голове и шее. Однако для правильного их подъема и мобилизации необходимо учитывать топографоанатомические данные о поверхностной височной артерии, которые варьируют и зависят от формы головы.

Учитывая данные проведенных топографоанатомических исследований и компьютерного моделирования ветвей поверхностной височной артерии, в нашей клинике оптимизированы методики подъема и мобилизации ангиосомных преаурикулярных, постаурикулярных и фасциальных височно-теменных лоскутов. Результат этих операций удовлетворительный.