

СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА КОЖИ

Выполнила: Лужнова Алёна

4 курс

Показания к свободной пересадке кожи:

- 1. Наличие свежей или гранулирующей раны в области лица, которое не возможно закрыть местными тканями.*
- 2. Необходимость углубить или заново сформировать орбиту для протеза глаза.*
- 3. Значительная атрофия альвеолярного ростка и связанная с этим необходимость углубления преддверия полости рта для обеспечения лучшей фиксации съемного протеза.*
- 4. Наличие рубцовых тяжей между боковой поверхностью языка, дном полости рта и внутренней поверхностью нижней челюсти.*
- 5. Наличие синехий в носовых ходах.*
- 6. Широкие раневые поверхности дна полости рта после резекции нижней челюсти.*
- 7. Дефекты крыльев носа (пересадка части ушной раковины по П.К. Суслову, Г.В. Кручинскому).*
- 8. При блефаропластике, ураностафилопластике, артропластике, контурной пластике щек и подбородка.*

Классификация и соотношение разных методов свободной пересадки кожи

- *1. Тонкие кожные трансплантаты (эпидермальные) - толщина 0,25-0,5 мм.*
- *2. Кожные трансплантаты средней толщины (расщепленные) - толщина 0,55-0,75 мм. (включающие эпидермис и сосочковый слой дермы)*
- *3. Кожные трансплантаты на всю толщину - 0,8-1,1 мм.*

- **Преимущества тонких и расщепленных кожных трансплантатов:**

- – трансплантат можно взять быстро и просто;
- – трансплантат не прихотлив, надежно приживается даже при сниженных регенеративных возможностях реципиентной зоны;
- – донорская рана заживает спонтанно и быстро и уже через 1-2 месяца может быть снова использована для взятия трансплантату;
- – можно пересаживать неограниченные по размерам трансплантаты;
- – трансплантат имеет везде одинаковую толщину, поверхность среза гладкая.

- **Недостатки:**

- – трансплантат больше сморщивается (~ на 30 %);
- – невозможно заранее спрогнозировать цвет трансплантата (возможна гипер- или гипопигментация);

- **Преимущества**

- **кож. трансплантатов на всю толщину:**

- – трансплантат меньше сморщивается;
 - – лучшее противостоит механической нагрузке;
 - – под трансплантатом образуется подкожно-жировая клетчатка, он делается более подвижный, берется в складку;
 - – трансплантат сохраняет свой цвет.

- **Недостатки:**

- – трансплантат очень прихотлив, приживается только в асептических условиях в областях с хорошим кровоснабжением;
 - – донорскую рану необходимо закрывать с применением пластической операции;
 - – трансплантат может быть только небольших размеров.

УСЛОВИЯ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ УСПЕШНОГО ПРОВЕДЕНИЯ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ:

асептичность места проведения пластики и донорского участка;

— тщательная подготовка ложа (полный гемостаз, иссечение рубцов на всю глубину, не должно быть неровностей и т.д.);

— правильное формирование кожного саженца (следует учесть возможность его последующего сокращения, бережное отношение к трансплантату, правильный подбор донорского участка и т.д.);

— правильное размещение кожного саженца на воспринимающем ложе (тщательное соприкосновение краев трансплантата и раны, умеренное и равномерное растяжение саженца);

