

УДК: 616-089.844

Д.С. Аветісов

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ШКІРНО-ЖИРОВИХ КЛАПТІВ СКРОНЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Одна з серйозних проблем, яка виникає при підйомі і мобілізації скроневого клаптя, - можливість травматизації лобово-скроневого гілок лицьового нерва, важка препарування поверхневої і глибокої скроневої фасції. Глибока скронева фасція складається з поверхневого і глибокого шарів на всьому протязі скроневої області, що не обмежується тільки місцем скупчення проміжної жирової тканини. Проміжна жирова тканина - важливий і корисний, але не абсолютний орієнтир в клінічній практиці, а розподіл фасції може бути виконаний навіть за відсутності жирової тканини.

Ключові слова: скронева фасція, ангіосомний скроневий клапоть.

Робота є фрагментом комплексної НДР ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» «Морфологія судинно-нервових взаємовідношень органів голови та шиї людини в нормі та під дією зовнішніх чинників у віковому аспекті. Створення нових та модифікація існуючих хірургічних шовних матеріалів і експериментально-морфологічне обґрунтування їх використання у клініці», номер держреєстрації 0107U001657.

Одну з провідних позицій сучасної пластичної та реконструктивної хірургії голови і шиї на сьогодні займає проблема заміщення дефектів м'яких тканин на голові і шиї клаптями і ауто-трансплантатами, узятими з оточуючих дефект регіонів [1, 6]. Існує можливість травматизації лобово-скроневого гілок лицьового нерва, важке препарування поверхневої і глибокої скроневої фасції [2, 3, 4]. На сьогодні немає єдиної думки з методики підйому і мобілізації ангіосомних скроневої клаптів враховуючи дані топографоанатомічних досліджень [2, 5].

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

Матеріал 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 скроневим клаптем за модифікованою нами методикою.

Результати дослідження та 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 розшарування 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 лицьового нерва проходить через скроневу область і ділянку чола, що підвищує ризик її пошкодження під час препарування тканин при хірургічному втручанні. Забезпечення збереження лобово-скроневої гілки лицьового нерва з використанням міжфасціального ангіосомного скроневого клаптя при заміщенні дефектів м'яких тканин на голові і шиї.

До тканин скроневої ділянки, які придатні для трансплантації, відносять шкіру, підшкірну жирову клітковину, поверхневу скроневу фасцію, поверхневу скроневу жирову тканину, глибоку скроневу фасцію і скроневий 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 лицьового нерва і поверхневими скроневиими 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 лицьового 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 вušних м'язів і м'язів козелка). Нами з'ясовано, що під час оперативного втручання краще відшарувувати 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, уклінюється 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 розшаруємо 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.

Література

1. Березовский В. А. Биофизические характеристики тканей человека : справочник / В. А. Березовский, Н. Н. Колотилев. – К. : Наукова думка, 2004. – 192 с.
2. Вавилов В. Н. Частота и причины осложнений у больных при ликвидации обширных изъянов на голове и шее лоскутами с осевым кровоснабжением / В. Н. Вавилов, Ч. Ю. Баскаев, Н. В. Калакуцкий // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2005. – № 3. – С. 46–47.
3. Возможности применения лоскутов из височной мышцы для закрытия послеоперационных дефектов челюстно-лицевой зоны и основания черепа : обзор литературы / И. В. Решетов, В. А. Черкаев, С. В. Тянин [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1999. – № 2. – С. 64–70.
4. Ниамту Дж. III Минимально инвазивная косметическая хирургия лица / Дж. Ниамту III, Р. Хога. – М. : МЕДпрес-информ, 2007. – 256 с.
5. Пластическая реконструктивная хирургия лица / [под ред. А. Д. Пейпла]. – М. : Бином. Лаборатория знаний, 2007. – 391 с.
6. Сэдик Н. Косметическая хирургия кожи / Сэдик Н., Лоуренс Н., Мой Р. – М. : МЕДпрес, 2009. – С. 20–41, 111–140.
7. Gundiah N. Determination of strain energy function for arterial elastin : Experiments using histology and mechanical tests / N. Gundiah, M. B. Ratcliffe, L. A. Pruitt // J. Biomechanics. – 2007. – V. 40, № 5. – P. 586–594.

Реферати

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОЖНО-ЖИРОВЫХ ЛОСКУТОВ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ

Аветиков Д.С.

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

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL DESCRIPTION OF DERMIC-FATTY SHREDS OF TEMPORAL AREA

Avetikov D.S.

One of serious problems, which arises up at getting up and mobilization of temporal shred is possibility of traumatization of 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

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.

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.

Стаття надійшла 12.01.12 р.

