

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛАПТІВ З ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ

Аветіков Д.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

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.

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

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.

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 раковини. 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 %).

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.

Одним з перспективних у використанні при пластиці дефектів на голові і шиї є переаурикулярний 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 завушного, 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.

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 зовні донної артерії та провести їх комп'ютерне моделювання за до РСAD. На базі отриманих результатів обґрунтувати та оптимізувати методики підйому та мобілізації ангіосомних клаптів у ділянках кровопостачання цих артерій.