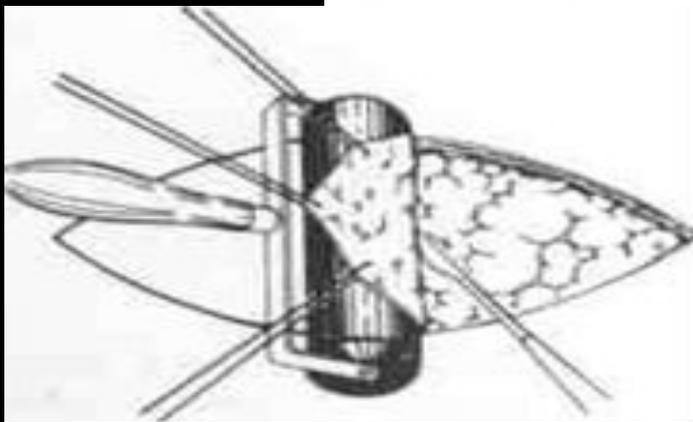
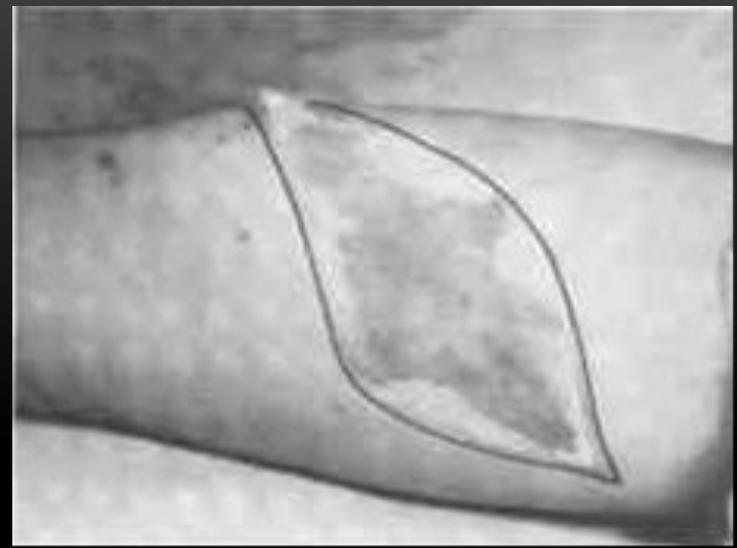
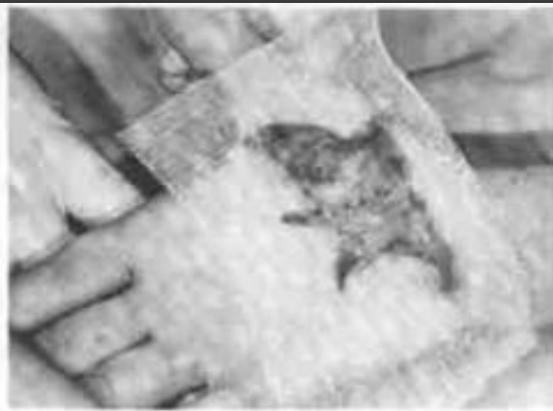
— обеспечение покоя и плотного соприкосновения кожного трансплантата с раневой поверхностью воспринимающего ложа в течение всего периода приживления саженца за счет наложения повязки.

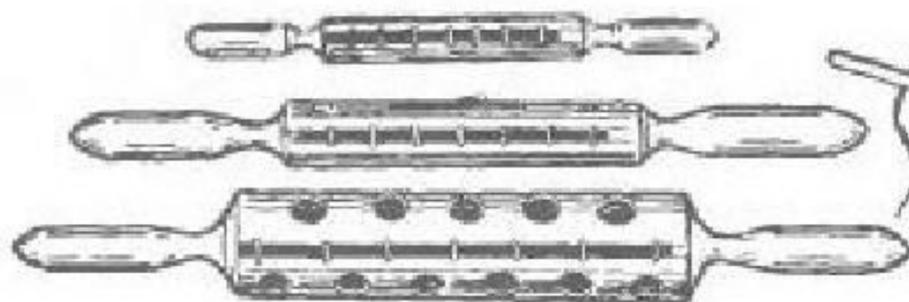
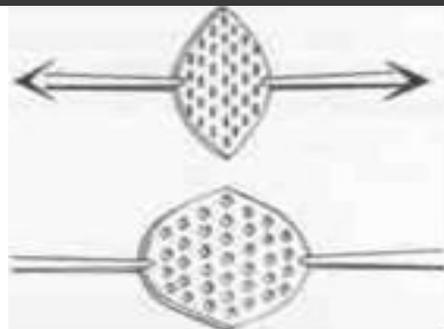
Подготовка поверхностей

