

SUMMARY

SURGICAL CORRECTION OF AGE-RELATED CHANGES OF THE UPPER PART OF THE FACE USING OPEN AND ENDOSCOPIC LIFTING.

V. Pinchuk., O. Tkach, I. Slusarev, N. Slusarev.

The article highlights the experience of using various methods of front-temporal lifting in order to correct age-related changes in the upper part of the face. A comparison was made between the traditional «coronary» and endoscopic front-temporal lifting. Based on the data obtained during the study, and also taking into account the world experience in the use of endoscopy for facial surgery, it is possible to recommend endoscopic front-temporal lifting for use in the practice of plastic surgeons, as a method more perfect and having significant advantages over others, and most importantly – completely satisfying the expectations of a modern patient and doctor.

Key words: front-temporal lifting, endoscopic, coronary, upper part of the face.

РЕЗЮМЕ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ЛИЦА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОТКРЫТОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИФТИНГА.

Пинчук В. Д., Ткач О. С., Слюсарев И. Ю., Слюсарев Н. И.

Статья освещает опыт использования различных методов фронто-темпорального лифтинга с целью коррекции возрастных изменений верхней части лица. Было проведено сравнение традиционного «коронарного» и эндоскопического фронто-темпорального лифтинга. Исходя из полученных данных в ходе проведенного исследования, а также учитывая мировой опыт использования эндоскопии для операций на лице, возможно рекомендовать эндоскопический фронто-темпоральный лифтинг для использования в практике пластических хирургов, как способ более совершенный и имеющий значительные преимущества перед другими, а главное – полностью удовлетворяющий ожидания современного пациента и врача.

Ключевые слова: фронто-темпоральный лифтинг, эндоскопический, коронарный, верхняя часть лица.

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ МИКРОХИРУРГИИ

Введение

Замещение дефектов мягких тканей пояснично-крестцовой области, даже небольших размеров, представляет собой сложную задачу пластической реконструктивной хирургии.

Такие дефекты образуются, главным образом, при травмах, глубоких ожогах и вследствие удаления злокачественных новообразований. Обычно, всю область вдоль позвоночника условно делят на отдельные зоны: шейную, шейно-грудную, грудную, грудно-поясничную и пояснично-крестцовую [3]. Для закрытия дефектов в верхних отделах позвоночника используют лоскуты мягких тканей, а при необходимости перемещают мышечные лоскуты на основе *m. paraspinosus*, *m. latissimus dorsi* и *m. trapezius* [11,2]. В области крестца закрывают дефекты тканей с применением лоскутов из *m. gluteus maximus* в различных модификациях [9,10].

В области поясничного отдела позвоночника небольшие дефекты мягких тканей закрывают с помощью местно-пластических приемов, в частности «V-Y» или «Z»-пластики [5,10].

Наибольшую проблему представляют значительные по площади дефекты пояснично-крестцовой области, поскольку полноценно закрыть такой дефект с применением перечисленных методов удается крайне редко. Ситуация осложняется при наличии хронического воспалительного процесса, активного рубцевания окружающих дефект тканей, лучевой и химиотерапии [3,11,6].

В таких случаях полноценно закрыть дефект хорошо васкуляризованными тканями представляется возможным только с применением методов реконструктивной микрохирургии [1,8,7,12].

Цель работы – проанализировать результаты закрытия значительных по площади дефектов тканей в пояснично-крестцовой области с использованием перфорантных лоскутов и свободной пересадки сложных комплексов тканей.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов с дефектами мягких тканей в пояснично-крестцовой области. Распределение пациентов по полу, возрасту, этиологии патологического процесса и площади тканевого дефекта представлено в таблице 1.

Всем пациентам наряду с общеклиническими тестами выполнялись специальные инструментальные исследования: УЗ-исследования, КТ или МРТ пораженной зоны, термография, а при необходимости морфологические и бактериологические исследования. При наличии первичного опухолевого очага проводили всестороннее онкологическое обследование. С помощью УЗ-исследования и термографии изучали ангиоархитектонику окружающих дефект тканей, оценивали состояние артерий потенциальной донорской зоны (*a. gluteus superior*, *a.a. lumbalis*, *intercostalis lateralis et posterior*), а также места выхода и параметры наиболее значимых перфорантных артерий в здоровых тканях, смежных с краями дефекта.

Галич С. П.,
Дабига А. Ю.,
Кобысь В. Л.,
Резников А. В.,
Самко К. А.,
Боровик Д. В.,
Тарасенко Л. В.,
Терницкая Ю. П.

ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова» НАМН Украины

Отдел микрососудистой, пластической и восстановительной хирургии.
г. Киев, Украина

Киевский клинический онкологический центр. Детское онкологическое отделение
г. Киев, Украина

ГУ «Научно-практический Центр Эндovasкулярной Нейрорентгенхирургии» НАМН Украины
г. Киев, Украина

© Галич С. П.,
Дабига А. Ю.,
Кобысь В. Л.,
Резников А. В.,
Самко К. А.,
Боровик Д. В.,
Тарасенко Л. В.,
Терницкая Ю. П.