

ШЛЯХ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИК ПРОВЕДЕННЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ТА ПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ ХВОРИМ З ДЕФЕКТАМИ І ДЕФОРМАЦІЯМИ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ВРАХОВУЮЧИ ФІБРОАРХІТЕКТОНІКУ М'ЯКИХ ТКАНИН ГОЛОВИ

Аветіков Д.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В зв'язку зі старінням населення Землі, важливою проблемою, особливо у осіб жіночої статі, є косметологічні операції, перш за все, в ділянках лицевого відділу черепа у вигляді підтяжок шкіри. Слід відзначити, що у багатих країнах як США та країн Європи, дані операції коштують досить дорого.

Проте, в сучасних умовах України вказані операції доступні лише незначним групам населення. Разом з тим, у повсякденній практиці у клініці хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії постійно зустрічаються випадки, коли після різних патологічних процесів (рубців, новоутворень, опіків тощо) в цій ділянці пацієнт потребує заміщення дефекту місцевими тканинами.

Однак, як свідчать результати проведеного аналітичного огляду літератури, в джерелах не тільки вітчизняних, а і закордонних авторів цьому питанню не приділяється достатня увага.

Місцевопластичні операції мають низку переваг перед іншими видами пластичних та реконструктивних операцій: дефект втрачених тканин заміщується такими, що близькі за анатомо-біологічними властивостями. Місцева пластика не вимагає отримання тканин з інших ділянок, що пов'язано з додатковою травмою для хворого, подовженням часу операції, багатоетапністю операцій та можливими косметичними і функціональними дефектами донорської зони.

Ці причини примушують хірургів шукати нові шляхи в розширенні можливостей місцевопластичних операцій. Найголовнішим питанням при

вирішенні цієї проблеми є визначення чинників, які обмежують застосування поряд розташованих тканин при закритті дефектів.

Незалежно від використаних критеріїв, можливості місцевої пластики, на наш погляд, обмежуються анатомо-функціональними і біомеханічними особливостями кожної топографоанатомічної ділянки. Тому, в роботі нами проведені прикладні гістотопографоанатомічні дослідження з метою визначення можливостей м'яких тканин щодо деформації.

У процесі вивчення можливостей щодо деформації комплексу оболонок, що ковзають, було встановлено: основним чинником, що забезпечує фізіологічні об'єми деформації в блоці тканин від дерми до окістя, є структури поверхневої фасції, що ковзають. Елемент ковзання в структурах поверхневої фасції був присутній у всіх досліджених нами топографічних ділянках, незалежно від типу будови субдермального сполучнотканинного комплексу, про що свідчать і літературні дані.

Як показав аналіз результатів, найменший об'єм деформацій мають ті ділянки голови, які віднесені до фасціального типу будови. Іншими словами, для даних ділянок єдиним чинником ковзання є шари поверхневої фасції. Подібна будова сполучнотканинного комплексу була характерна для тих ділянок, які мають щільну основу. Саме у них можливе накопичення підшкірної жирової клітковини в субдермальному шарі, але при цьому зберігається багат шарова пластична будова поверхневої фасції за типом оболонки, що ковзає. До цих ділянок відносилися: щічна, підборідна, ротова та носова.

Не зважаючи на подібну пошарову будову вищенаведених топографоанатомічних ділянок, можливості м'яких тканин у їх межах були дещо різними.

Найбільш варіабельними були абсолютні значення величин пластичної деформації тканин щічної ділянки. Значення величин коливалися у значних межах, у більшій мірі залежали від віку та статі, у меншій – від форми голови. Менші розходження цих даних ми спостерігали в ділянці рота, проте більша залежність величин пластичної деформації була виявлена від форми голови.

Залежність величин пластичної деформації від форми голови коливалася у незначних межах, проте варіабельність цього параметру від віку та статі була чіткою.

З клінічної точки зору підборідну ділянку можна було віднести до ділянок зі змішаним типом оболонки, що ковзають. Але з гістотопографічної точки зору, у цій ділянці зберігається багат шарова пластична будова поверхневої фасції за типом оболонки, що ковзає. Величини пластичної деформації м'яких тканин підборідної ділянки залежали від форми голови, віку та статі, але ми спостерігали більші розбіжності у даних, ніж у попередній ділянці.

Найменший об'єм пластичної деформації мають м'які тканини носової ділянки. Саме у цій ділянці нами були зафіксовані мінімальні розбіжності щодо величин пластичної деформації тканин у залежності від всіх параметрів, що вивчалися нами. Це треба пам'ятати на етапі планування операцій при усуненні патологічних рубців та рубцевих деформації у цій ділянці. Тобто після висічення рубця та відшарування навколишніх тканин, краї рани не будуть вільно наближені один до одного, що призведе до додаткової рубцевої деформації у цьому регіоні.

Більший об'єм пластичної деформації мають привушно-жувальна, нижній край виличної ділянки, що прилягає до привушно-жувальної та медіальний край очноямкової ділянки. Для даних регіонів характерне депонування жирової клітковини між дермою і поверхневою фасцією. Остання при цьому втрачає багат шарову будову і є пластинкою сполучної тканини, що оточує пучки волокон мімічного м'яза. Більша розбіжність даних була виявлена в залежності від віку та статі, менша – в залежності від форми голови.

Сполучнотканинні структури очноямкової ділянки слід відносити до змішаного типу структур, що ковзають, а тканини її медіального краю – до жирового типу. Тому дані щодо абсолютних величин пластичної деформації мали найбільші розбіжності від попередніх топографоанатомічних ділянок, що вивчалися нами, як в залежності від форми голови, так і від віку та статі. Це

суттєво змінює методику операції на етапі підйому та відшарування шкірно-жирових клаптів.