- Гемостаз раневой поверхности осуществляют раствором сухого тромбина или порошком из гемостатической губки. Остановке кровотечения из мелких сосудов способствует прикладывание марлевых салфеток, смоченных горячим физиологическим раствором.
- Для приклеивания трансплантата присыпают рану порошком антисептика ,например стрептомицином
- Участок, с которого берут кожные лоскуты, обмывают водой с мылом и стерильным физиологическим раствором, после чего, обрабатывают спиртом.
- Прежде чем начать разрез донорский участок смазывают физиологическим раствором или маслом, чтобы он стал скользким

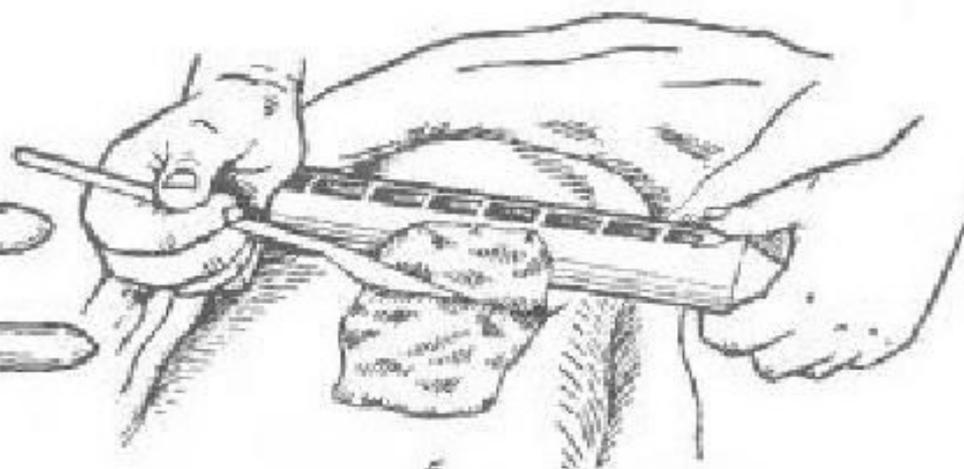
Техника взятия полнослойного трансплантата.

- Готовится воспринимающее ложе и выполняется тщательный гемостаз
- По заготовленной модели воспринимающего ложа контур обводят разрезом, проникающим до основания дермы
- Ассистент растягивает кожу, а хирург срезает кожные лоскуты дерматомом.
- хирург распластывает лоскут на своем пальце, и проводит по плоскости скальпелем так, чтобы на трансплантате оставалось как можно меньше подкожного слоя.
- немедленно помещают на воспринимающее ложе, расправляют и фиксируют.
- Перфорации и натяжение лоскута для предупреждения гематомы.





а



б

Рис. 96. Валики Н.А.Шинбирева для отсепаровки саженцев кожи во всю толщину:
а — комплект из 3 валиков различной величины; б — использование валика в процессе отсепаровки кожи.

Чтобы увеличить площадь пересаживаемого лоскута, на нем делают остроконечным скальпелем в шахматном порядке сквозные отверстия и растягивают по принципу гармонии. Отверстия улучшают условия приживания лоскута, так как предупреждают образование гематом под лоскутом и служат для оттока раневого отделяемого.

Свободная пересадка лоскутов КОЖИ ВО ВСЮ ТОЛЩУ.

- Такие лоскуты обуславливают появление дефекта кожи на том участке, откуда берут лоскут, ограничивает возможности пересадки больших лоскутов кожи во всю ее толщину. Чтобы увеличить площадь пересаживаемого лоскута, на нем делают остроконечным скальпелем в шахматном порядке сквозные отверстия и растягивают по принципу гармонии. Отверстия улучшают условия приживления лоскута, так как предупреждают образование гематом под лоскутом и служат для оттока раневого отделяемого.

