



**ПЛАСТИЧНА та
РЕКОНСТРУКТИВНА
ХІРУРГІЯ**

№ 2-с, 2004

VALIKHNOVSKI
SURGERY INSTITUTE

Во время операции на истонченные, рубцово-измененные ткани брюшной стенки поверх линий швов накладывали в виде дубликатуры перфорированую полиуретановую пленку и фиксировали ее по периметру П-образными швами к мышечно-апоневротическому лоскуту. Это не только укрепляло ткани передней брюшной стенки, но и уменьшало нагрузку на швы, наложенные на собственные ткани. Операционную рану всегда зашивали наглухо, а дренажи подводили через контерпертуры.

У трех больных полиуретановые пленки мы использовали при повторных эвентерациях в случаях, когда устранить дефект брюшной стенки и погрузить внутренние органы в брюшную полость за счет собственных тканей не представлялось возможным.

Чрезвычайно перспективным, по нашему мнению, является использование пленки как биологического эндопротеза при замещении всех слоев брюшной стенки. Такая необходимость может возникнуть при опухолях последней, либо при прорастании ее опухолью, исходящей из органов брюшной полости, а также при травматических повреждениях брюшной стенки. В одном случае нам довелось провести замещение пленкой всех слоев брюшной стенки, исключая кожу, при низкодифференцированной аденокарциноме.

Анализируя результаты хирургического лечения вентральных грыж с использованием полиуретанов – биодеструктируемой пленки и клея КЛ-3, следует отметить, что хорошие результаты получены у семнадцати больных, удовлетворительные – у двух. У этих больных в течение 1 и 1,5 месяцев наблюдалось выделение через контерпертуры серозной жидкости, а у одной из них была частично удалена пленка, однако, рецидива грыжи не возникло.

В сроки от 1 до 4 лет осмотрено 14 больных, ни у одного из них рецидива не было.

© Г.В.Буренко, В.М.Меллин, В.М.Супрун, В.М.Антонив, А.Я.Кобзарь, Т.М.Галыга, 2004

Р.І.Валіхновський, Т.Л.Валіхновський, В.Г.Стась

ОДНОЭТАПНА ФУНКЦІОНАЛЬНА ЕСТЕТИЧНА РІНОПЛАСТИКА – РАЦІОНАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЇ

*Клініка пластичної та реконструктивної хірургії
"Клініка Валіхновського", м. Київ*

Сучасна ринопластика передбачає одномоментне комплексне хірургічне втручання як на структурах внутрішнього носу, так і спрогнозований оперативний вплив на структури зовнішнього носу. Використання закритого та відкритого типу ринопластик відповідає чітким хірургічним показам.

В роботі проаналізовано досвід хірургічного лікування 128 пацієнтів прооперованих в клініці за період 1999-2004 року. Показами до операцій були: естетичні міркування – 72 пацієнти, піс-

лятравматичні деформації носа – 30 пацієнтів, в тому числі післятравматичні порушення носового дихання – 22, кіфотичні деформації спинки носа – 25, бокові девіації спинки носа – 12, сідловидні деформації носа – 7, бульбоподібні деформації кінчика носа – 12. Первинні ринопластики виконані у 102 пацієнтів, вторинні – у 25.

У всіх спостереженнях використовували комп'ютерні програми моделювання результатів операції (NAUTILUS та PHOTOSHOP 7.0) на всіх частинах носа, з врахуванням анатомічних особливостей інших зон обличчя.

Для корекції хрящів, які визначають форму кінчика носа, використовували: видалення цефалічних країв, витончення та резекцію латеральних ніжок; поперечну та краєву резекцію медіальних ніжок; корекцію форми куполів; зміну положення хрящевих структур шляхом накладання позиційних швів; резекцію каудальної частини носової перегородки; пересадку хрящових трансплантантів на кінчик носа та в область колумели. Для корекції спинки носа використовували: резекцію горбинки носа в кістковій та хрящовій частині; медіальні, латеральні та комбіновані остеотомії з метою звуження кісткової основи носа; хрящові та силіконові трансплантанти з метою збільшення висоти спинки носа. Відкриту ринопластику проводили у випадках вторинних втручань, закрити – при втручаннях на спинці носа та обмежених маніпуляціях на кінчику носа. Ендоназальна хірургія включала риносептопластику (обмежене видалення та реімплантацію хрящів викривленої носової перегородки при великих площах її деформації; мобілізацію, надсічення та переміщення в протилежну сторону хрящів носової перегородки; видалення виступаючих шипів та гребнів носової перегородки), вазотомію, обмежену задню нижню конхотомію.

Відкрита ринопластика використовувалась у 62 % випадків, закрити у 38 %. 60 % пацієнтів прооперовано одним хірургом ринопластом, 40 % пацієнтів – хірургічною бригадою хірурга-ЛОРа та пластичних хірургів.