УДК 616.24-003.6-071.2-072.8-08:615.851

Л. О. Васякіна

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

СТРУКТУРА АНКСІОЗНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ПНЕВМОКОНІОЗ

На підставі системного підходу отримані дані щодо структури, динаміки патофизиологічних механізмів формування анксіозних станів у хворих на пневмоконіоз. Вивчені особливості психопатологічних порушень і особистісні особливості даної категорії хворих. Виявлені фактори, що сприяють розвитку анксіозних станів на фоні соматичного захворювання і патофизиологічні механізми взаємного обтяження.

Ключові слова: пневмоконіоз, анксіозні стани, психопатологічні розлади, патофизиологія.

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини залишається проблема психічних розладів при соматичних захворюваннях. Особлива роль приділяється патології легеневої системи, що обумовлено наявністю великої кількості важких ускладнень (емфізема, серцево-легенева недостатність та ін.), які займають у структурі летальності одне з провідних місць, при даній патології [1, 2, 4, 5, 10, 12].

Однією із ключових ланок патогенезу психосоматичних захворювань є наявність тривало існуючого негативного емоційного стану. При цьому максимальне патогенне значення мають ті емоції, вираження яких регламентовано існуючими соціальними, морально-етичними нормами (страх, гнів, агресія) [6 – 9]. Медичних досліджень в яких би була відображена патогенетична близькість вегетативних, циркуляторних, метаболічних порушень, що супроводжують анксіозні стани при захворюваннях легеневої системи, у сучасній медичній літературі майже нема. Дотепер проблема анксіозних станів при психосоматичних захворюваннях залишається мало розробленою, в основному обмежуючись вивченням страху смерті та станів тривоги при хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ) та нападах бронхіальної астми, ішемічній хворобі серця (ІХС) і гіпертонічній хворобі (ГХ) [4, 11 – 14].

Метою роботи було визначення структури, динаміки і патофизиологічних механізмів формування анксіозних станів у хворих на пневмоконіоз та їх вплив на ефективність загальної терапії.

Матеріал та методи дослідження. Використані клінічне, клініко-психопатологічне спостереження та психодіагностичне дослідження з використанням Мінесотського багатопрофільного особистісного опитувальника (ММРІ), шкали реактивної та особистісної тривожності Спілберґера – Ханіна, особистісного опитувальника Бехтеревського інституту («ООБІ»); клініко-математичний аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами проведено комплексне вивчення 128 хворих на пневмоконіоз (ПнК) з анксіозними станами, що були розподілені на 3 клінічні групи. Першу групу склали 28 хворих на ПнК з 1 стадією захворювання, у другу включені 54 хворих на ПнК з 2 стадією захворювання, у третю – 46 хворих, у яких діагностовано ПнК 3 стадії. Серед обстежених було 23 жінки (17,96 %) і 105 чоловіків (82,04 %). Середній вік обстежених хворих склав $48,64 \pm 7,24$ років. У контрольну групу були включені 30 хворих на ПнК 2 стадією без ознак анксіозних станів.

Диференціація анксіозних станів проводилася на тривогу, страх, як емоцію, що має конкретну адресну спрямованість, і фобію, як емоцію страху, синдромально окреслену в структурі обсесивно-фобічного. У дослідження були включені хворі з анксіозними станами, представленими тривогою та страхами.

Дослідження анксіозних станів показало наявність у всіх обстежених хворих як тривоги, так і страху, причому самостійно пред'явили скарги на почуття страху лише 26 хворий (17,5 %). Формування анксіозних станів здійснювалося у хворих на ПнК 1, 2 ст. та ПнК 3 стадії різними шляхами. У 58 (70,73 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадією і 34 (73,91 %) хворих 3 стадії відзначили первинність виникнення тривоги з подальшим розвитком почуття страху, 42 (51,21 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадією і 21 (45,65 %) хворих 3 стадії не змогли простежити зв'язок виникнення тривоги з якими-небудь зовнішніми факторами, 8 (9,75 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадією і 9 (19,57 %) хворих на ПнК 3 стадією відзначили, що тривога виникла при перших ознаках соматичного неблагополуччя або при встановленні діагнозу, 11 (13,42 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадією і 4 (8,70 %) хворих на ПнК 3 стадією – після негативної соціально значимої події в своєму житті (зміна місця роботи, соціального статусу і т.п.). Процес виникнення тривоги також мав свої особливості у хворих досліджуваних груп. Так, 45 (54,88 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадії найчастіше як причину виникнення страху називали наступні фактори: крах (чи погроза краху) власному соціальному благополуччю або благополуччю близьких, у 13 (18,85 %) хворих на ПнК 1 і 2 стадії, відзначили, що почуття страху уперше виникло в них при соматичному