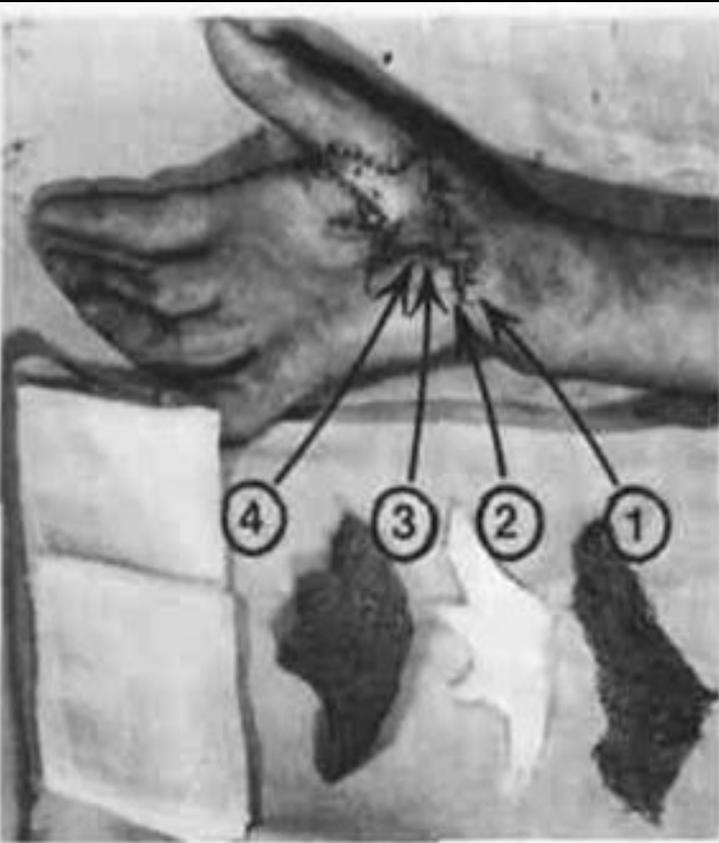
НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ НА ТРАНСПЛАНТАТ

Повязка, накладываемая на трансплантат, состоит из следующих слоев:

1. Импрегнированный слой, по форме одинаковый с трансплантатом, но на 2 см выходящий за его края (tulle-gras).
2. Одинаковая (по форме и величине) с трансплантатом сухая марлевая подушка, состоящая из 8-10 слоев марли.
3. Резиновая губка толщиной 3-4 см по размерам одинаковая с марлевой подушкой.
4. 10-12 слоев бинта, выступающих за края всех слоев повязки.