Результати роботи. У 92% пацієнтів досягнуто стабільного успішного морфофункціонального результату. Ускладнення: недосягнення запланованого комп'ютерного прогнозу естетичного результату – 4 пацієнти; післяопераційна гематома кінчика носа – 1 пацієнт; некроз шкірного відділу спинки носа – 1 пацієнт (вторинна ринопластика).

У всіх пацієнтів у яких була проведена відкрита одномоментна ринопластика вестибулярна атрезія не спотерігалась в жодному з випадків. Результати роботи комбінованої бригади хірургів мали тотожню та вищу ефективність роботи в більшості випадків, порівняно з результатами роботи одного хірурга за умови спільного детального планування командного результату операції. Рекомендуємо даний підхід як вискоелективний для втілення в практику клініки пластичної хірургії.

© Р.Л. Валіхновський, Т.Л. Валіхновський, В.Г. Стась, 2004

Р.І.Валіхновський, Т.Л.Валіхновський

ХІРУРГІЧНЕ ТА МІКРОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ОБЛИСІННЯ – СТАНДАРТИЗОВАНИЙ ПІДХІД

*Клініка пластичної та реконструктивної хірургії “Клініка Валіхновського”
Київ, Україна*

З 1998 по 2004 рік в клініці прооперовано 78 хворих, які звернулись в клініку з приводу лікування віддалених наслідків термічної та механічної травми голови. Причинами рубцевих деформацій та післятравматичного облисіння були: 1) опік полум'ям (15%); 2) опік рідиною високої температури (20%); 3) хімічний опік (5%); 4) ятрогенне пошкодження (15%); 5) ураження електрострумом (2%); 6) нейрохірургічні втручання, втручання з приводу пухлин волосистої частини голови, естетичні та омолоджуючі операції (23%); 7) побутова травма волосистої частини голови (20%).

Післятравматичні деформації та рубці розміщувались в лобній (20%), скроневій (23%), середньобровній (24%), потиличній (27%) та вертексній (6%) зонах.

Для корекції лінійних рубців використовували їх висічення, з накладанням глибоких укріплюючих швів на рівні апоневротичного шолому, з повною ліквідацією натягу на рівні шкірного рубця, що давало відмінний віддалений результат.

Для корекції площинних рубців площею 20-70 см² використовували методи “Z” та “Y” пластичних місцевими тканинами з широкою мобілізацією тканин під апоневротичним шоломом.

Корекція рубців з площею більшою 70 см² потребувала використання методики дермотензії, для якої використовували силіконові ендоекспандери з внутрішньотканинним положенням впускного клапну. Об'єм, форму та кількість експандерів пов'язували з площею та формою рубцевого дефекту. Після видалення експандеру, встановленого під апоневротичним шоломом добивались повного натягу по лінії швів тільки на рівні фасціального футляру з відсутністю натягу по ходу шкірного рубця. Методика дозволяла відновити волосистий покрив на 50-60% поверхні склепінаної черепа.

Рубці волосистої частини голови, в яких спостерігається підвищене натяжіння, з відсутньою або зниженою мобільністю сусідніх тканин підлягають лікуванню методом фолікулярної трансплантації волосся в зону рубця. В даному випадку вивчали локальну циркуляцію в зоні рубця методом лазерної флоуметрії та модифікували техніку самої трансплантації волосся. Реципієнтні лоски для фолікулярних одиниць розміщували під кутом 20-30 градусів до поверхні рубця.

Результат роботи. При використанні даного підходу досягнуто успішні результати у 85% пацієнтів. Для подальшого удосконалення методу рекомендуємо більш глибоке вивчення особливостей локальної гемодинаміки та мікроциркуляції в зоні наслідків травми покривних тканин голови.

Р.І.Валіхновський, Т.Л.Валіхновський, 2004

Р.Л.Валіхновський, Т.Л.Валіхновський

ОСОБЛИВОСТІ ВІДБОРУ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ МІКРОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ВОЛОССЯ

*Центр пластичної та реконструктивної хірургії
„Клініка Валіхновського”, м. Київ*

Сучасні методи консервативного лікування облісіння (алопеції) залишаються незадовільними, внаслідок чого останнім часом активно розвиваються хірургічні методи. Для визначення необхідності мікротрансплантації волосся провели аналіз досвіду виконання хірургічно-мікрохірургічного лікування методом мікротрансплантації волоссяних цибулин у зону алопеції при андрогенетичному та атипovому облісінні, у випадках, коли інші методи були неефективними.

Мета дослідження – ретроспективне вивчення результатів хірургічного лікування алопеції з врахуванням типу облісіння, кольору волосся, віку оперованих для об'єктивізації показів до хірургічного лікування.