Сформированная таким образом повязка фиксируется витками бинта, после чего на конечность накладывается гипсовая шина без мягких прокладок, которая фиксирует в среднем физиологическом положении все суставы, движение которых могло бы вызвать смещение кожи на операционном поле. После затвердевания гипса все витки бинта перерезаются, затем, продвигаясь в центральном направлении, эластичной лентой фиксируют гипсовую шину, а вместе с ней и повязку на оперированной конечности.

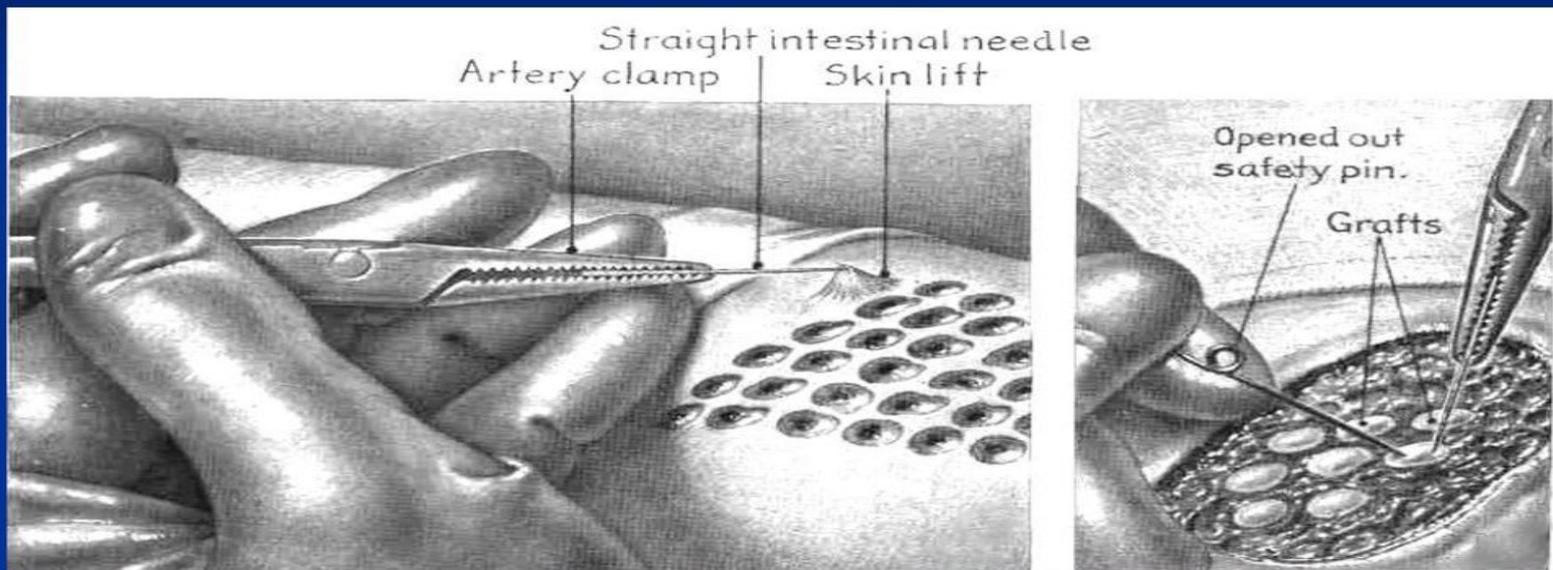
НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ НА ТРАНСПЛАНТАТ



СПОСОБ ЯЦЕНКО-РЕВЕРДЕНА

- Под местным обезболиванием скальпелем или бритвой срезают мелкие трансплантаты (тонкий слой эпидермиса) диаметром 0,3-0,5 см с наружной поверхности бедра, предплечья или передней брюшной стенки и переносят черепицеобразно на рану. Затем на рану с трансплантатами накладывают повязку с индифферентным жиром (вазелиновым маслом) на 8-10 сут. Метод применяют редко в связи с быстрым разрушением эпидермиса.

Пересадка кожи по Ревердену-Девису



Способ Л о у с о н а – К р а у з е использовался с 1870 года. Особенностью его является то, что на донорском участке производят забор большого по размерам лоскута, во всю толщину кожи. А на пораженном участке, куда его пересаживают, края лоскута фиксируют швами к краям дефекта. Однако под таким лоскутом может скапливаться раневое отделяемое и препятствовать заживлению, так как приводит к отслаиванию трансплантата.

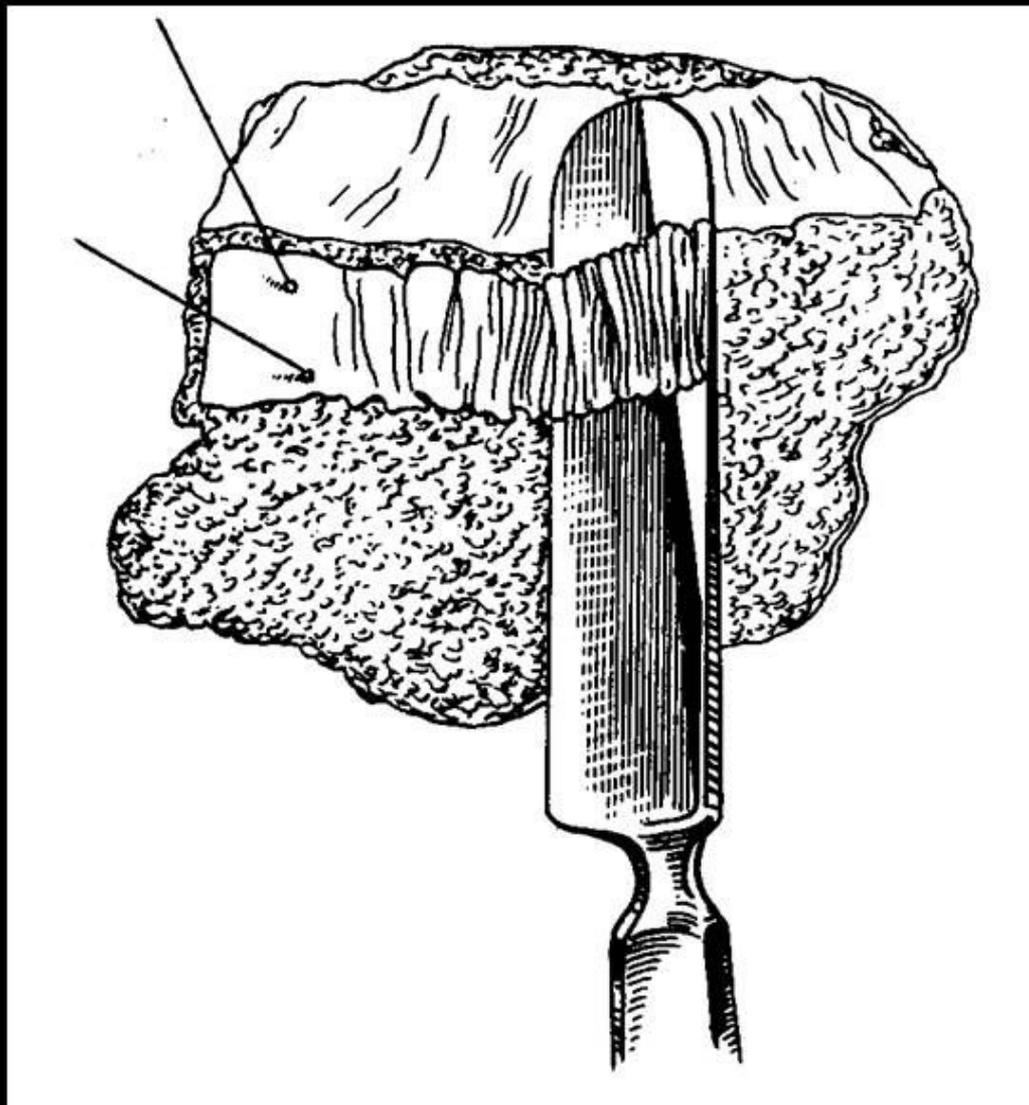
Чтобы увеличить площадь взятого лоскута и обеспечить лучший отток из под него, что способствует лучшему приживлению эпидермиса Ленц (1908), Девис (1919), Дуглас (1930) рекомендовали перфорировать лоскут, взятый во всю толщу кожи. Его стали называть «лоскутом-ситом», «дырчатым» и «перфорированным».

С этой целью Д у г л а с на донорском участке острым пробойником высекал кружочки на расстоянии 1,5 см один от другого. Затем лоскут отсепааровывал с оставлением кружочков на донорском участке, переносил его на дефект и фиксировал по краям дефекта швами. На месте донорского участка рана быстро заживала за счет нарастания эпителия с краев раны и из оставшихся кружков.

По способу Д р а г с т е д т а – У и л с о н а берут лоскут кожи без клетчатки длиной на $\frac{1}{3}$ больше дефекта, но на половину уже его. Затем наносят на лоскуте разрезы в шахматном порядке, растягивают и подшивают к краям дефекта. Раневое отделяемое из под лоскута без препятствий выходит наружу, что не нарушает приживления пересаженной кожи.