Матеріал та методи. Наводимо результати хірургічних операцій 124 пацієнтів з андрогенетичним та атипovим облісінням. При обстеженні хворих застосували методи, які дозволяють отримати інформацію про гомеостаз пацієнтів, стан серцево-судинної, бронхо-легеневої системи та системи травлення, ураження яких стає причиною неvtішних наслідків лікування. Всі хворі були досліджені за програмою запобігання незадовільних наслідків мікротрансплантації мікрографтами.

Результати та їх обговорення. Хворих розподілили за типом алопеції на вісім груп згідно класифікації Норвуда, враховуючи атипovу алопецію. Вік хворих становив від 20 до 60 років, згідно загальноприйнятого розподілу людей зі світлим та темним волоссям. До аналізу увійшли 124 прооперованих. Переважали пацієнти з I-II типом алопеції серед молодих, при тому що більшість бажаючих оперуватися становили пацієнти віком понад 40 років. Спостерігалась достовірність $p < 0,05$ між оперованими зі світлим та темним волоссям, при перевазі пацієнтів зі світлим волоссям. Залишалась незмінною кількість оперованих з IV-V стадією світловолосих при рівномірному розподілі прооперованих з I-III стадією алопеції, вертексним та атипovим облісінням. До атипovої алопеції віднесли і післятравматичні випадки – 6 (4,83%) пацієнтів та 2 (1,61%) спостереження алопеції в середньопроборній зоні.

Порівняльний аналіз оперованих на алопецію вказує на достовірну більшість пацієнтів, яким необхідна мікротрансплантація волосся внаслідок неефективності консервативного лікування, дослідження прооперованих вказує на наявність окремої групи пацієнтів, які потребують виключно оперативного лікування, серед них переважають пацієнти віком понад 40 років. Проведене дослідження вказує на результативність мікротрансплантації волоссяних цибулин при андрогенетичному та післятравматичному облісінні. Показом до операції є діагностована андрогенетична алопеція у пацієнтів віком від 20 до 60 років, при неефективності консервативного лікування даної патології.

© Р.Л.Валіхновський, Т.Л.Валіхновський, 2004

Р.Л.Валіхновський, Т.Л.Валіхновський

ФОЛІКУЛЯРНА ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ВОЛОССЯ – НОВИЙ ЕТАП РОЗВИТКУ МЕТОДУ

*Клініка пластичної та реконструктивної хірургії "Клініка Валіхновського"
Київ, Україна*

Фолікулярна трансплантація є логічним завершенням 30-річного періоду мікрохірургічної пересадки волосся, який почався з пересадки макротрансплантантів і трансформувався через мікро- і міні- трансплантацію волосяних цибулин у власне пересадку фолікулярних одиниць. Фолікулярною одиницею називається група волосин, якою волосся природно росте у донорській області. Як правило, фолікулярна одиниця містить від 1 до 4 дорослих цибулин і 1-2 пушкових, які обмежені одним пучком адвентиціального колагену (perifolliculum1).

Метою даного дослідження було порівняння надбаного досвіду мікро- і міні- трансплантації волосся у лікуванні андрогенетичного та післятравматичного облісіння з ефективністю методики фолікулярних одиниць. За період 1998-2002 року у клініці проведено 502 операції за методом мікро – та міні – трансплантації волосяних цибулин. З 2002 по січень 2004 року в клініці впроваджена методика пересадки волосся методом фолікулярних одиниць. По методиці прооперовано 75 пацієнтів, з них – 68 чоловіків та 7 жінок. 90% чоловіків відповідали 2-6 класу андрогенетичної алопеції (класифікація Норвуда). П'яти пацієнтам пересадка була проведена в зоні післятравматичних атрофічних рубців. Трьом пацієнтам була проведена реконструкція волосяного покриву брові.

Перевагами використання фолікулярних трансплантантів у порівнянні з традиційними мікро – та мініграфтами були: 1) менша травматичність в області реципієнтної зони; 2) відсутня нерівність рел'єфу реципієнтної зони; 3) мінімальне порушення кровотоку реципієнтної зони; 4) зменшений час післяопераційної реабілітації; 5) більша максимальна густина та кількість пересадженого волосся за одну операцію; 6) природний малюнок трансплантації пересаджених графтів; 7) більша гнучкість у дизайні реципієнтної зони.

РЕЗУЛЬТАТИ РОБОТИ. З 75 пацієнтів у 72 отримані відмінні результати, які проявилися у більшому проценті (25%-на різниця в порівнянні з традиційною мікротрансплантацією) проростання пересадженого волосся, у трьох пацієнтів результати були суттєво невідмінними у кількісному еквіваленті від загальноприйнятих результатів традиційної мікротрансплантації волосся.

Вважаємо, що методика пересадки фолікулярних одиниць є більш ефективним та надійним методом у лікуванні андрогенетичного та післятравматичного облісіння порівняно з класичною мікротрансплантацією волосся.

© Р.Л.Валіхновський, Т.Л.Валіхновський, 2004