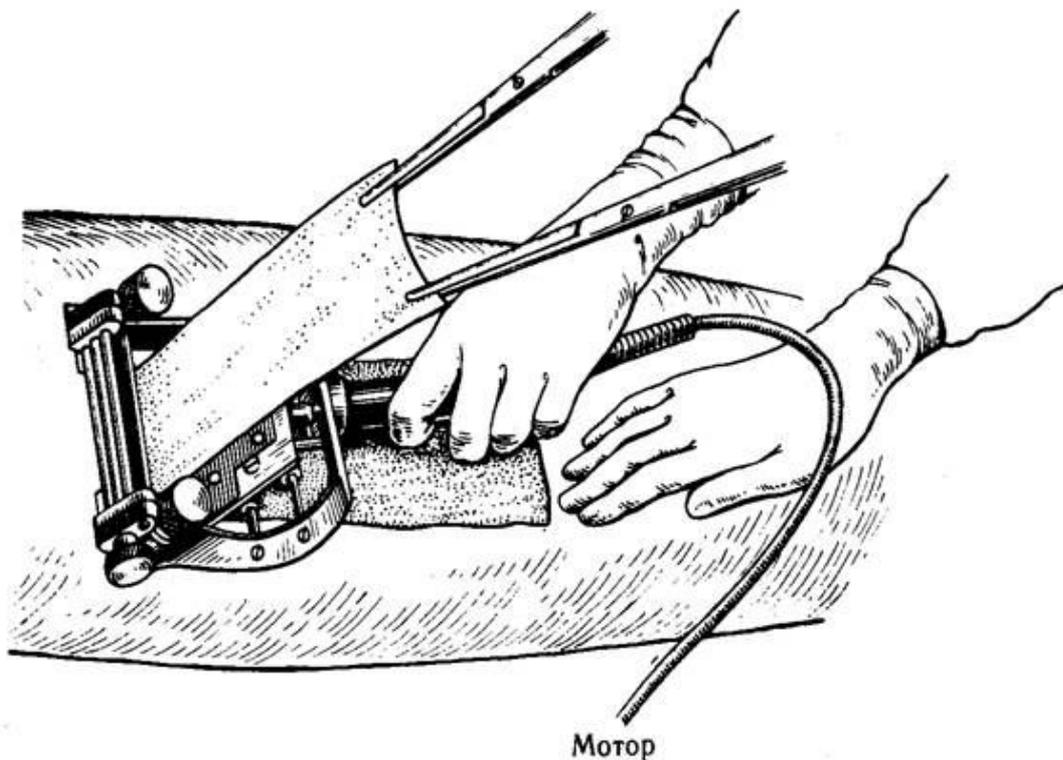
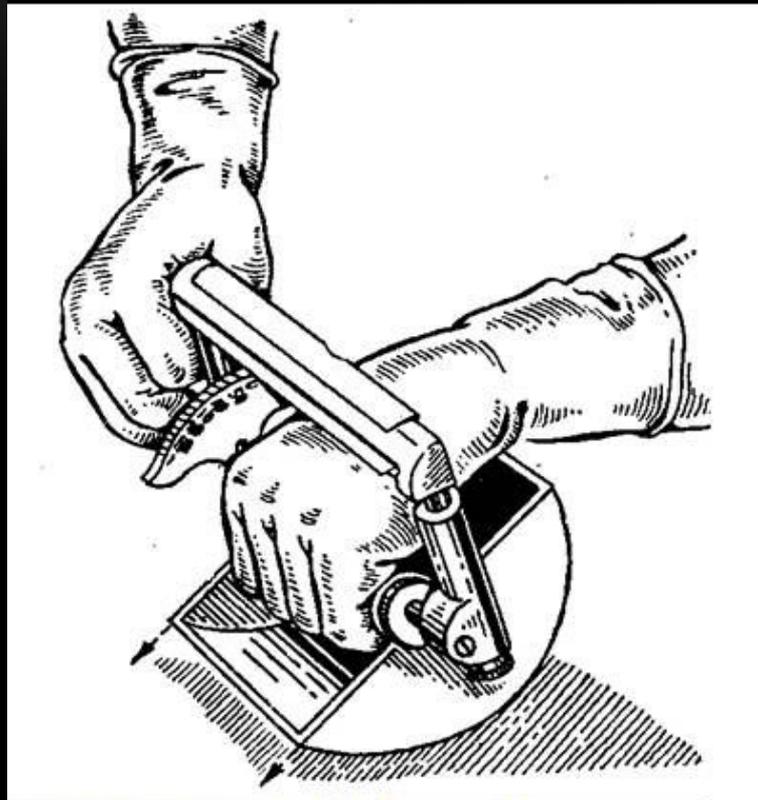
Первые попытки пересадить поверхностный слой эпидермиса были сделаны Тиршем.

Он предложил острой бритвой брать тоненький слой кожи, напоминающий папиросную бумагу, и эту полоску пересаживать на пораженный участок



Полностью осуществил эту идею П е д ж е т
в 1939 году, когда был изобретен дерматом

С помощью дерматомов можно
забирать кожу толщиной от 0,2
до 0,6 мм и размером до 200 см²







**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**